

А.Б. Ильичев¹, Е.Н. Давтян^{2,3}

ВНУТРЕННИЙ ДИАЛОГ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО АВТОМАТИЗМА ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ (клинико-семантический анализ)

¹ *ФГБОУ ВО СПб ГПМУ Минздрава России, каф. психиатрии и наркологии;*

² *РГПУ им. А.И.Герцена, каф. клинической психологии и психологической помощи;*

³ *Дневной стационар №3 ГПНДС №7, Санкт-Петербург*

Резюме. Изучаются клинические проявления и речевое выражение психического автоматизма при шизотипическом расстройстве. Выявлено, что тема «диалога» определяет специфическое речевое выражение психического автоматизма при шизотипическом расстройстве и представляет собой максимально полное развитие психического автоматизма при этой нозологической форме. Лексика объединяется в тематический ряд (ТР) «Диалог», на основе общего семантического признака (ОСП) «Расщепленность». ТР «Диалог» включает в себя три частных тематических ряда: «Отчуждение» (ОСП, «Потеря целостности»), «Присутствие» (ОСП «Иная активность») и «Наблюдатель» (ОСП «Пассивность»). Предлагается выделить «симптом внутреннего диалога» как специфическое клиническое проявление шизотипического расстройства.

Ключевые слова: психический автоматизм, диалог, расщепление, шизотипическое расстройство, псевдогаллюцинация.

Актуальность. В психиатрии тема диалога охватывает собой широчайший спектр психопатологических расстройств. С одного полюса, это – нарушение самосознания (деперсонализация), проявляющееся, как правило, раздвоением собственного «Я», переживанием разделения личности больного на автономные субъективности. Эти «несогласованные» части «Я» находятся в непрерывном диалогическом противоречии: «Одно «Я» постоянно обвиняет, а другое все время оправдывается» [4]. С другого полюса, это диалоги в рамках галлюцинаторных расстройств и психического автоматизма. Очевидно, что между полярными проявлениями отчуждения (части «Я» – воздействующие преследователи) пролегает весь спектр вариантов патологических диалогов больного, детерминированный глубиной протопатического сдвига и внутренней логикой развития болезненного процесса.

В клинической практике от верифицируемой степени отчуждения «частей Я» часто зависит нозологическая квалификация состояния и, как следствие, лечебная тактика и общий прогноз. Однако различение патологических диалогов вовсе не является тривиальной задачей для клинициста, особенно между малопрогрессирующими формами процесса и начальными этапами формирования синдрома психического автоматизма при параноидной форме шизофрении. Систематического описания феномена диалогического расщепления «Я» в доступной нам литературе найти не удалось. Все это и послужило причиной начатому нами исследованию. В этой статье мы сравниваем внутренние диалоги между частями «Я» больного при шизотипическом расстройстве с психическими автоматизмами, весьма подробно изученными в психопатологии ранее.

Из истории изучения психического автоматизма.

В психиатрии впервые понятие «автоматизма» использовал Ж. Байарже (Baillarger J., 1890) для описания патологии, при которой психические процессы протекают непроизвольно и независимо от воли.

Клерамбо Г. [19-23] рассматривал психический автоматизм как фундаментальное, ядерное нарушение, лежащее в основе всех психотических симптомов. Его специфическим клиническим признаком считал независимость от воли и психического влияния больного.

Клерамбо Г. предложил систематику проявлений автоматизма [2, 13, 15, 17, 24]. В частности, вначале выделял инициальные и поздние феномены автоматизма. Затем назвал инициальные феномены малым автоматизмом.

Малый автоматизм Г. Клерамбо рассматривал как начальную стадию развития хронического галлюцинаторного психоза В. Маньяна (близкого к параноидной форме шизофрении в современной психопатологии). Феномены малого автоматизма переживаются как нейтральные в эмоциональном и тематическом отношении, не несущие в себе угрозы. В дальнейшем они дают начало галлюцинациям. Персекуторный бред Клерамбо считал вторичной интеллектуальной конструкцией, обусловленной другими (чаще всего врожденными) психическими механизмами («параноической конституцией»), подчеркивая, что он всегда развивается после появления автоматизма.

К малому автоматизму Г. Клерамбо относил «чисто вербальные феномены» (внезапно возникающие слова, наборы слогов, мысли без определенного смысла), «чисто психические феномены» (абстрактные намерения, желания и импульсы, паузы в абстрактном мышлении, бессловесные воспоминания) и «идеовербальные феномены» (комментарии действий и воспоминаний, мысленные вопросы и ответы на них).

Идеовербальные феномены (эхо мыслей, комментирующие галлюцинации), а также созвучия, неструктурированные потоки мыслей и мысли без определенного содержания Г. Клерамбо рассматривал как элементарные и автоматические нарушения внутренней речи [25].

Клиническая структура малого психического автоматизма в современной психопатологии четко не определена [15]. Его проявления ограничивали явлениями эмансипации абстрактного, немного развертывания воспоминаний, абстрактных позывов и предвосхищенных теней неразличимых мыслей (Eu H., Bernard P.; Brisset Ch., 1967), проявлениями идеовербального автоматизма [17]. В его состав включали звучание мыслей [1]. Клерамбо Г. первоначально отнес звучание мыслей к инициальным феноменам психического автоматизма, позже отказался от этого [15]. Ануфриев А. К. [2] рассматривал появление «эха мыслей» как переход от малого автоматизму к большому.

В своих поздних работах Г. Клерамбо не выделял малый автоматизм как отдельное нарушение, а феномены малого автоматизма называл «психическим автоматизмом» (идеаторный в современной психопатологии). При дальнейшем развитии патологического процесса к психическому автоматизму присоединяются

чувственный и двигательный автоматизмы, а также появляются развернутые бредовые нарушения. Наличие в клинической картине всех трех видов автоматизма Клерамбо обозначил как «тройной автоматизм». Позже выделил аффективный и волевой автоматизмы.

В структуре психического автоматизма Г. Клерамбо описывал разнообразные галлюцинаторные феномены, как элементарные, так и содержащие завершённый предметный образ. В структуре сенсорного автоматизма – вкусовые, обонятельные, зрительные и слуховые; в структуре психического (идеаторного) автоматизма – вербальные галлюцинации, как атематические, так и комплексные. Последние рассматривал как вербальное выражение «чужих» мыслей.

Одной из разновидностей комплексных вербальных галлюцинаций Г. Клерамбо считал «внутренние диалоги» – диалоги между «голосами», иногда с комментирующим компонентом [24]. Подобные феномены описывались также К. Ясперсом (голоса в форме диалога, упорядоченная беседа голосов между собой), К. Шнейдером (больной слышит свой собственный голос днем и ночью в форме диалога, причем один голос говорит всегда противоположное другому). Шнейдер К. (1959) относил их к симптомам первого ранга шизофрении.

Можно провести ряд параллелей между историческими и современными клиническими обозначениями. Термином «психический автоматизм» Г. Клерамбо описывал идеаторные, вербальные и идеовербальные проявления автоматизма. В современной психопатологии их называют идеаторным автоматизмом, а «психическим автоматизмом» в настоящее время называют все проявления автоматизма в целом.

Малый автоматизм Г. Клерамбо тождественен современному описанию идеаторного психического автоматизма, при котором отсутствуют бредовые нарушения. В этом отношении речь чаще всего идет, как и у Клерамбо, о начальном этапе развития патологического процесса.

Галлюцинации, описанные Г. Клерамбо, наиболее близки к псевдогаллюцинациям В. Х. Кандинского (1890). В настоящее время, их либо рассматривают как проявление различных видов автоматизма (как и Клерамбо), либо выделяют как отдельное нарушение.

Психический автоматизм, сочетающийся с бредовыми нарушениями, в настоящее время нередко обозначается как «большой» автоматизм. Понятие «тройного» автоматизма имеет то же самое клиническое значение, что и у Клерамбо.

Развернутый синдром, при котором проявления автоматизма сочетаются с псевдогаллюцинациями и бредом (воздействия и преследования), Клерамбо Г. предлагал называть «основным синдромом», «синдромом пассивности», «синдромом принуждения», «синдромом паразитизма» [21, 22] и, наконец, «синдромом S» [23]. В современной психопатологии чаще всего используется термин «синдром психического автоматизма», а в отечественной психопатологии имеется второе название – «синдром Кандинского-Клерамбо» [14, 18].

Проявления психического автоматизма считали специфичными для шизофрении (Gruhle G., 1929, 1932; Каннабих Ю. В., Лиознер С. А., 1934; Кронфельд А. С., 1936, 1940; Каменева Е. Н., 1957). В частности, эхо мыслей, похищение мысли и обрыв мысли рассматривались как почти патогномичные симптомы шизофрении (Bumke O., 1932; Mayer-Gross W., 1955; Schneider K., 1955, 1999). Шнайдер К. относил звучание мыслей, распространение мыслей, вербальные галлюцинации, бредовое восприятие, переживания телесного воздействия, различные виды воздействия на мысли, эмоции, влечения, желания к симптомам первого ранга шизофрении. Наиболее часто синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо наблюдается при параноидной форме шизофрении.

Тем не менее, проявления психического автоматизма, как мы полагаем, встречаются и при шизотипическом расстройстве. В этом случае психический автоматизм выступает вне сочетания с бредовыми нарушениями (бредом воздействия). Псевдогаллюцинации также лишены типичного для синдрома Кандинского-Клерамбо чувства «сделанности», и, кроме того, могут быть рудиментарными. Относительно неглубокий регистр нарушений делает психический автоматизм внешне похожим на навязчивые явления.

В клинической работе обнаруживается характерная особенность переживаний пациентов, страдающих шизотипическим расстройством. Многие пациенты говорили о разделении их психического «Я» на части, ведущие «диалоги» между собой. Эти «субличности» пациенты не переживали как чуждые и противопоставленные собственному «Я» (как при синдроме психического автоматизма Кандинского-Клерамбо), говорили о них как о частях собственного «Я». Вместе с тем, отмечали активность «субличностей», не зависящую от их воли и желания:

«Диалог в голове между моими комплексами и моим характером. ... Все диалоги происходят внутри меня, это часть меня. ... Как два варианта меня: один такой, один другой, один принимает одно решение, другой – другое».

«Внутренние диалоги между мной настоящей и мной обычной, все время спорили».

«Как будто человека пропустили через сито, и получилось много таких же. Они разные. По очереди берут все в свои руки и начинают спорить».

В литературе разных лет имеется ряд описаний нарушения внутреннего психического единства с переживаниями второй личности.

Жане П. и другие французские авторы предполагали, что при психических нарушениях возникает слабость психического тонуса, необходимого для произвольного мышления и действий, в результате чего освобождаются автоматизмы. При выраженном освобождении автоматизмы действуют как вторая личность, которая проецируется вовне. Больной чувствует внедрение чуждого элемента в его личность – «сделанные», «искусственные» мысли и др. [8].

Юнг К. Г. (1907) отмечал, что при неврозах сохраняется единство личности. При шизофрении ослабление сознательной личности до степени утраты ее целостности.

Единая психика распадается на комплексы, которые приобретают характер личностей, оставаясь в то же время фрагментами.

Ясперс К. (1913) указывал на переживание раздвоенности при нарушении единства «Я» – появляются два ряда событий психической жизни, две отдельных, независимых друг от друга личности, каждой из которых свойственны свои переживания и ассоциации.

Блейлер Е. отмечал, что при расщеплении личности те или иные чувственно окрашенные идеи или влечения получают определенную самостоятельность, в результате чего личность «разваливается на части». Эти части могут сосуществовать друг с другом и поочередно выступать в роли главной личности – осознаваемой части больного.

Снежневский А. В. [16] относя деперсонализацию к расстройствам самосознания, приводит пример расщепления «Я»: «Мое «Я» стало двойным, одно думает, действует, воспринимает так, а другое – по иному».

Жмуров В. А. [4] относит к числу ярких проявлений распада внутреннего психического единства двойной поток мышления с вторжением «параллельных», «пересекающихся», чуждых личности мыслей.

Берце Й. [3] указывал, что в фазе активного шизофренического процесса то один, то другой комплекс идей или тенденций высвобождается из единого «Я» и образует одно или несколько частичных «Я». В неактивной фазе наблюдаются стабилизированные частичные «Я», наряду с существованием «главной личности».

Меграбян А. А. [9] отмечал, что при синдроме отчуждения в сознании появляется чувство раздвоенности «Я»: «Как будто во мне существуют два «Я», причем одно «Я» действует, а другое наблюдает».

При психическом автоматизме описывали расщепление личности «старую и новую» части (Seglas J., 1892). Г. Клерамбо [22] говорил о появлении «вторичной личности», обладающей паразитическими и враждебными свойствами по отношению к прежней личности. Он отмечал, что рудиментарная степень выраженности паразитического мышления и второй «паразитической» личности сочетается с диалогами. Нормальная личность преуменьшается, но окончательно не разрушается.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что клиническая практика дает основания предполагать, что переживания «внутренних диалогов» могут быть специфической формой психического автоматизма, характерной для шизотипического расстройства.

Клинический анализ не позволяет в полной мере изучить процессы симптомообразования при психических расстройствах. Клинико-семантический подход позволяет преодолеть эти ограничения. Клиническая семантика является методологией установления смысла психопатологической лексики, выявления наиболее общих закономерностей, регулирующих употребление слов субъектом патологии. Нарушения речевого поведения изучаются в органической связи с анализом клинической структуры и динамики психопатологических феноменов [11]. Клинико-семантические исследования обнаруживают специфические механизмы и

процессы семантогенеза при психической патологии. Психическая и коммуникативная деятельность больного выражается в раскрытии смысла происходящих с ним изменений: на основании наиболее общих семантических признаков происходит выбор лексем для означивания неопределенных патологических изменений, что в последующем выражается в специфической речевой организации высказываний больного (появлении оформленных психопатологических симптомов).

Результаты клинико-семантических исследований позволяют рассматривать нарушения работы речевых структур в качестве ведущих субъективных факторов симптомообразования. При психической патологии формируется патоидиолект – патологический вариант индивидуального языка, обладающий специфическим смысловым содержанием и относительно ограниченным лексическим составом.

Целью проводимого нами исследования явилось изучение механизмов патологического смыслообразования при психическом автоматизме в рамках шизотипического расстройства.

Были сформулированы следующие задачи: определение общих семантических признаков, тематических рядов, а также описание процесса патологического смыслообразования (семантогенеза) лексики психического автоматизма.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили высказывания пациентов, отражающие переживания внутренних «диалогов». Было обследовано 120 пациентов с различными типами шизотипического расстройства, находившихся на лечении в дневном стационаре №3 ГПНДС-7.

В рамках комплексного клинико-семантического подхода применялось традиционное клинико-психопатологическое исследование, дополненное модифицированными методиками компонентного и контекстуального анализа лексики.

Полученные результаты и их обсуждение.

Результаты клинико-психопатологического исследования.

Средний возраст пациентов составил 30,7 лет (от 18 до 71 года). Средняя длительность заболевания к моменту исследования составляла 5,3 года.

По шкале PANSS показатели выраженности продуктивной симптоматики варьировали от 10 до 21 балла (в среднем 13,9), негативной симптоматики – от 12 до 24 баллов (в среднем 19,1 балла), общей симптоматики – от 34 до 50 (в среднем 41,7), общий балл – от 61 до 85 баллов (в среднем 74,7).

Проявления психического автоматизма отмечались у 60,83% от всех обследованных пациентов. Клиническая структура психического автоматизма ограничивалась проявлениями идеаторного автоматизма. Преобладали ментизм, шперрунги, реже встречались звучание мыслей, иногда открытость мыслей.

Переживания «внутренних диалогов» встречались у 25% от всех обследованных пациентов. Средняя длительность существования «диалогов» в клинической картине заболевания составила 3,4 года. Только примерно половина пациентов с переживаниями «диалогов» (56,67%) спонтанно описывали или предъявляли жалобы

на них как на причину страдания. У остальных переживания «диалогов» были выявлены только при прицельном расспросе.

В общей группе (120 больных) псевдогаллюцинации встречались в 12,5% случаев. В группе больных с переживаниями «диалогов» (30 больных) псевдогаллюцинации отмечались в 20% случаев (как элементарные, так и развернутые: у 3 – зрительные, у 1 – слуховые, у 3 – сочетание зрительных и слуховых).

У 28,13% от всех обследованных пациентов (10 больных) отмечалась рудиментарная параноидная настроенность. Завершенный бред воздействия и преследования не наблюдался.

Таблица 1.

Психический автоматизм и «внутренние диалоги» при различных типах шизотипического расстройства.

Диагноз	Проявления психического автоматизма		Проявления «диалогов» в структуре психического автоматизма			
	Человек	%	Человек	%		
F 21.3	79	65,83	50	63,29	20	25,32
F 21.4	25	20,83	14	56	6	24
F 21.8	16	13,33	9	56,25	4	25

Как видно из таблицы 1, проявления психического автоматизма и переживания «диалогов» не зависели от клинического типа заболевания.

У обследованных нами пациентов наиболее часто встречались неврозоподобный (34,17% от всех больных) и деперсонализационный (27,5%) синдромы.

Неврозоподобный синдром включал в себя наиболее полиморфные нарушения: навязчивости (фобии, навязчивые мысли, контрастные мысли, навязчивые ритуалы), сенестопатии, псевдоастенические нарушения, колебания настроения, а также рудиментарные галлюцинаторные, дисморфоманические, тревожно-параноидные и тревожно-депрессивные переживания. У многих больных навязчивости либо предшествовали развитию психического автоматизма, либо представляли собой его рудиментарные проявления. У 2 больных (4,88%) отмечалась тотальная деперсонализация.

В структуре деперсонализации преобладала аутопсихическая форма. У 12 больных (36,36%) отмечалась тотальная деперсонализация.

Сенестоипохондрический синдром в качестве ведущего нарушения встречался в 15% случаев, депрессивный – в 10,83% случаев, психопатоподобный – в 5% случаев, дисморфоманический – в 3,33% случаев.

Помимо указанных проявлений, у пациентов отмечались структурные нарушения мышления (нецеленаправленность, расплывчатость, резонерство, амбивалентность, соскальзывания), негативные эмоционально-волевые нарушения (апатия, снижение активности), аутистические переживания.

У больных с ведущим деперсонализационным синдромом психический автоматизм встречался в 84,85% случаев, переживания «диалогов» – в 51,52% случаев.

Примерно у трети пациентов с переживаниями «диалогов» отмечалась тотальная деперсонализация.

В структуре невротоподобного синдрома психический автоматизм встречался в 63,41% случаев, переживания «диалогов» – в 21,95% случаев.

Полученные статистические данные позволяют предполагать ведущее участие психического отчуждения (схизиса) в развитии психического автоматизма. Последнее согласуется с данными литературы [9, 10, 14].

Полученные результаты и их обсуждение. На первом этапе клинико-семантического анализа выделено три общих семантических признака (ОСП) и три тематических ряда (ТР).

1. ТР: «Отчуждение» включил в себя лексические единицы, объединенные ОСП «Потеря целостности». Лексика данного ряда выражает переживание утраты собственного единства, самоидентичности, согласованности психических процессов:

«Двойственность – часть мыслей отделилась от меня в виде призрака, эта часть существует отдельно».

«Такое ощущение, что и я, и не я хозяйка мыслям. Вроде как мое, как вроде и не мое. Такое ощущение, что я состою из двух человек, что есть хороший человек и плохой человек».

2. ТР «Присутствие» составили лексические единицы, объединенные ОСП «Иная активность». Лексика данного ТР указывает на переживание наличия новой психической активности «субличности»:

«Есть ядро Антон, с мыслями и чувствами, это прежний я, а есть мыслитель, ценитель прекрасного, интеллектуальная составляющая».

«Сначала появилось «Я» внутри себя и еще два – злой и добрый. ... Темная сторона меня издевательски мешает, вмешивается в мою жизнь».

«Внутри два голоса. ... Две Л., одна хорошая, другая плохая».

3. ТР «Наблюдатель» объединяет лексику на основании ОСП «Пассивность». Свое «Я» переживается в виде пассивного наблюдателя иной психической активности:

«А. плохая, и А. хорошая. ... Мысленные диалоги. Как будто два разных человека у меня живут внутри меня, а я за этими мыслями слежу со стороны. ... Я либо такая, либо такая, а третья наблюдает со стороны».

«Могу наблюдать за спором разума и чувств, он может происходить чуть-чуть помимо моей воли, не уверен, можно ли это прервать».

«Мысли мечутся сами по себе. Искусственные беседы в голове, диалоги разворачиваются постоянно».

Второй этап анализа позволил выделить ОСП, свойственный всем анализируемым высказываниям – понятие «Расщепление». Он явился первичным семантическим компонентом, объединяющим лексику всех трех частных ТР («Отчуждение», «Присутствие», «Наблюдатель») в общий ТР «Диалог»:

«Мысленные диалоги в голове, как будто два разных человека живут внутри меня, а я за этими мыслями слежу со стороны».

«Слышу внутренние диалоги между сознанием и подсознанием. Высказывания сознания и подсознания озвучены, как нечеткие, приглушенные голоса. Есть еще я, я хожу то в сознание, то в бессознательное. ... Ощущаю двойственность, развалилась на части, меня не собрать: мысли, голова, тело – все отдельно, ... мысли сами по себе».

Пациент говорит о «раздвоенности», внутреннем впечатлении «второго Я», которое чередуется с «первым Я». Отмечает борьбу, путаницу между «первым и вторым Я», внутренние диалоги.

«Резко разделилась на две личности – рациональную и нерациональную: я – рациональная, ... вторая часть импульсивная. Рациональная и безрассудная. Спорят друг с другом».

Общий семантический признак «Расщепление» является основным фактором смыслообразования лексики психического автоматизма при шизотипическом расстройстве. Он определяет специфический лексический состав и семантическую структуру речи, являясь фактором патогенеза психического автоматизма.

Анализ полученных результатов позволяет выдвинуть ряд тезисов.

Психический автоматизм при шизотипическом расстройстве нельзя полностью отнести ни к инициальным проявлениям автоматизма (малому автоматизму), ни к большому автоматизму .

Инициальные феномены характеризуются незавершенностью клинических проявлений и неопределенностью смысловой структуры высказываний:

«Голоса... ни о чем... вскрики».

«Голоса, или информация, не похожие на галлюцинации,... настолько слабые, что отсутствует тембр, тон, только словесная информация».

При инициальных нарушениях процесс патологического смыслообразования находится в стадии семантической инкогеренции или семантического конституирования, не достигая завершающей стадии семантической эксплицитности (подробнее о семантогенезе см. [11]). Даже если в высказываниях появляется указание на «диалог», в лексике еще нет завершенной смысловой структуры (в виде ОСП «Потеря целостности», «Иная активность» и собственная «Пассивность», хотя семантогенез идет в сторону их дифференцировки). В клиническом отношении высказывания трудно отнести к тому или иному симптому (галлюцинациям, ментизму, навязчивостям и т.п.). Поэтому нередко их обозначают более общими терминами, такими как «неврозоподобные нарушения»:

«Шли мысленные споры с самим собой – мне нужно вставать, но какая-то часть меня говорит: нет, не надо,... на уровне мыслей,... борьба с самим собой,... шла аргументация с разных сторон,... не раздваивался, как моноспектакль, но внутреннее раздвоение было,... это мой спор, просто в одном предмете с двух разных сторон,... на уровне мысленного диалога».

Феномен «диалогов» имеет завершенную смысловую структуру, выражающуюся в развернутых речевых высказываниях (стадия семантической эксплицитности). В лексике выделяются четкие тематические ряды («Отчуждение»,

«Присутствие», «Наблюдатель»; общий ТР «Диалог»). Лексика таких нарушений как ментизм, шперрунги, звучание мыслей, идеаторные неврозоподобные феномены, указывает по большей части лишь на отчуждение собственных психических процессов. Высказывания пациентов с переживаниями диалогов указывают не только на отчуждение, но и на появление «собеседника». Последний обладает активностью, не зависящей от воли и желания пациента. Эта активность выражается в мыслительных или образных феноменах (идеаторные автоматизмы в форме мысленных диалогов, вербальные и зрительные псевдогаллюцинации в форме диалогов с «голосом» или даже диалогов посредством «картинок»).

От большого автоматизма (при параноидной форме шизофрении) феномен «диалога» отличается неполным отчуждением «собеседника». Он не проецируется вовне, а остается в рамках «Я» пациента.

Клинико-семантическое исследование синдрома психического автоматизма в рамках параноидной формы шизофрении показало, что ОСП данной лексики является категория «Насилие» – насильственное воздействие посторонних сил, с «отнятием» собственных и «вкладыванием» «чужих» мыслей и чувств, принудительным исключением и «навязыванием» телесных ощущений, движений. Категория «Насилие» объединяет лексический состав синдрома психического автоматизма в общий ТР «Захват» – овладение субъектом, лишение его собственной воли, подчинение своей воле [5, 6, 11, 12].

При шизотипическом расстройстве присутствие и активность «собеседника» обозначается не смысловой категорией «Насилие», а категорией «Расщепление».

При шизотипическом расстройстве процесс отчуждения (схизис) не достигает той степени, что при параноидной форме шизофрении. Клинически это проявляется отсутствием у больных с шизотипическим расстройством сенсорного и моторного видов автоматизма, а также бреда преследования и воздействия.

Псевдогаллюцинаторные нарушения являются образной формой проявления идеаторного психического автоматизма. В ряде случаев «диалоги» между частями «Я» также принимают образную форму:

«Голос пространства пищевого поведения – часть меня, которая говорит по-английски и сильно меня не любит. ... Обычно говорит отрицательные вещи и ругает меня. ... Часто показывает мне в голове картинки с изображением мест, где у меня находится жир, никогда не хвалит меня. Дает зрительные аргументы, меня показывает».

Можно предполагать, что выделенные нами частные ТР отражают динамические этапы развития патологического процесса (схизиса). ТР «Отчуждение» дополняется рядом «Присутствие» и, затем, рядом «Наблюдатель». Вначале субъект патологии переживает потерю внутренней целостности своего «Я». На следующем этапе к этому присоединяется чувство появления внутри своего «Я» иной «субличности», имеющей собственную активность. На третьем этапе собственное «Я» переживается как потерявшее активность, пассивное. На первый план выступает активность «субличностей». Появление лексики всех трех тематических рядов

(«Отчуждение», «Присутствие» и «Наблюдатель») представляет собой клиническое выражение схизиса в развернутой форме. При шизотипическом расстройстве расщепление переживается внутри собственного «Я» (ТР «Диалог»). При параноидной форме шизофрении оно проецируется вовне, с развитием бреда воздействия (насильственное овладение, ТР «Захват»).

Выводы. Таким образом, по результатам клинико-семантического анализа, феномен «внутреннего диалога» относится к проявлениям психического автоматизма и определяет его специфическое речевое выражение при шизотипическом расстройстве. Он представляет собой максимально полное развитие психического автоматизма при этой нозологической форме.

Переживания «внутреннего диалога» находятся ближе к малому автоматизму, но обладают клинической и семантической завершенностью, за счет чего не полностью укладываются в рамки малого автоматизма. Отсутствие бреда преследования и воздействия, а также сенсорного и моторного видов автоматизма не позволяет отнести его к большому автоматизму.

Учитывая патогенетические, клинические и семантические особенности изученных нарушений, можно предложить рассматривать их в качестве «симптома внутреннего диалога», специфичного для шизотипического расстройства.

Литература.

1. Аккерман В.И. «Синдром душевного автоматизма» французской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1928. № 4. С. 455-471.
2. Ануфриев А.К. Психический автоматизм и синдром Кандинского-Клерамбо // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1979. № 9. С. 1397-1405.
3. Берце Й., Груле Х.В. [Berze J., Gruhle H.W.] Психология шизофрении / пер. с нем. Е.Г. Сельской; Независимая психиатрическая ассоциация России. Москва: Грифон, 2016. 277 с.
4. Жмуров В.А. Психопатология: часть 2. Иркутск, 1986. 217 с.
5. Ильичев А.Б. Синдром психического автоматизма: клинико-семантический анализ высказываний при шизофрении и экзогенно-органических психозах // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. Воронеж, 2010. С. 94-100.
6. Ильичев А.Б. Малый и большой психический автоматизм: Клинико-семантический анализ. // Труды Мариинской больницы. Вып. 9. СПб., 2012. С. 111-113.
7. Ильичев А.Б., Гончарова А.В., Чарная Д.И. Психический автоматизм в дифференциальной диагностике малопрогрессирующей шизофрении // Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия: всероссийская научно-практическая конференция с международным участием / под ред. С.М. Бабина. СПб.: КОСТА, 2016. С. 142-152.
8. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды Института им. Ганнушкина. М., 1940. С. 5–147.
9. Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван: Армгосиздат, 1962. 355 с.
10. Меграбян А.А. Психическое отчуждение – ведущее звено в формировании психопатологии шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1975. № 9. С. 1351-1354.
11. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. Изд. 2е, перераб. и доп. СПб.: Издание СПбГПМА. 2007. 216 с.
12. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Лексико-семантическая структура речи психически больных с синдромом психического автоматизма // Материалы XXXVIII Международной филологической конференции 11–13 марта 2009 г. Психолингвистика. Часть 2. СПб.: Факультет филологии и искусств СПбГУ, 2009. С. 3-7.
13. Морозов П.В. Синдром Кандинского-Клерамбо: история вопроса // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2012. № 2. С. 4-8.

14. Перельман А.А. К учению о симптомокомплексе Кандинского-Клерамбо // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1931. № 3. С. 44-53.
15. Пятницкий Н.Ю. Номиналистические аспекты психической патологии: псевдогаллюцинации и синдром психического автоматизма // Российский психиатрический журнал. 2008. № 4. С. 53-58.
16. Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970. 190 с.
17. Циркин С.Ю. Синдром Кандинского-Клерамбо при бредовой шизофрении (типология и прогностическое исследование) / автореферат дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 1980. 21 с.
18. Эпштейн А.Л. Отчет о научных заседаниях врачей // Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии им. В.М. Бехтерева. 1929. № 4-5. С. 315-316.
19. Gatian de Clerambault G. Automatism mental et scission du moi (presentation de malade) // Bulletin de la Societe Clinique de Medecine Mentale. 1920. P. 110.
20. Gatian de Clerambault G. Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse // Bulletin de la Societe Clinique de Medecine Mentale. 1924. P. 17.
21. Gatian de Clerambault G. Psychoses a base d'automatisme // Pratique med. fr. 1925. P. 187.
22. Gatian de Clerambault G. Psychoses a base d'automatisme // Pratique med. fr. 1926. P. 235.
23. Gatian de Clerambault G. Syndrome mecanique et conception mecaniste des psychoses hallucinatoires (Discussion du rapport de M. Nayrac) / Congress des medecins alienistes. Blois, 1927 // Annales Medico-psychologiques. 1927. P. 398.
24. Hriso P. Mental Automatisms: A conceptual journey into Psychosis. Hermes W.Press, 2002.
25. Saucier J. Mental automatism, a provocative factor of the chronic hallucinatory psychoses // The Canadian Medical Association Journal. 1932 (April). P. 452-455.

Abstract

A. B. Ilichev, E. N. Davtian

**INNER DIALOGUE AS MANIFESTATION OF MENTAL AUTOMATISM
IN SCHIZOTYPAL DISORDER**

1. Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, department of Psychiatry and Narcology
2. Russian A.I. Herzen State Pedagogical University, Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance; 3. City PND №7, Saint-Petersburg

We studied the clinical manifestations and verbal expression of mental automatism in schizotypal disorder. It was revealed that the theme of "dialogue" is a specific verbal expression of mental automatism in schizotypal disorder. This theme represents the maximum development of mental automatism in schizotypal disorder. Lexis combined in topic "Dialogue", based on a common semantic feature (CSF) "Splitting". Topic "Dialogue" includes three particular topics: "Alienation" (CSF "Loss of integrity"), "Presence" (CSF "Other Activity") and "The Observer" (CSF "Passivity"). "A Symptom of Inner Dialogue" is proposed to consider as a specific clinical manifestation of schizotypal disorder.

Keywords: mental automatism, dialogue, schizis, schizotypal disorder, pseudohallucination.

References.

1. Akkerman V.I. 'Syndrome of mental automatism' of French psychiatry // S.S. Korsakov Neurology and Psychiatry Journal. 1928. № 4. Pp. 455-471.
2. Anufriev A.K. Mental automatism and Kandinsky-Clerambault syndrome // S.S. Korsakov Neurology and Psychiatry Journal. 1979. № 9. Pp. 1397-1405.
3. Berze J., Gruhle H.W. Psychology of schizophrenia / Translated from German by E.G. Sel'skaya; Russian Independent Psychiatric Association. Moscow: Grifon, 2016. 277 p.
4. Zhmurov V.A. Psychopathology: Part 2. Irkutsk, 1986. 217 p.
5. Ilichev A.B. The syndrome of mental automatism: clinical and semantic analysis of sentences in schizophrenia and exogenous-organic psychoses // Scientific and Medical Gazette of Central Chernozemje. Voronezh, 2010. Pp. 94-100.
6. Ilichev A.B. Small and big mental automatism: Clinical and semantic analysis. // Works of the Mariinskij hospital. Vol. 9. St. Petersburg, 2012. Pp. 111-113.
7. Ilichev A.B., Goncharova A.V., Charnaja D.I. Mental automatism in the differential diagnosis of sluggish schizophrenia // Sluchevskiy readings: Phenomenology and Existential Psychotherapy: Russian scientific and practical conference with international participation / Ed. by S.M. Babin. St. Petersburg: KOSTA, 2016. Pp. 142-152.

8. Kronfeld A. Problems of syndromology and nosology in modern psychiatry // Works of the Gannushkin Institute. Moscow, 1940. Pp. 5–147.
9. Megrabjan A.A. Depersonalization. Erevan: Armgosizdat, 1962. 355 p.
10. Megrabjan A.A. Mental alienation – leading element in the development of the psychopathology of schizophrenia // S.S. Korsakov Neurology and Psychiatry Journal. 1975. № 9. Pp. 1351-1354.
11. Mikirtumov B.E., Ilichev A.B. Clinical semantics of psychopathology. 2nd revised edition. St. Petersburg: SPbGPMA. 2007. 216 p.
12. Mikirtumov B.E., Ilichev A.B. Lexical and semantic structure of speech of the mental patients with the syndrome of mental automatism // Works of the XXXVIII International Philological Conference on 11-13 March 2009 Psycholinguistics. Part 2. St. Petersburg: St. Petersburg State University, Faculty of Philology and Arts, 2009. Pp. 3-7.
13. Morozov P.V. Kandinsky-Clerambault syndrome: historical background // Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2012. № 2. Pp. 4-8.
14. Perelman A.A. On the doctrine of Kandinsky-Clerambault symptom complex // S.S. Korsakov Neurology and Psychiatry Journal. 1931. № 3. Pp. 44-53.
15. Pjatnickij N.Ju. Nominalistic aspects of mental pathology: pseudohallucinations and syndrome of mental automatism // Russian Psychiatric Journal. 2008. № 4. Pp. 53-58.
16. Snezhnevskij A.V. General Psychopathology. Valday, 1970. 190 p.
17. Cirkin S.Ju. Kandinsky-Clerambault syndrome in delusional schizophrenia (typology and prognostic research) / Abstract of dissertation ... candidate of medical sciences. Moscow, 1980. 21 p.
18. Epshtein A.L. Report on the scientific meetings of doctors // V.M. Bekhterev Psychiatry, Neurology and Reflexology Review. 1929. № 4-5. Pp. 315-316.
19. Gatian de Clerambault G. Automatism mental et scission du moi (presentation de malade) // Bulletin de la Societe Clinique de Medecine Mentale. 1920. P. 110.
20. Gatian de Clerambault G. Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse // Bulletin de la Societe Clinique de Medecine Mentale. 1924. P. 17.
21. Gatian de Clerambault G. Psychoses a base d'automatisme // Pratique med. fr. 1925. P. 187.
22. Gatian de Clerambault G. Psychoses a base d'automatisme // Pratique med. fr. 1926. P. 235.
23. Gatian de Clerambault G. Syndrome mecanique et conception mecaniste des psychoses hallucinatoires (Discussion du rapport de M. Nayrac) / Congress des medecins alienistes. Blois, 1927 // Annales Medico-psychologiques. 1927. P. 398.
24. Hriso P. Mental Automatisms: A conceptual journey into Psychosis. Hermes Whispers Press, 2002. 486 p.
25. Saucier J. Mental automatism, a provocative factor of the chronic hallucinatory psychoses // The Canadian Medical Association Journal. 1932 (April). Pp. 452-455.

Сведения об авторах: Ильичев Алексей Борисович - доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н., доцент, al_bo@rambler.ru.; Давтян Елена Николаевна - доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ им. А. И. Герцена), заведующая дневным стационаром №3 городского психоневрологического диспансера №7 со стационаром, Санкт-Петербург, к.м.н, elena.davtian@gmail.com.