

УДК 616.89

**Е.В. Скрыль**

*КГП «Областной медицинский центр», г. Караганда, Казахстан*

## СИНДРОМ ГАНЗЕРА. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

**Синдром Ганзера**, называемый иногда «синдром мимоговорения», наблюдался Ганзером у заключенных [1, 2, 3]. Основным симптом этого синдрома – так называемые «ответы мимо». Позже многие психиатры описывали появление синдрома Ганзера у солдат, а также у других лиц, находящихся в различных трудных ситуациях, а не только в тюрьме. Классический синдром Ганзера состоит из четырех симптомов: 1) «ответы мимо», т.е. приближающиеся к правильным ответам на вопросы; 2) выполнение действий наоборот; 3) сужение сознания; 4) частичная или полная амнезия. Нелепое поведение больного обнаруживает определенную систему и последовательность в соответствии с бытовым представлением о «сумасшедшем». Больной неправильно отвечает на вопросы, как бы «мимо», он не может правильно назвать предметы повседневного обихода, не понимает содержания показываемых ему картинок, ошибочно называет, свой возраст, время года, количество дней в неделе, количество пальцев на руках, ушей, число ног у птиц и животных, неправильно называет время по часам; неправильно называет цвета (например, кровь – зеленая, трава – красная, сажа – белая, небо – черное и т.п.). Самые простые действия больные выполняют наоборот, например: чиркают по коробке обратным концом спички, читают газету вверх ногами, пытаются вставить в замок ключ обратным концом, в ответ на просьбу открыть дверь закрывают её и т.п. Больные делают ошибки в простейших действиях, причем характерны ответы близкие к правильным ответам, (например,  $2+2=5$ ,  $3 \times 3=10$ ,  $5 \times 5=24$  и т.п.) Однако наряду с этим встречается правильное выполнение значительно более сложных действий. Иногда больной кажется рассеянным, потерянным и беспомощным. Часто присое-

диняется инфантильное (пуэрилизм) или шутовское поведение. Типичный синдром Ганзера – явление относительно редкое и обычно исчезает через несколько дней. П у э р и л и з м, как истерический синдром, аналогичный синдрому Ганзера был описан в 1911 у подсудимых солдат и призывников. Такие больные ведут себя, как маленькие дети: слова произносят с уменьшительными суффиксами, себя называют уменьшительно в третьем лице, лепечут детским голосом, играют в игрушки, демонстрируют детские манеры, движения, мимику, эмоциональную экспрессию и т. д. [3, 4, 5].

По ходу истерического слабоумия также могут возникать иллюзии, истерические галлюцинации и бредоподобные фантазии. Бредоподобные фантазии обычно связаны по содержанию с травмирующей ситуацией; бывают, как правило, фобическими или кататимическими, иногда им сопутствуют беспокойство, паника, депрессивное настроение, состояние экстаза или двигательное возбуждение [3, 5, 6].

Для возникновения синдрома Ганзера необходимы органические изменения центральной нервной системы, конституционный фактор и истерическая инфантильная личность. В основе нарушения поведения лежат истерические манипуляционные механизмы, являющиеся господствующей формой функционирования системы регуляции поведения у инфантильной личности, в виде первичной бессознательной психологической защиты на уровне инстинкта самосохранения. Важное значение для прекращения поступления в сознание травмирующей информации имеет снижение уровня сознания (сужение сознания). Это происходит за счет повышения порога чувствительности к данному роду информации, чтобы не допустить восприятия (появления в сознании) или затруднить его [2, 3, 4].

Больная Ф., дата рождения - 05.09.1991г. В сопровождении родителей 08.11.2012г., была доставлена на амбулаторный прием психотерапевта ОМЦ. Больная самостоятельно жалоб не предъявляла, жестом и страдальческой мимикой демонстрировала ощущение головной боли. Со слов мамы: 16.10.2012г, на фоне пневмонии, во время внутримышечной инъекции антибиотика, вследствие панического страха перед этой процедурой, у больной внезапно возникло расстройство поведения, проявлявшееся в форме регресса обычного поведения в детское поведение. Больная стала демонстрировать младенческое поведение, в форме утраты навыков связанной речи, с элементами мутизма, афазии, периодическим младенческим плачем, дурашливостью, младенческой интонацией в голосе, младенческим лепетом. Отсутствие восприятия реальности окружающей обстановки сопровождалось зрительными галлюцинациями. Больная утверждала, что видит и общается с покойными бабушкой и бабушкой, рассказывала содержание беседы с ними, разговаривала с ними, как с реальными людьми вслух, сохраняя младенческие интонации в голосе. Периодически появлялись приступы психомоторного возбуждения с рыданиями, выражением страха на лице при малейшем намеке на проведение инъекции. Выше описанное поведение периодически прекращалось спонтанно, и на короткое время возвращалось обычное поведение с амнезией патологического состояния. Лечение пневмонии пришлось продолжать без антибиотика форме инъекций.

Девочка родилась недоношенной на 7 месяце беременности, акушерский анамнез не известен, вследствие удочерения в раннем возрасте приемными родителями. С раннего возраста больная находилась под наблюдением невропатолога с диагнозом: Перинатальная энцефалопатия, микроцефалия, задержка психического развития. Воспитывалась в семье заботливых родителей, росла ласковым ребенком в атмосфере всеобщей любви.

Окончила 9 классов школы по вспомогательной программе. Продолжала обучение на 1 курсе ПТШ.

В момент осмотра: Сознание суженое. Больная доступна общению. Речь нарочито бессвязная, по типу детского лепета, с младенческой интонацией в голосе, ответы мимо. Поведение кажется растерянным, нарочито беспомощным, демонстративно нелепым, инфантильным. Инструкции выполняет нарочито неправильно, наоборот или нарочито по-детски. Мимика то благодушно – эйфоричная, то тревожно – растерянная, то появляется мимика рыдания с выражением страха, которая сопровождается общей дрожью и дрожью в руках, особенно при упоминании об инъекциях. Нарочито неправильно выполняет простые арифметические действия, при этом обнаруживает знание сложных понятий, например: знание знака, которым обозначается «бесконечность». Настроение тревожно – пониженное с доминирующей фобической фиксацией на ситуации стресса и повышенной эмоциональной значимостью содержания этого стресса для

больной. Больная крайне астенична, обнаруживает выраженную психоэмоциональную истощаемость. Интеллект неравномерно снижен. Критика к состоянию отсутствует. Благоприятно реагирует на материнскую ласку, нежность и поддержку.

На КТ головного мозга от 19.10.12 г. признаки характерные для энцефалопатии.

ЭЭГ от 18.10.2012г., - пограничная между нормой и патологией. Эпилептиформной активности не выявлено. Альфа ритм уплощенный, низкочастотный бета ритм, медленные волны дельта диапазона в передней лобной области.

Диагноз. Диссоциативное расстройство. Синдром Ганзера на фоне резидуально органической недостаточности головного мозга с легкой умственной отсталостью.

Лечение. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина в терапевтической дозе 1 раз в сутки, в течение 2 -3 месяцев. Комплекс витаминов в группы В в течение 1 месяца.

Больная очень внушаемая, очень гипнабельная личность. Через 2 недели на фоне медикаментозного лечения был проведен сеанс психотерапии. Больная была погружена в состояние гипнотического транса, в котором с помощью визуально кинестетической диссоциации была редуцирована эмоциональная значимость стрессовой ситуации и устранена болезненная эмоциональная реакция на неё.

На фоне продолжения медикаментозной терапии и после проведенного сеанса психотерапии улучшился фон настроения, появились продолжительные периоды ясного сознания с адекватным поведением. В то же время, наблюдалось патологическое утреннее пробуждение с истерическими двигательными расстройствами в виде непродолжительных гиперкинезов и симптомами каталепсии.

Во время второго сеанса психотерапии (через 2 недели), в состоянии глубокого гипнотического транса с внушенными гипнотическими зрительными иллюзиями, было проведено переформирование доминирующего фобического содержания на позитивное содержание, внушение амнезии психотравмирующего фактора.

При контрольном посещении через 2 недели состояние больной стабильное. Постоянно сохранялась ясность сознания, адекватность поведения, прекратились патологические пробуждения от ночного сна, фон настроения ровный, больная амнезировала фобическую ситуацию и своё состояние в период психического расстройства.

Синдром Ганзера у нашей больной имеет функцию первичной бессознательной защиты на уровне инстинкта самосохранения. Он возник у инфантильной личности, соматически ослабленной в результате пневмонии, на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга [3, 4, 5].

В состоянии фрустрации возникло аффективное суженое сознание, как единственный эффективный способ выхода из угрожающей безвыходной ситуации.

Затяжное течение данного синдрома объясня-

ется механизмом вторичной выгоды или «условной приятности» этого состояния, при сохранении угрозы психотравмирующего фактора на протяжении всего времени лечения. Кроме того, оно связано с депрессивным фоном, а также с доминирующей фобической

фиксацией содержания психотравмирующего фактора (фобия боли от инъекций). Синдром Ганзера купирован при помощи лечения антидепрессантом из группы СИОЗС в сочетании с психотерапией.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии.- М.: Медицина, 1988.- Т. 2.- 262 с.
2. Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической практике.- М.: Медицина, 1968.- 292 с.
3. Якубик А. Истерия. – М.: Медицина, 1982.- 344 с.
4. Дроздов А. А., Дроздова М. В. Полный справочник психотерапевта.- М.: Эксмо, 2007.- 704 с.
5. Морозов Г.В. Ступорозные состояния. - М.: Медицина, 1968. - 242 с.
6. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии.- М.: Медицина. - 1983.- Т. 2.- 366 с.

*Материал поступил в редакцию 11.03.2013 г.*