

that noncompliance, inadequate dosage, late initiation of treatment and early discontinuation as the most frequent factors of inadequate therapy.

Резюме

Цель настоящей работы заключается в оценке факторов неадекватной терапии, способствующих возникновению резистентной депрессии, и в разработке комплексных мер по лечению таких пациентов. Исследование показало, что несоблюдение лечения, неадекватная дозировка, позднее начало и ранняя отмена лечения были наиболее частыми факторами неадекватной терапии больных.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН

В.Ф. Простомолотов, докт. мед. наук,
профессор.

Кафедра клинической психологии
Института инновационного и
последипломного образования Одесского
национального университета
им. И.И. Мечникова

Актуальность темы

То, что пограничные психические расстройства (ППР) у женщин имеют многочисленные особенности, обусловленные физиологией и особенно патологией гинекологической сферы, а также социально-психологической ролью женщины (девочки, девушки, матери и т.д.) в обществе, с этим сталкивается в своей работе каждый клиницист. При сравнительном изучении с ППР у мужчин эти особенности клиники, патогенеза, терапии и профилактики выглядят настолько контрастно и убедительно, что порождают мысль о необходимости выделения специальных разделов в учебниках, учебных пособиях и руководствах по пограничной психиатрии, посвященных этим особенностям. В противном случае усреднение симптоматики, механизмов развития патологии, лечения и профилактики, лишено особенностей, деталей, нюансов (а они-то и определяют искусство врачевания, а оно – эффект терапии и профилактики), обедняет медицинскую науку и практику. Отмечу, что еще патриархи психоневрологии [11, 12, 13 и др.] указывали на большую эффективность психотерапии неврозов у женщин, особенно вегетативных и эндокринных дисфункций в их структуре, чему за сорок лет работы я постоянно находил многочисленные подтверждения.

В то же время считаю, что выделение гинекологической психиатрии (впервые термин употреблен А.Н. Молоховым [5]; повторен В.Д. Менделевичем [4])* , изучающей психическую патологию, наблюдаемую только в генеративные периоды у женщин, весьма условным, как будто вне этих периодов многочисленных особенностей психических расстройств у женщин нет, так как не доказано, – и едва ли когда-либо будет доказано –, что именно эти периоды являются причиной психических расстройств. Если же иметь ввиду воспалительную, туберкулезную, онкологическую, хирургическую, какую-либо другую патологию гинекологической сферы, то кроме особенностей, определяемых эндокринной и вегетативной дисфункцией, а также психолого-социальной ролью женщины в обществе, других нет. Но они-то – и эндокринная дисфункция, и вегетативная, уже не говоря о социальной роли женщины – находятся не в меньшей зависимости от разного рода психических факторов, чем инфекционных и т.п. органических, о чем хорошо известно не только врачам, но и в обществе. Именно поэтому в народе имеется традиция оберегать беременных и рожениц.

Анатомо-физиологические особенности женского организма с его тонким регулированием циклически протекающих генеративных процессов весьма ранимы, особенно в случае гипофизарно-гипоталамической недостаточности. Именно органическая церебральная патология (внутриутробная, родовая, раннего детского возраста и т.д.), во многих случаях выявляемая только анамнестически, но подтвержденная прямыми или косвенными признаками бывшей или имеющейся

* Труд А.Н. Молохова (1962) на 137 стр., скромно названный «Очерки гинекологической психиатрии», лаконично охватывает в контексте темы, по сути, основные разделы большой и пограничной психиатрии, при этом отнесение монографии к «очеркам» определенно указывает на неподъемную широту и глубину проблемы. В то же время маститый психиатр, обосновывая правомочность понятия «гинекологическая психиатрия», отмечает, что «она не может претендовать на особую рубрику в психиатрии». Спустя 34 года выходит вторая монография с подобным названием, но уже без отнесения ее к очеркам – «Гинекологическая психиатрия» В.Д. Менделевича объемом в 2,5 раза больше, посвященная 5 разделам пограничной гинекологической психиатрии: «Психические расстройства при менструальных дисфункциях и бесплодии» (Макарычева Э.В.), «Психические расстройства при беременности» (Сахаров Е.А.), «Психопатология климакса», «Психические расстройства после радикальных онкологических операций», «Предменструальный синдром» (Менделевич В.Д.).

внутричерепной гипертензии, часто субклинической, лежит в начале этиопатогенетической цепи причинно-следственной обусловленности дисфункций менструации, патологии беременности, родов, лактации, дисгармонии супружеских отношений. Подобная патология оказывает существенное влияние на формирование характера, эмоционально-вегетативных и других поведенческих реакций, а также – на многочисленные особенности психосоматического реагирования.

В то же время, в отличие от мужчин, циклически протекающие генеративные процессы в организме женщин (менструация [начало, нормальная, дисфункциональная, завершение], беременность [нормальная, осложненная, прерванная], роды [физиологичные, осложненные, родоразрешение посредством кесарева сечения], послеродовой период [нормальный, осложненный], период лактации [нормальный, осложненный]) при определенных биологических и психологических условиях (внутренних, внешних) могут способствовать проявлению/провоцированию психических расстройств. В одних случаях, относительно редких, наблюдаются психозы (беременности, послеродовые, лактационные), чаще эндогенной природы – шизофрения, депрессия, мания, требующие, как правило, госпитализации в психиатрический стационар; в других, значительно более частых, – ППР [1], обычно протекающие с соматическими масками в окружении тревожно-фобических и истерических комплексов, в связи с чем пациентки обращаются к врачам интернистам, реже – к неврологу и совсем редко – к психиатру/психотерапевту.

Материалы и методы исследования

Проведенные мной исследования (1985,1995, 2002) – клинические (в т.ч. клинко-психологические, клинко-психотерапевтические, клинко-терапевтические) и параклинические – продемонстрировали настолько заметное и достоверное преобладание числа женщин по сравнению с мужчинами в целом и особенно при некоторых формах психических расстройств, проявляющихся соматизированно, что научные исследования в последующие годы были направлены на изучение особенностей этиопатогенеза, клинических проявлений, терапии и профилактики невротических и соматоформных расстройств у женщин.

Материалы и методы исследования

Проведенные мной исследования (1985,1995, 2002) – клинические (в т.ч. клинко-психологические, клинко-психотерапевтические, клинко-терапевтические) и параклинические – продемонстрировали настолько заметное и достоверное преобладание числа женщин по сравнению с мужчинами в целом и особенно при некоторых формах психических расстройств, проявляющихся соматизированно, что научные исследования в последующие годы были направлены на изучение особенностей этиопатогенеза, клинических проявлений, терапии и профилактики невротических и соматоформных расстройств у женщин.

Таблица 1

Нозологическая характеристика больных

Психические расстр., шифр по МКБ-10	Частота случаев, удельный вес в %						Отношение числа жен./муж.
	Всего:		у женщин		у мужчин		
	число	% к 668	число	%	число	%	
F 07.0 - F 07.2	75	11,23	37	8,19	38	21,47	1,0
F 20, 21	35	5,24	20	4,42	15	8,48	1,3
F 32.00; F 32.10; F 33.00; F 33.10	14	2,10	10	2,21	4	2,26	2,5
F 32.01;F 32.11; F 33.00; F 33.11; F 34	72	10,78	64	14,16	8	4,52	8,0
F 40- F 42; 44 -48; F45	228	34,13	176	38,94	52	29,38	3,4
F 43	19	2,84	16	3,54	3	1,69	5,3
F 60	186	27,84	129	28,54	57	32,20	2,3
Всего:	629	94,16	452	100,00	177	100,00	2,6

Таблица 2

Динамика расстройств личности у исследованных больных

Шифр по МКБ-10 F60.	Больные		Фазы				Реакции, неврозы				Развитие			
	Всего	жен. муж.	Все- го	жен. муж.	%	%	Все- го	жен. муж.	%	%	Всего	жен. муж.	%	%
F60.0	8	4/4	1	1/0	12	25/0	4	2/2	50	50/50	3	1/ 2	37	25/50
F60.1	67	42/25	30	18/12	45	43/48	25	17/8	37	40/32	12	7/5	18	17/20
F60.3	13	8/5	1	0/1	8	0/20	10	7/3	77	87/60	2	1/1	15	12/20
F60.4	51	48/3	5	5/0	10	10/0	34	31/3	67	65/100	12	12/0	24	25/0
F60.5	12	3/9	2	1/1	17	33/11	8	2/6	67	67/67	2	0/2	17	0/22
F60.8	35	24/11	26	17/9	74	71/82	5	4/1	14	17/9	4	3/1	11	12/9
Всего:	186	129/57	65	42/23	35	33/40	86	63/23	46	49/40	35	24/11	19	19/19

Среди 668 пациентов подряд, у которых были зарегистрированы за год те или иные психические расстройства, 464 (69,46%) составляли женщины, 204 (30,54%) – мужчины. 39 пациентов (11 жен., 28 муж.) с разного рода наркологических проблемами выпадали из канвы исследования, касающегося соматизации психических расстройств, поэтому специально были изучены 629 больных: 453 (72,02%) жен., 176 (27,98%) муж.; отношение числа жен./муж. = 2,6. В *таблице 1* показана нозологическая характеристика исследованных больных, в *таблице 2* – динамика типов расстройств личности (РЛ), в *таблице 3* – формы невротических расстройств (НР), во всех 3-х таблицах отмечена их гендерная представленность.

Результаты исследования и обсуждение

Из общей оценки *таблицы 1* видно, что частота психической патологии у женщин по сравнению с мужчинами возрастает в следующей последовательности расстройств (отношение числа жен./муж. здесь и далее указано в скобках): F07.0-2 (1,0) – F20-21 (1,3) – F60 (2,3) – F32.00,10;33.00,10 (2,5) – F40-42, 44,45,48 (3,4) – F43 (5,3) – F32.01,11;33.01,11; 34 (8,0).

Если на левом фланге этого ряда (органическое поражение головного мозга и эндогенно-процессуальное заболевание шизофрения с преобладанием невротических и психопатоподобных симптомов) число женщин и мужчин равно или близко, то на правом фланге (невротические и соматоформные расстройства, реакция на стресс, а также соматизированная депрессия) обращает на себя внимание явное преобладание психической патологии у женщин по сравнению с мужчинами: 3,4 – 5,3 – 8,0. Вместе с тем необходимо отметить больший удельный вес в этом ряду у мужчин слева – в 2,6 и 1,9 раза, а у женщин справа – в 2,1 и 3,1 раза.

Из общей оценки *таблицы 2* видно, что частота декомпенсаций РЛ у женщин по сравнению с мужчинами возрастает в следующей последовательности типов: F 60.5 (0,3) - F60.0 (1,0) - F 60.3(1,6) - F 60.1(1,7) - F 60.8 (2,2) – F 60.4(16,0).

Следует отметить преобладающий удельный вес в этом ряду у мужчин на левом фланге, особенно при психастении – в 6,8 раза, а у женщин – на правом при истерии почти с симметричным перевесом – в 7,1 раза.

Исследование динамики РЛ у обратившихся пациентов показало, что у большинства – 86, достоверно чаще у женщин – 63 (48,84%) против 23 (40,35%) у мужчин выявлены реакции, особенно у личностей возбудимого – 76,92%, истерического – 66,67% и психастенического типов – 66,67%. Реакции, в большинстве случаев невротические, за исключением аффективных психопатических, преобладающие у личностей возбудимого и параноидального типов, сопровождались, хотя и в разной степени выраженности, вегетативными расстройствами, а в трети случаев носили соматоформный характер. В большей степени это проявилось при истерическом РЛ, когда конверсионные, псевдосоматические расстройства преобладали в клинической картине невротических реакций.

Аутохтонные астено-депрессивные и сенестопохондрические фазы выявлены у более трети больных – 34,95% ± 3,50%, у женщин реже, чем у мужчин: 32,56% ± 7,27% против 40,35% ± 10,23%. Фазы преобладали у личностей аффективного типа – в 74,28% ± 8,57%, а также часто встречались у шизоидных личностей – в 44,78% ± 9,08% случаев. Для всех типов личностных аномалий в исследованных случаях было типично, что депрессивные фазы сопровождались, особенно у женщин, соматизированными расстройствами и вегетативными дисфункциями, а в трети случаев носили явно соматоформный характер. Вегетативные дисфункции преобладали у личностей истерического, затем аффективного типов; соматизированные расстройства – у личностей шизоидного, затем психастенического типа. В этих случаях было типично, что первая и общая жалоба пациентов была на телесное нездоровье. Депрессивные, сенесто-ипохондрические фазы у шизоидов имели тенденцию к затяжному течению, а в половине случаев – до 2-3 лет.

Таблица 3

Формы невротических расстройств у исследованных больных

Формы неврот. расстр. по МКБ-10	Число случаев, удельный вес в %						Отношение числа жен./муж.
	Всего,	%	Жен.,	%	Муж.,	%	
F48.0	35	15,35	22	12,50	13	25,00	1,7
F44	50	21,93	46	26,13	4	7,69	11,5
F40-42	34	14,91	18	10,23	16	30,77	1,1
F48.8	76	33,33	67	38,07	9	17,31	7,4
F48.9	33	14,48	23	13,07	10	19,23	2,3
Всего:	228	100,00	176	100,00	52	100,00	3,4

Депрессивные фазы у других типов личностных аномалий наблюдались реже и протекали с клинической картиной, соответствующей вкраплению аффективных или шизоидных конституциональных черт характера. Ипохондрическое развитие достоверно чаще встречалось у мужчин, кроме случаев аффективной и особенно истерической аномалии; при последней отмечена зеркальная противоположность психастении.

Представляет интерес синдромальная картина невротических реакций при РЛ, так как вместе с невротическими расстройствами у акцентуантов и реактивными состояниями невротического уровня при этих психогеннофункциональных расстройствах высшей нервной деятельности более всего показана психотерапия.

Частота невротических расстройств среди акцентуантов у женщин по сравнению с мужчинами возрастает в следующей последовательности: F 40-42 (1,1) - F 48.0 (1,7) - F 48.9 (2,3) - F 48.8 (7,4) - F 44 (11,5).

Как и при РЛ, удельный вес обсессивно-фобических расстройств у акцентуированных личностей, развивающихся обычно при наличии психастенических черт характера, зафиксирован у женщин по сравнению с мужчинами в достоверно меньшем проценте случаев: 10,23% против 30,77%, зато отмечено явное преобладание женщин, в 11,5 раза, над мужчинами при конверсионных НР. Обращает внимание тот факт, что среди пациентов с депрессивным НР, вышедшим в последние годы, по моим наблюдениям, на первое место по частоте среди других форм НР – 76 (33,33%), большинство составляют женщины – 67 (88,16%) против 9 (11,84%) у мужчин.

Среди невротических синдромов больных этой группы невротическая депрессия находится на первом месте и составляет 105 случаев – 31,53% ± 2,55% (90 жен. – 35,29% ± 2,99%; 15 муж. – 19,23% ± 4,46%; истерические, преимущественно конверсионные расстройства – 92 (27,63% ± 2,45%): 85 жен. – 33,33%, 7 муж. – 8,97%.

Психические расстройства при менструальной дисфункции, как правило, сопровождающиеся выраженными вегетативными расстройствами, могут быть весьма разнообразными в зависимости от соотношения соматических, включая церебрально-органические, и психических факторов, в т.ч. типа и степени акцентуации характера, интеллектуального и волевого потенциала, негативного или позитивного влияния (физического, психического) микро-, макросреды и др.

В некоторых случаях на фоне органического

поражения ЦНС со стойкой цефалгией доминирует гормональная и вегетативная дисфункция при минимуме невротических симптомов. Некоторые авторы (Макаричева Э.В., 1996; Менделевич В.Д., 1996) склонны относить именно эти случаи к клиническим проявлениям собственно гинекологической психиатрии, хотя, пользуясь подходом авторов к терминологии [4], было бы логичнее относить их к гинекологической неврологии, а еще точнее – к гинекологической невро-эндокринологии.

В большинстве случаев церебрально-органические факторы, обуславливая эндокринную, эмоциональную и вегетативную дисфункции, при соответствующих негативных воздействиях психической природы, способствуют формированию невротического и психопатического типов реагирования, которые, в свою очередь, еще более дестабилизируют генеративные функции у пограничной пациентки. При этом немаловажным фактором является возраст, определяющий начало месячных, стабилизацию цикла, ослабления и прекращения их.

Послеабортные невротические состояния. Аборт кроме психической, во многих случаях, травмы (несчастливая любовь, развод и т.п.) всегда является биологической, эндокринной поломкой в организме женщины. Особенно выраженное патологическое воздействие искусственное прерывание беременности оказывает в случаях церебрально-органической и эндокринной дефицитарности у пациенток, сопровождающихся их высокой эмоциональной и вегетативной лабильностью.

Наиболее частым, облигатным невротическим расстройством после этой гинекологической операции, является послеабортная астения, выступающая обычно в сопровождении умеренно выраженной тревоги и субдепрессии. Длиться она может от полутора-двух месяцев до полугода и более в зависимости от возможных осложнений аборта.

В зависимости от типа акцентуированного или патологического характера пациентки в преморбиде (истерический, психастенический, аффективный, шизоидный, др.) послеабортные невротические реакции обычно бывают соответствующими: истерическими, тревожнофобическими, депрессивными/гипоманиакальными, сенесто-ипохондрическими, с некоторыми вариантами в каждом отдельном случае, обусловленными мозаичностью характера, а также другими факторами психической или биологической природы. Замечу, что во многих случаях включение

в клиническую картину разных форм невротических расстройств конверсионных и тревожно-фобических комплексов является типичным. На это указывал еще А.Н. Молохов (1962). Часто следствием аборта является коитофобия. Страх забеременеть нередко порождает негативное отношение к половой близости, аноргазмию и как следствие – эмоциональные и поведенческие расстройства. Послеабортные невротические реакции могут приобретать затяжное течение и усложняться присоединением более сложных психопатологических комплексов.

Психические расстройства при беременности. Бытующее представление о том, что беременность способствует физиологическому и психическому расцвету женщины, не может трактоваться специалистом (врачом, психологом) однозначно. Иногда – это так. Но в большинстве случаев, отягощенных каким-либо неблагоприятием (соматическим, психическим), учитывая фактор повышенных требований в этот период ко всем системам внутренних органов и ЦНС женского организма, во время беременности наблюдаются психические и поведенческие расстройства [1, 6]: редко психозы (0,1-0,3%), значительно чаще ППР невротического и психопатического регистров (от 30% до 60%).

Одной из главных проблем нервно-психического состояния женщин в период беременности являются **гестозы (токсикозы)** первой и второй ее половины. Часть авторов, психологизируя проблему, интерпретирует рвоту беременных как символическое выражение нежелания беременности и ребенка (Schtekel A., 1967). Другие западные ученые рассматривали ранние гестозы беременных как следствие «ослабления воли к материнству» (Fuchs K., Brandes G., Peretz A., 1967. Цит. по В.М. Воловику [3]) или как «проявление бессознательного отвращения к мужу». Возражением против волюнтаризма психологизации этиопатогенетических механизмов вегетативных реакций у беременных женщин является то, что т.н. «ослабление воли к материнству» и «бессознательное отвращение к мужу» часто являются клиническим проявлением депрессии в структуре эндогенных заболеваний, чего не может видеть синдромально ориентированный специалист.

Другая группа исследователей проводит клинический, психопатологический и соматический анализ беременных. В этом отношении типичной представляется работа В.М. Воловика [3]. Среди причин, способствующих возникновению гестоза и сопутствующих ему невротических психических расстройств, автор нашел, что любая беремен-

ность, в том числе протекающая физиологически, сама по себе является источником соматического и психического напряжения. Присоединение каких-либо дополнительных, даже незначительных, переживаний способно спровоцировать симптомы гестоза. С этим выводом трудно не согласиться, ибо клиническая реальность часто подтверждает эту мысль. Не случайно исторически у всех народов Мира принято оберегать беременных женщин от разного рода напряжений, в первую очередь – психических.

В преморбиде у значительной части беременных с гестозами часто отмечаются органические поражения головного мозга и НР. У этих больных динамика гестоза находилась в большой зависимости от их психического состояния.

Анализируя вышеприведенные этиопатогенетические механизмы гестозов первой и второй половины беременности, можно сделать вывод о необходимости их целенаправленной психопрофилактики и терапии, о необходимости проведения врачом/психологом глубокого исследования личности, всех обстоятельств жизни, проведения объективного анамнеза, семейной и клинико-аналитической психотерапии, чтобы предупредить прерывание беременности, нормализовать ее течение и развитие.

Среди других методов психотерапии гестозов заслуживает применение гипноз и его производные: аутогенная тренировка, в т.ч. органотренинг, приемы медитации и другие способы саморегуляции. Соблюдение принципов здорового образа жизни, общение с природой, прогулки, легкий физический труд в саду действуют оздоравливающе и целебно.

Невротические расстройства у беременных можно сгруппировать вокруг трех основных форм: тревожно-фобических, истеро-конверсионных и неврастении.

Невротические тревожно-фобические расстройства у беременных, по моим наблюдениям, встречаются чаще остальных форм, что совпадает с мнением А.Н. Молохова [5]. При этом они возникают, как правило, у психастеничных, сенситивных, аффективных личностей (аномальных или акцентуированных). Одной из наиболее частых фобий у тревожно-мнительных женщин в период беременности является навязчивый страх ее прерывания. Поводом к его развитию являются астения, тошноты, головокружение и другие висцеро-вегетативные проявления гестоза первой половины беременности, имевший место в прошлом выкидыш, а также – на что обращаю особое внимание – фактор ятрогении и эрготогении,

замечу, нередкий в женских консультациях и гинекологических отделениях, куда они обращаются и их лечат амбулаторно или госпитализируют в отделение с диагнозом «угроза выкидыша». Тревожно-мнительные женщины таких страхов наслушаются там от пациенток, санитарок, акушерок и врачей, что потом не находят себе места от навязчивых опасений и страха, что с ними случится подобное, что у них будет выкидыш. Их конституциональная тревожность еще более усиливается астенией и дистимией, обычно в той или иной степени наблюдаемых на начальных и завершающих этапах беременности у большинства пациенток.

Профилактике ятро- и эрготогений должно служить обучение медперсонала женских консультаций, гинекологических и родильных отделений вопросам психопрофилактики и психотерапии. Не могу не привести в связи с этим довольно типичный в некотором роде случай, подтверждающий необходимость подобного обучения медперсонала.

В 80-е годы мной наблюдалась молодая женщина, еще студентка, у которой аффективные колебания сопровождались вегетативными кризами. Обращалась она редко – не более 2-3 раз в год, а когда вышла замуж, то и вовсе пропала. Пришла она уже при беременности на седьмом месяце угнетенной, со странной просьбой, чтобы я дал ей письменное разрешение на продолжение беременности и роды в срок, на чем настаивала участковая акушер-гинеколог, так как у нее повышается артериальное давление до 170/90. В противном случае в женской консультации настаивали на провоцировании у нее преждевременных родов. Мы вместе с пациенткой, циклоидной личностью, стали сочинять ответ. Перепробовали несколько вариантов, чтобы заключение психотерапевта смотрелось как официальное, но и содержало скрытый юмор (для пациентки), чтобы как-то не задеть акушеров-гинекологов. Привожу его содержание: «Я, ФИО, зав. центром психотерапии, к.м.н. психотерапевт высшей категории, разрешаю пациентке ФИО донашивать беременность и рожать в срок. Ответственность за осложнения беру на себя».

Скрытый юмор (кто, кроме Бога, может запретить или разрешить женщине иметь ребенка?!) предназначался для самой циклоидной пациентки, любящей и понимающей его, чтобы оживить и встряхнуть, поверить в свои силы и возможности. Через полчаса пациентка ушла довольная в хорошем настроении. Через два месяца позвонила с сообщением, что благополучно родила в срок здоровую дочь. Далее мы виделись редко, раз в несколько лет, но запомнился ее визит через 12 лет. Она привела с собой дочь, уже почти девушку, такую же яркую, как мать. Первыми ее словами были: «Познакомься, Л., с доктором, благодаря которому ты есть».

Токофобия – навязчивый страх перед родами; его испытывают многие нерожавшие женщины во время первой беременности. В их воображении

навязчиво всплывают картины гибели в родах и их самих, и ребенка, а также преувеличенные представления о мучительной боли в родах. Поводом для развития токофобии являются Библейское напутствие – «В муках рожать будешь», а также услышанные истории о гибели в родах и описанные в художественной литературе прошлых веков, например, в «Войне и мире» Л.Н. Толстого смерть жены графа Болконского. Некоторые женщины идут даже на прерывание беременности в самом ее начале, но большинство ищут психологической помощи (у врачей/психологов) и обычно все завершается благополучно. Приходилось многократно наблюдать и успешно лечить женщин с токофобией. В большинстве случаев это были молодые, еще не рожавшие женщины которые, пройдя психотерапию (до или во время беременности), затем рожали образцово, без боли. В нижеприведенном случае, представляющим особый интерес благодаря психогенезу возникновения и терапии, это была уже однажды рожавшая молодая женщина с ятрогенной токофобией.

Пациентке 25 лет, она побывала на публичной лекции, посвященной гипнозу и внушению в медицине и просила ей помочь. Жалобы сводились к тому, что она хотела бы родить второго ребенка, но испытывает большой, до ужаса, страх перед вторыми родами как причине ее гибели. Рассказала следующее. Первенца родила в селе у матери, куда специально поехала на девятом месяце беременности. Сельский роддом был пуст, она была единственной роженицей в ту ночь, родила под утро. Помнит, как переведенная после благополучных родов в послеродовую палату, она, утомленная родами, стала забываться сном. Ее поразила удивительная тишина вокруг, будто все замерло, пустота, никого нет. Ощутила легкость, невесомость в теле, скованность рук и ног, невозможность ими двигать. Вдруг ее пронзила мысль, что если ей станет плохо, никто не поможет, и она умрет. Испытала страх. Пыталась позвать акушерку, но голос не подчинялся ей, все тело ощутила, как связанное. Тогда ее охватил резко нарастающий страх, переходящий в животный ужас. Сердце бешено заколотилось, она стала задыхаться и тогда из груди вырвался крик. Дальше она помнит, что прибежала акушерка, затем врач; ей стали делать уколы, давать подушку с кислородом и т.п. Ночь прошла беспокойно. На другой день, когда ее состояние нормализовалось, врач сообщил ей, что ее реанимировали, вывели из состояния клинической смерти, что она их всех перепугала и ей больше нельзя рожать, так как подобное может повториться. Послеродовый период протекал нормально, ребенок рос здоровым. На первом году после родов о втором ребенке не думалось. Затем стали появляться мысли, а следом и настойчивое желание родить второго. Однако тут же в памяти всплывали предостережения того врача и страх умереть во вторых родах. По характеру впечатлительная и мнительная. Если слышит или видит что-то неприятное, угрожающее, то потом эта картина, образ, рассказ долго навязчиво вторгаются в сознание, вызывая мурашки в теле, передергивание, страх, от которого спасается

переключением внимания, «бегством» в текущую реальную жизнь, вытесняя их таким образом.

Анализируя совместно с пациенткой детали обстоятельств, связанные с первыми родами, особенно ее состояние в послеродовой палате, я пришел к выводу, что у нее наблюдалось пароксизмальное нарушение вегетативной регуляции, проявившееся в форме вегетативного, преимущественно симпато-адреналового, криза. Ничто не подтверждало преувеличенных опасений молодого и, как видно, малоопытного акушера-гинеколога о перенесенной пациенткой клинической смерти, из которой он ее якобы реанимировал. В первую очередь, против этого свидетельствовало ее хорошее самочувствие уже на другой день, благоприятно протекающий послеродовой период, нормальная лактация и т.д. Наконец, если и наблюдалось нечто сомнительно подобное, оцененное перепуганным молодым врачом, как клиническая смерть, это не давало ему, согласно медицинской деонтологии и этике, права брякать (другой глагол трудно подобрать, ибо манеры и стиль этого акушера-гинеколога были явно не врачебного уровня культуры) ослабленной родами (и перенесенной, по его мнению, клинической смертью), что ей больше нельзя рожать, так как во вторых родах она наверняка умрет (и он об этом знает?!).

Устранение токофобии в каждом конкретном случае необходимо достигать, индивидуализируя комплекс психотерапевтических воздействий. В иллюстрируемом клиническом наблюдении была применена клиничко-аналитическая психотерапия. Совместно с пациенткой разбирали и анализировали особенности ее характера, обстоятельства, предшествовавшие вегетативному кризу, его особенности. Пациентке были сообщены необходимые сведения о вегетативных кризах, их природе, в том числе биологической и невротической, о том, что они носят функциональный характер и не представляют опасности для жизни. Пациентка получила информацию и о гипнозе, что в нем можно вызвать гипермнезию и таким образом вспомнить забытое. Ей был предложен гипнокатарсис, от которого можно было ожидать многого, ибо пациентка обнаруживала способность к погружению в глубокую, сомнамбулическую стадию гипноза.

Во время третьего сеанса гипноза пациентке было внушено, что она только что родила первенца и находится в послеродовой палате сельского роддома – тихо, пусто, невесомо. Вслед за произведенным внушением у пациентки углубляется и учащается дыхание, она хватает воздух ртом, проявляет двигательное беспокойство, дрожь в теле. Мимика и широко открытые глаза выражают страх, она пытается закричать и, наконец, это ей удается. Все эти реакции, надо признать, способны произвести большое впечатление и напугать неопытного врача. Затем пациентке было внушено, что все, что она испытала сейчас в состоянии гипноза, она будет помнить после пробуждения.

Первые слова, которые пациентка произнесла после выхода из гипнотического состояния, были: «Я поняла, я все поняла!». Пациентка, пережив пережитое, осознала, что произошедшее с нею четыре года назад в измененном состоянии сознания, не опасно для ее жизни и подконтрольно ей. Страх смерти во вторых родах изжит. Далее было проведено еще два сеанса гипноза, во время которых внушено, что беременность и роды будут протекать нормально, а роды к тому же

– безболезненно. Внушена способность, вспоминая психотерапевта, погружать себя в аутогипнотическое состояние.

Через 10 лет пациентка обратилась за консультацией по поводу проблем у ее мужа. Попутно сообщила, что ее желание второго ребенка и внушения психотерапевта реализовались наилучшим образом. Была приглашена на сеанс психотерапии в большой открытой группе, на котором поделилась опытом погружения себя в аутогипнотическое состояние. Рассказала о безболезненных вторых родах: «Конечно, я чувствовала, что рожая, но боли не было, скорее это было вполне терпимое ощущение давления, похожее на то, если вы сильно сожмете одну руку другой». Пациентка время от времени использовала свой навык аутогипноза при стоматологических процедурах, при аборте, для успокоения после переживаний.

Среди фобий у беременных женщин психастенического типа личности часто встречаются обострения кардио-, клаустро- и агорафобии.

В лечении невротических тревожно-фобических расстройств у беременных пациенток, учитывая возможность осложнений от лекарств, основной является психотерапия, начинать которую надо лишь предварительно хорошо изучив их личность. В выборе метода психотерапии приходится считаться с установками беременных, но, по моим наблюдениям, при установлении продуктивного контакта уже к 3-4 сеансу, чувствуя улучшение, пациентки с готовностью доверяют опыту психотерапевта. Учитывая психосоматический характер гестозов, массивное вегетативное сопровождение НР у беременных, особенно в случае истеро-конверсионных расстройств, а также вообще высокую психосоматическую проводимость у женщин, применение гипноза и его производных способствует успеху терапии.

Психические расстройства после родов и в лактационном периоде также протекают в форме двух регистров: психотическом и невротическом [1]. В первом случае редко (0,1%) возникают психозы, подавляющее большинство которых составляют эндогенные: аффективные, шизоаффективные, шизофрения, в меньшинстве – токсико-инфекционные; во втором часто (60% и более) – астенические, астено-депрессивные состояния, а также невротические тревожно-фобические и истеро-конверсионные расстройства.

Самыми частыми, преобладающими, являются астенические и астенодепрессивные состояния, обусловленные тяжелыми и осложненными родами *per se*, а также травматическим или токсическим повреждением новорожденного, в результате чего младенец плохо спит, слабо сосет грудь, беспокоен, особенно ночами. Все это возлагает на ослабленную родами женщину тяжелое физическое и психическое напряжение, особенно

в случае, если ей не помогают постоянно ухаживать за ребенком и бытом (мать, свекровь, муж, др. родственники). К подобному стрессу, еще более ослабляющему женщину, может добавиться психический в той или иной форме и, учитывая повышенную ранимость роженицы, вызвать ППР в сопровождении вегетативных и гормональных дисфункций, а те, в свою очередь, еще более ослабляют физическое и психическое состояние. Возникает порочный круг. Типичным в послеродовом и лактационном периодах является возникновение у женщин с акцентуациями и аномалиями личности сверхценных идей ревности.

Маститы у кормящих женщин, их лечение, особенно хирургическое, нередко способны оказать серьезное патогенное влияние, терзающее их тело и душу, и явиться источником астено-невротических расстройств.

В лактационном периоде кормящие матери весьма подвержены отрицательному воздействию психического стресса, способного прервать выделение молока, что, в свою очередь, через эндокринные дисфункции вызывает вегетативные расстройства. К тому же остро возникает проблема питания ребенка, нарушение функционального состояния его пищеварительной системы и снижение иммунитета против инфекций. Все это делает ребенка беспокойным, на что ослабленная и невротизированная женщина, переживающая не только стресс, прервавший лактацию, но и сам факт ее прекращения, реагирует весьма болезненно, с чувством вины перед ребенком.

Рождение ребенка всегда вызывает бурю эмоций в семье; возможны самые разные, позитивные и негативные, ситуации, влияющие на семью и на родившую женщину, а через нее и на ребенка, что иллюстрирует следующее наблюдение.

К нам обратилась женщина 50 лет с жалобами астено-депрессивного характера. Пациентка, выглядевшая крайне утомленной и подавленной, сообщила следующее. Три месяца назад, когда дочь родила, они с мужем торопились ее навестить. В этой спешке случилась трагедия: муж попал под машину и погиб на месте. Зная, что массивная психотравма – известие о гибели отца – способна нарушить послеродовой период, прекратить лактацию у дочери, нарушить нормальное питание и развитие новорожденного и таким образом к одному несчастью добавилось бы и второе, пациентка решила скрыть от дочери факт гибели отца. Мобилизовавшись, она сказала дочери, что папу отправили в срочную командировку. Вначале дочь поверила, отнеслась к этому нормально. Но проходит неделя, другая, месяц, и она стала все настойчивее спрашивать у матери, почему папа не звонит, если не может приехать? Через два месяца пациентка уже не находила в себе сил отвлекать и всячески обманывать кормящую дочь относительно трагичной судьбы ее отца и все ей рассказала.

Как и ожидалось, известие о трагедии вызвало шок у дочери, бурную эмоциональную и двигательную реакцию, а через пару дней прекратилась и лактация.

Психические расстройства при климаксе весьма часты и соответствуют распространенности разных форм психической заболеваемости с учетом ее обострения в период возрастных кризов. Так, например, распространенность расстройств личности в мире колеблется в пределах 10% от численности населения [2, 8, 10], невротических расстройств – 15-20% [7], органического поражения головного мозга – 10-15% [2], аффективных расстройств, в т.ч. скрытых депрессий, дистимии, циклотимии – в сумме до 10% [8]. Необходимо считаться и с тем, что, согласно исследованиям К. Леонгарда (1976), акцентуированные личности (латентные психопатии старых авторов) составляют 50% от численности населения. Это один взгляд на природу т.н. патологического климакса (Тиганов А.С., 1999; Смулевич А.Б., 1999; Александровский Ю.А., 2000, др.), разделяемый мной.

Представители другого взгляда, игнорируя (не на словах, а на деле) нозологический подход, основанный на закономерностях симптомо- и синдромообразования в психиатрии, типе течения заболевания и катамнестических наблюдениях, психические расстройства в климактерическом периоде у женщин относят к патологическому климаксу, проявляя таким образом каузальный подход [4, 9]. Среди клинических вариантов дисгармонично протекающего климакса В.Д. Менделевич (1996) выделяет следующие: астенический, сенесто-ипохондрический, тревожно-депрессивный, истерический; при этом рассматривает условия формирования «собственно климактерических психических расстройств» («преморбидные характерологические и соматические особенности, особенности психогений у женщин в период климакса, влияние фактора производства»). Дуализм вышеназванной работы очевиден, как и субъективизм – ведь надо *не* увидеть за специфическими вегетативными дисфункциями во время гормональной перестройки при климаксе невротических, личностных, экзогенных и эндогенных психических расстройств.

Полагаю, четкая, классическая позиция авторов нозологического направления, являясь логически стройной и последовательной, способствует и достоверности диагностики, и эффективности терапии. Впрочем, когда вопрос заходит о лечении, позиции сторонников самых различных взглядов на этиопатогенез психических расстройств при климаксе сходятся в основном вокруг первого – назначение психотропных препаратов и психотерапии, направленной на личность.

Все многообразие вариантов психических расстройств при климаксе можно сгруппировать вокруг четырех нозологий:

- 1) невротические расстройства у акцентуированных личностей;
- 2) декомпенсация в динамике расстройств личности;
- 3) декомпенсация отдаленных последствий органического поражения головного мозга;
- 4) манифестация/экзацербация эндогенной психической болезни.

Необходимо отметить, что специфические для климакса вегетативные дисфункции в форме приливов жара и проливных потов, особенно в ночное время суток, наблюдаются во всех указанных случаях с определенными количественными, но не качественными, различиями. Вся остальная симптоматика определяется личностным, органическим, эндогенным уровнем психических расстройств или их коморбидностью (с органическим церебральным в первом, втором, четвертом случаях и с соматической патологией во всех четырех или сочетанием того и другого). Здесь будет уместным указать только на некоторые их особенности, обусловленные инволюцией. Среди клинических проявлений типичными являются: тревожность, сопровождающаяся ажитацией, появление идей ущерба, сверхценных идей ревности, возрастание числа истеро-конверсионных и депрессивных симптомов, половые дисфункции.

Лечение психических расстройств при климаксе требует наряду с назначением соответствующих психотропных средств и психотерапии назначение общеукрепляющих, в т.ч. поливитаминных комплексов, а также в ряде случаев гормонов и симптоматической терапии. Необходимо также проведение оздоровительных мероприятий, включая пребывание на воздухе, физические упражнения, особенно плавание, а также занятие хобби.

При НР у акцентуированных личностей доля психической терапии в общем лечении максимальная из всех четырех групп. При манифестации/экзацербации эндогенной психической болезни основу лечения составляет психофармакотерапия, которую психотерапия должна дополнять. Часто из назначенных антидепрессантов и нейролептиков предпочтение отдается тем из них, которые обладают отчетливым противотревожным действием. В дополнение к ним нередко целесообразно назначать и транквилизаторы, обладающие вегетостабилизирующим действием, а

также препараты с седативным действием растительного происхождения.

При декомпенсации РЛ и последствий органического поражения головного мозга соотношение психической и лекарственной терапии может варьировать в зависимости от клиники: функциональной или органической симптоматики. В то же время лекарственная терапия, как правило, всегда должна быть проведена, но с той или иной интенсивностью. Во всех случаях назначение вегетотропных, вегетостабилизирующих средств приносит той или иной степени выраженности положительный эффект в отношении проявлений симптоматики «приливов».

Заключение

Как явствует из анализа структуры психической патологии среди пациентов психотерапевта, врачу приходится постоянно дифференцировать, к какому кругу расстройств относятся соматоформные соматизированные расстройства (ССР) и соматоформные вегетативные дисфункции (СВД): невротическому, эндогенному, органическому? Многолетний опыт работы в этом направлении привел нас к выводу, что СВД предпочтительно наблюдаются при НР и хорошо поддаются психотерапии. В то же время ССР более свойственны эндогенной и органической патологии, а также аутохтонным депрессивным и особенно сенестопихондрическим фазам у шизоидных личностей. Они обычно *не* наблюдаются при НР и нуждаются, в первую очередь, в биологической терапии. Гендерная представленность этих форм психосоматических расстройств прямо указывает на значительное преобладание здесь числа женщин над мужчинами в такой степени, что позволяет употребить метафоричное определение - *пограничные психические расстройства у женщин являются настоящим царством психосоматики*. Среди 333 больных (255 жен. – 76,58%, 78 муж. – 23,42%) с НР у 69 (20,72% ± 2,22%: 57 жен. – 22,35% ± 2,67%; 12 муж. – 15,38% ± 4,08%) СВД доминировали в клинической картине и являлись основным поводом для обращения к врачам (57 жен. = 82,61% из 61, 12 муж. = 17,39%). Среди этих больных СВД сердечно-сосудистой системы отмечена у 38 (11,41% ± 1,74%): 31 жен. – 12,16% ± 2,05%; 7 муж. – 8,97% ± 3,23%; СВД системы пищеварения – у 18 больных (5,41% ± 1,24%): 15 жен. – 5,88% ± 1,13%; 3 муж. – 3,85% ± 1,42%; СВД системы дыхания – у 9 (2,70% ± 0,73%): 8 жен. – 3,14% ± 0,81%; 1 муж. – 1,28% ± 0,83%; СВД системы мочевого выделения – у 4 (1,20% ± 0,40%): 3 жен. – 1,18% ± 0,82%; 1 муж. – 1,28% ± 0,91%. При всех системах, особенно системы дыхания, заметно яв-

ное преобладание числа женщин, составляющих соответственно 81,58%; 83,33%; 88,88%; 75% от общего количества зарегистрированной патологии.

ССР, доминирующие в клинической картине ипохондрического развития, маскированной (вегетативной) депрессии, в трети случаев аутохтонных фаз в динамике личностных аномалий, органического поражения ЦНС и шизотипического расстройства (вялотекущей малопрогрессирующей шизофрении) и являющиеся основным поводом для обращения к разным специалистам и целителям, отмечены у 166 больных из 668 (24,85% ± 1,67%), в т.ч. у 126 жен. – 27,16% ± 2,06% и у 40 муж. – 19,61% ± 2,78%. Из 166 всего больных 126 жен. составляют 75,90%, а 40 муж. – 24,10%.

В сумме СВД и ССД доминировали в клинической картине у 235 больных (35,18% ± 1,85%) из 668, в т.ч. достоверно чаще у женщин (183 – 39,44% ± 2,26%), чем у мужчин (52 – 25,49% ± 3,05%, $p < 0,01$). Заметим, что женщины среди всех 235 больных составляют 77,87%, а мужчины – 22,13%.

Проведенные исследования показали, что преобладание числа женщин среди больных НР и другими пограничными состояниями на приеме у психотерапевта объясняется их предрасположенностью к психогенно-функциональным расстройствам высшей нервной деятельности, в клинических картинах которых доминируют псевдосоматические, соматизированные, висцеро-вегетативные нарушения. Этому способствует высокая эмоциональная лабильность и ранимость гипоталамических функций у женщин, особенно в генеративные периоды (тем более при их патологии), при климактерии и инволюции, а также большая значимость психотравмирующих переживаний в области семейно-бытовых и сексуально-супружеских отношений. В основе цепи этиопатогенетических причинно-следственных взаимоотношений этих расстройств лежит личностная/эндогенная предрасположенность и ранняя церебрально-органическая отягощенность. Все это во многом объясняет подверженность женщин истерическим и депрессивным расстройствам, обычно протекающим в пышном обрамлении вегетативных дисфункций.

Библиография

1. Абрамченко В.В., *Психосоматическое акушерство*. СПб., 2001, – 320 с.
2. Александровский Ю.А., *Пограничные психические расстройства*. Уч. пособие. Москва: Медицина, 2000, 496 с.

3. Воловик В.М., *Рвота беременных как психосоматическое расстройство*. Исследование личности в клинике и экстремальных условиях: Сб. науч. трудов Ленингр. науч. ин-та им. В.М.Бехтерева. 1969; 62: 38-49.

4. Менделевич В.Д., *Гинекологическая психиатрия (клиника, диагностика, терапия)*. Казань, 1996, 337 с.

5. Молохов А.Н., *Очерки гинекологической психиатрии*. Кишинев, 1962, 137 с.

6. Сахаров Е.А., *Психические расстройства при беременности*. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996, с. 63-119.

7. Смулевич А.Б., *Невротические расстройства (неврозы)* Руководство по психиатрии. – Москва: Медицина, 1999; 2: 527-557.

8. Смулевич А.Б., *Расстройства личности (психопатии)*. Ibidem, с. 558-606.

9. Телешевская М.Э. *Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте*. Ленинград, 1976, 157 с.

10. Шостакович Б.В., *Клинические варианты расстройств личности (психопатические расстройства)* Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Москва: Медицина, 2000, С. 89-216.

11. (Dubois P.) Дюбуа П., *Психоневрозы и их психическое лечение*. Пер. с франц., СПб., 1912, 382 с.

12. (Forel A.) Форель А., *Гипнотизм или внушение и психотерапия*. Пер. с нем., 1928, 304 с.

13. (Wetterstrand O.) Веттерстранд О. *Гипнотизм и его применение в практической медицине*. Пер. с нем., Москва, 1893, 161 с.

Резюме

В статье описаны основные формы пограничных психических расстройств (ППР) у женщин с обоснованием их патогенеза, особенностей терапии и профилактики. Указана роль наследственных, эндогенных, экзогенных факторов в их диалектическом взаимодействии при возникновении, динамики и терапии. По мнению автора, особое значение имеет ранняя органическая церебральная патология (внутриутробная, родовая, раннего детского возраста), часто лежащая в начале этиопатогенетической цепи причинно-следственной обусловленности дисфункций менструации, патологии беременности, родов, лактации, дисгармонии супружеских отношений. Подобная патология оказывает существенное влияние на формирование характера, эмоционально-вегетативных и поведенческих реакций, а также – на многочисленные особенности психосоматического реагирования. Показана большая эффективность психотерапии ППР у женщин.

Summary

The article describes the main forms of borderline mental disorders (BMD) of women with substantiation of their pathogenesis, therapy and prevention features. The role of hereditary, endogenous and exogenous factors in their dialectical interaction in the course of origin, dynamics and therapy is indicated.

According to the author, the earliest organic cerebral

pathology (prenatal, birth and early childhood pathology) is of particular importance, which often underlies the etiopathogenetic chain of cause-effect conditionality of menstrual dysfunctions, pathology of pregnancy, childbirth, lactation and disharmony of marital relations. Such pathology of early childhood has a significant influence on the character formation, emotionally autonomic and behavioral responses, and many features of psychosomatic reaction. The article covers great efficiency of psychotherapy of women' BMD.

Rezumat

În acest articol este descris formele principale ale tulburărilor psihice limitrofe la femei, ale patogenezei, particularităților terapeutice și profilaxiei lor. Este demonstrat rolul predispoziției genetice, a factorilor endogeni și exogeni și a interrelațiilor în dialectică, în declanșare în evoluție și în tratament. După părerea autorului, un rol important îi revine patologiei cerebrale organice precoce (intrauterină, intranatală, vârsta copilăriei timpurii), care adeseori este începutul lanțului etiopatogenetic de disfuncții menstruale, patologii ale gravidității, nașteri patologice, lactație, relații conjugale dizarmonice. Toate aceste patologii influențează mult la formarea caracterului, reacțiilor emoționale-vegetative comportamentale și diverse reacții psiho-somatice. Autorul prezintă date despre eficiența tratamentului psihoterapeutic a tulburărilor psihice tranzitorii la femei.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВОРОВСТВО (КЛЕПТОМАНИЯ) В ТЕОРИИ И РЕАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

В.Ф. Простомолотов, докт. мед. наук,
профессор. Кафедра клинической
психологии Института инновационного и
последипломного образования
Одесского национального университета
им. И.И. Мечникова

Согласно исторической традиции, клептомания – это воровство не ради обогащения или какой-либо другой выгоды, на что особо обращают внимание авторы учебников и руководств, ибо похищаются часто вовсе ненужные вещи, которые больной либо выбрасывает, либо возвращает хозяину. Известный психиатр В.А. Гиляровский в своем многократно переизданном руководстве по психиатрии (1954) писал: «Обозначение “мания” нужно понимать как навязчивое влечение [...] При клептомании наблюдается неудержимое влечение присваивать и даже красть предметы

не для пользования ими или вообще извлечения из них какой-либо материальной выгоды, а исключительно для самого процесса воровства; крадут вещи, совершенно не нужные больному или вообще не имеющие никакой цены. Если речь идет о деньгах, то они также не используются самим больным, а раздаются другим или их кладут куда-нибудь, не заботясь об их сохранности. Больные сознают ненормальность своего влечения и тягостятся им».

В МКБ-10 от 1996 г. для вынесения диагноза «патологическое воровство (клептомания)» необходимы два критерия:

А. Два или более случаев воровства без видимых мотивов или выгоды для индивидуума или другого лица.

Б. Индивидуум описывает сильное влечение к воровству с чувством напряженности перед совершением поступка и облегчением после него.

В то же время в некоторых изданиях последнего времени феномен клептомании трактуется несколько по-иному. Академик А.С. Тиганов в первой главе первого тома «Руководства по психиатрии», 1999 дает такое определение: «Клептомания – периодически возникающее неодолимое влечение к приобретению не принадлежащих больному вещей». В этом определении ничего не сказано о корыстных мотивах, зато влечение к приобретению четко квалифицируется как периодически неодолимое и оно проявляется именно у больного, т.е. признается факт болезни (т.е. патологии). Здесь автор избегает понятия «патологическое воровство», своеобразного смешения медицинской дефиниции – патологическое, – а также юридической и бытовой, – воровство – очевидно, предпочитая оставаться исключительно на врачебно психиатрической позиции, при этом все же весьма неопределенной. П.Б. Ганнушкин (1933, с. 224-225) рассматривал клептоманию как «импульсивное влечение, стремящееся превратиться в действие. Зачаточные формы ее отмечаются еще в детском возрасте [...] Удачно сошедшее с рук воровство (В.П. – уже не акт клептомании) ослабляет у клептоманов оставшиеся задержки и усиливает влечение к новым кражам, которые постепенно входят в привычки [...] Что о полной безотчетности здесь и речи быть не может, показывает тот факт, что наказания уменьшают количество клептоманов, тогда как, наоборот, признание последних невменяемыми и освобождение от наказания содействует дальнейшим повторениям прежних проступков». Классик признает, что «есть и такие случаи, где клептомания укореняется очень глубоко и приобретает