


А.В.Снежневский

ШИЗОФРЕНИЯ

Цикл лекций 1964 г.

*Ответственный редактор
профессор В.С.Ястребов*

2-е издание

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2016

УДК 616.895.8
ББК 56.14
С53

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

Научный центр психического здоровья
Российской академии медицинских наук

Снежневский А.В.

С53 Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.) / А.В.Снежневский ; отв. ред. проф. В.С.Ястребов. — 2-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2016. — 160 с. ISBN 978-5-00030-301-6

Настоящая публикация представляет собой редакцию стенографической записи лекций А.В.Снежневского, посвящённых вопросам клиники шизофрении. Приведены теоретические положения и клинические наблюдения, обосновывающие оригинальную систематику форм шизофрении, разработанную коллективом кафедры психиатрии Центрального института усовершенствования врачей МЗ СССР, руководителем которой являлся А.В.Снежневский. Текст лекций снабжён именованным указателем и примечаниями.

УДК 616.895.8
ББК 56.14

ISBN 978-5-00030-301-6

© Снежневская М.А., 2008
© Тиганов А.С., 2008 (предисловие)
© Ястребов В.С., 2008 (редакторское введение, редактирование издания и редакторские комментарии)
© Оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
От редактора	5
Лекция 1. Основные формы шизофрении	8
Лекция 2. Особенности течения юношеской шизофрении	23
Лекция 3. Случаи юношеской шизофрении, протекающей относительно благоприятно	42
Лекция 4. Параноидная шизофрения	59
Лекция 5. Случаи благоприятно, или мягко протекающей шизофрении. Неврозоподобная картина	73
Лекция 6. Варианты поздней шизофрении	86
Лекция 7. Периодическая шизофрения, онейроидная кататония	101
Лекция 8. Периодическая шизофрения, циркулярный вариант	114
Лекция 9. Периодическая шизофрения, депрессивно-параноидный вариант	128
Лекция 10. Промежуточная, легированная шизофрения	139
Именной указатель	160

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 2007 году исполнилось 20 лет с тех пор, как из жизни ушёл один из крупнейших психиатров современности, корифей отечественной психиатрии Андрей Владимирович Снежневский.

Заслуги Андрея Владимировича в развитии клинической психиатрии огромны, его концепция единства патологии и нозологии помогла раскрыть сущность многих явлений в психиатрии, создать основу для современной национальной классификации психических болезней.

А.В.Снежневским была создана оригинальная классификация шизофрении, являющаяся результатом многолетнего клинического и катamnестического исследования, в котором принимали участие сотрудники и ученики Андрея Владимировича. Эта классификация не игнорировала, а ассимилировала опыт мировой (и в первую очередь немецкой) психиатрии в исследовании шизофрении.

Круг интересов А.В.Снежневского в области психиатрии был невероятно широк: вопросы клиники различных психических заболеваний, включая симптоматические психозы и атрофические заболевания головного мозга, однако интерес к изучению одного из наиболее распространённых заболеваний – шизофрении – занимал особое место.

Многолетние усилия, направленные на глубокое и всестороннее осмысление сущности данного заболевания, в значительной степени расширили представления об этой психической болезни.

Андрей Владимирович был не только учёным в самом высоком смысле этого слова, но и замечательным педагогом. Его блестящие лекции, нередко лекции-раздумья, лекции-размышления, а также непревзойдённые клинические разборы высоко оценивались врачами-психиатрами.

Как известно, лекции по общей психопатологии, прочитанные А.В.Снежневским, неоднократно издавались в нашей стране и продолжают оставаться настольной книгой врачей-психиатров.

Предлагаемый курс лекций по шизофрении, который был прочитан в 1964 году и издаётся впервые, не потерял своей актуальности и в настоящее время.

Публикация этого курса, бережно и квалифицированно отредактированная профессором В.С.Ястребовым, – дань памяти великому учёному и педагогу.

*Действительный член РАМН,
директор Научного центра психического здоровья
А.С.Тиганов*

ОТ РЕДАКТОРА

Издание циклов лекций крупных отечественных и зарубежных психиатров в нашей стране является сложившейся традицией. Достаточно указать на публикации лекций Е.Краерелин¹, А.Н.Бернштейна², И.М.Балинского³, О.В.Кербикова⁴, Г.Е.Сухаревой⁵ и других. Опубликование этих циклов не всегда преследовало непосредственно образовательные цели. Ряд лекций, как например, лекции И.М.Балинского, были переизданы спустя много лет, как указывают составители, для ознакомления с историей отечественной психиатрии, её корнями и традициями.

Одним из наиболее известных отечественных психиатров советского периода, занимающим место в плеяде таких учёных, как П.Б.Ганнушкин, В.А.Гиляровский, М.Я.Серейский, является А.В.Снежневский. Ему принадлежит целый ряд ключевых заслуг в истории отечественной психиатрии как в деле организации научной деятельности, так и в сфере разработки оригинальных концепций, преимущественно касающихся эндогенных психических расстройств.

В многочисленных публикациях, посвящённых памяти А.В.Снежневского, традиционно отмечается вклад Андрея Владимировича в психиатрическую науку и практику. Отдельного упоминания при этом удостоивается его педагогическая деятельность.

По свидетельству современников А.В.Снежневского, лекции, которые он читал на кафедре психиатрии Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУВ), пользовались огромной популярностью среди врачей-психиатров, научных сотрудников, которых привлекали новизна и глубина лекционного материала, доступность, простота языка, гармоничное сочетание теоретических положений с наглядными

¹ ▲ Prof. E. Kraepelin. Введение в психиатрическую клинику. 30 клинических лекций. Перевели съ нѣмецкаго: врачъ Я.Ф.Капланъ, ординаторъ психиатрической больницы Уфимскаго Губернскаго Земства, врачъ С.А.Капланъ. Уфа, Электрическая Типо-Литография В.П.Холмацкаго и К°, 1901 г. ▼

² ▲ Прив.-доц. Ал.Н.Бернштейн, завѣдующий централн. приемнымъ покоемъ для душевно-больныхъ въ Москвѣ. Клиническія лекціи о душевныхъ болѣзняхъ. Записалъ С.И.Зандеръ, ординаторъ харьковской губернской земской психиатрической больницы. Подъ редакціей и съ дополненіями автора. Изданіе В.М.Саблина. Москва, 1912 г. ▼

⁴ И.М.Балинский. Лекции по психиатрии. Под редакцией Н.И.Бондарева и Н.Н.Тимофеева. Ленинград, Медгиз, 1958 г.

⁵ О.В.Кербиков. Лекции по психиатрии (избранные главы). Москва, Медгиз, 1955 г.

⁶ Г.Е.Сухарева. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М.: Медгиз, 1955 г.; т. 2. М.: Медгиз, 1959 г.; т. 3. М.: Медгиз, 1965 г.

клиническими разборами больных. Всё это объясняло не только высокую посещаемость данных лекций, но и большой спрос на их стенограммы, которые уже в 60-х гг. XX века стали появляться в виде самостоятельно оформленных слушателями машинописных текстов.

Такая стенограмма лекций А.В.Снежневского по общей психопатологии была положена в основу авторского ротاپринтного издания, вышедшего всего лишь тысячным тиражом¹. Как следует из предисловия к этому изданию, А.В.Снежневский чрезвычайно ответственно подошёл к его подготовке, проделав большую работу по редактированию текста лекций и расширив его. С момента появления указанный труд получил широкую известность, с одной стороны, и статус библиографического раритета — с другой. Начиная с 2000 г., эта книга была переиздана трижды.

В составе курса частной психиатрии кафедры Института, который наряду с А.В.Снежневским проводили В.М.Морозов, Г.А.Ротштейн, Р.А.Наджаров, А.С.Тиганов, В.Н.Фаворина, М.Е.Вартанян, В.А.Ромащенко, Андрей Владимирович традиционно читал лекции по шизофрении. Их неавторизованные машинописные стенограммы также получили распространение среди врачей. И хотя такие планы, возможно, существовали, лекции по частной психиатрии так и не были опубликованы.

Составители отобрали и подготовили для публикации цикл из 10 лекций, прочитанных А.В.Снежневским весной 1964 г., включавших характеристику отдельных форм шизофрении, описание их разновидностей и отражавших взгляды А.В.Снежневского и его сотрудников на систематику данного заболевания. Известно, что с 1951 г. основной интерес и усилия А.В.Снежневского, а также и сотрудников его кафедры, а с 1962 г. и сотрудников Института психиатрии АМН были сосредоточены на психопатологическом и клиническом изучении отдельных форм шизофрении, разработке её классификации. Многие из положений, сформулированных в результате этих исследований, остаются актуальными и в наши дни. Характерной особенностью публикуемых лекций, на которую нельзя не обратить внимания, является то, что при изложении рассматриваемых вопросов систематики шизофрении автор не утверждает их в качестве догмы, а, скорее, аргументированно размышляет о тех или иных доводах в пользу предлагаемого понимания логики патологического процесса, как бы приглашая слушателей к обсуждению выдвигаемых позиций.

Уже при первом знакомстве с исходным материалом было видно, что он хорошо структурирован, чётко изложен и не требует сколько-нибудь значимых структурных изменений, без которых практически не обходится ни одно преобразование для печати устного текста. Вместе с тем любая подготовка фоно- либо стенограммы выступления, доклада или лекции к публикации неизбежно связана с необхо-

¹ А.В.Снежневский. Общая психопатология. Курс лекций. Валдай, 1970 г.

димостью внесения существенной редакторской правки, устранения допущенных при расшифровке и перепечатывании текста орфографических, стилистических, иных неточностей и опечаток, уточнения отдельных выражений, формулировок. При подготовке настоящего издания в этой части работы составители старались проявить особую тщательность и деликатность. Ряд неточностей, видимо, внесённых в текст при перепечатке, оказалось возможным устранить путём сопоставления различных вариантов стенограмм. При редактировании устного текста перед нами стояла и другая, более сложная и ответственная задача: сохранить стиль изложения автором лекционного материала, присущие ему речевые обороты, не допустить искажения его взглядов и позиций путём внесения каких-либо изменений. Мы надеемся, что нам удалось с этим справиться.

При работе над текстом мы сочли необходимым снабдить его редакторскими комментариями, а также добавить именной указатель авторов, упоминаемых в лекциях.

С точки зрения преемственности целесообразным представлялось предварить публикуемый текст лекций вступлением, подготовленным одним из учеников А.В.Снежневского. Такое предложение было сделано профессору, академику РАМН А.С.Тиганову, который работал на кафедре у Андрея Владимировича с 1954 г. и прошёл путь от клинического ординатора до заведующего этой кафедрой. А.С.Тиганов дал любезное согласие написать такую вступительную статью.

Составители выражают глубокую признательность ученикам Андрея Владимировича А.С.Тиганову, В.А.Концевому, Т.П.Платоновой, М.Г.Щириной и другим, которые поделились воспоминаниями об ораторском стиле А.В.Снежневского и помогли воссоздать ту неповторимую атмосферу, в которую погружались его слушатели, а также оказали помощь в трактовке некоторых определений, выражений, терминов, использовавшихся им в лекционном материале, высказали ряд ценных соображений относительно публикации данного издания.

Лекции выходят в свет с любезного согласия дочери А.В.Снежневского — Майи Андреевны Снежневской, которой мы, пользуясь случаем, выражаем свою признательность.

Нельзя не отметить особого вклада Д.В.Ястребова, которому принадлежит идея издания этой книги, проделанной им работы по синтезу разных вариантов стенограмм лекций, их переводу в компьютерную версию и по разработке их общего дизайна, а также непосредственного участия в оформлении публикуемого материала.

Отдельную благодарность приносим В.О.Чахаве, В.И.Бородину, а также А.С.Мирзояну за предоставленные варианты стенограмм лекций и организационную помощь, благодаря которой настоящее издание смогло состояться.

Профессор В.С.Ястребов

Лекция 1

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ¹

Клинические дисциплины преподаются двумя методами — факультетским и госпитальным. Факультетское изложение основывается на изложении типических проявлений и течения той или иной болезни. При госпитальном чтении курса разбирается то, как это типическое реализуется у отдельного, конкретного больного.

На этом цикле я хочу изложить клинику шизофрении с использованием госпитального метода, расширив, естественно, при разборе больных госпитальный анализ каждого отдельного случая описанием типического, того, что вообще свойственно той или иной форме этой болезни. Таким образом, приём изложения будет в какой-то мере смешанный, но с акцентом на клиническом разборе большого числа больных.

Шизофрения — болезнь, наиболее распространённая по сравнению со всеми другими психическими заболеваниями. Как известно, вероятность заболевания шизофренией зарубежной статистикой исчисляется 0,3—1,0%. Истинная заболеваемость большинством современных авторов определяется показателем не ниже 0,5%. Исследования эпидемиологического отдела Института [психиатрии АМН СССР] в двух выборочно взятых районах Москвы в качестве предварительного результата показали, что эта величина составляет 0,6% (но это сведения, относящиеся к одной территории). Точных данных о распространении шизофрении в населении в настоящее время ещё нет. Объясняется это, в частности, тем, что диагностика шизофрении в разных городах, в различных клиниках и институтах неодинакова. В результате сведения, получаемые от отдельных областей, а часто и районов, разных больниц совершенно не сопоставимы. При этом обнаруживается общее явление, свойственное и нам, и зарубежным странам. Оно заключается в том, что среди острых психически больных процент больных шизофренией чрезвычайно различен в отдельных психиатрических учреждениях, но среди хронических больных существующее различие почти полностью исчезает. Так, среди острых психически больных в Ленинграде диагноз шизофрении [встречается] в несколько раз реже, чем в Москве, но среди больных с хроническим течением психозов процент больных шизофренией почти одинаков в обоих городах.

Из этого следует, что шизофрения во время своего возникновения и первоначального развития клинически чрезвычайно полиморфна;

¹ В стенограмме первая лекция датирована 19 марта 1964 г. — *Прим. ред.*

диагностика её в это время очень трудна. Разнообразие проявлений начальной и острой шизофрении дали повод *Е.К.Краснушкину* говорить, что «клише», то есть типические формы шизофрении, обнаруживаются далеко не сразу, а по истечении некоторого времени течения болезни. По его наблюдению, в первое время своего развития шизофрения проявляется хаотично, недифференцированно. Достоверность этого положения будет видна из дальнейшего изложения. Следует напомнить, что и *Э.Крепелин* при первоначальном выделении шизофрении в качестве отдельной нозологической единицы опирался на случаи, далеко зашедшие, с явными изменениями личности, когда наличие деменции было несомненным. И лишь в дальнейшем, продвигаясь от развитых патологических состояний к ещё неразвитым, он смог описать клинику начальных и манифестных проявлений этого заболевания. И чем тщательнее он исследовал первоначальное течение болезни, тем больше получалось у него форм течения шизофрении. В первое время им было выделено лишь три формы: раннее слабоумие, гебефрения и кататония. Потом присоединилась параноидная форма, далее — циркулярная, депрессивно-параноидная, и, наконец, в конце деятельности *Э.Крепелина* им было описано уже 10 форм данной болезни. Всё это свидетельствует о чрезвычайном разнообразии и трудности систематизации клинических проявлений шизофрении, особенно [установления] времени её первоначального развития. Указанное обстоятельство и заставило *Е.Блейлера*, а с ним и других авторов, говорить об этой болезни как о группе родственных заболеваний.

В 1951 году на кафедре психиатрии ЦИУв начались исследования особенностей течения шизофрении. Их целью было обнаружить в разнообразии клинических проявлений шизофрении, в особенностях её развития закономерности последовательности смены состояний (синдромов), которые помогли бы изучить, предвидеть дальнейшее течение и устанавливать прогноз.

Сотрудники кафедры, исходя из обязательного существования закономерностей развития любого патологического процесса, при исследовании шизофрении вначале получили названные выше (*крепелиновские*) «формы течения» этой болезни. В дальнейшем было принято понятие *И.В.Давыдовского*, относящееся ко всем болезням человека, — «стереотип развития болезни».

Исследования кафедры и сводились к установлению стереотипа развития шизофрении, прежде всего, её четырёх основных форм: параноидной, простой, гебефренической и кататонической. В нашей лекции речь идёт именно об этих основных формах; периодическая шизофрения, которую также называют атипической, будет изложена в дальнейшем. Кратко напомним стереотип развития названных четырёх форм, пути их дальнейшего исследования.

В первую очередь обнаружилось, что стереотип развития параноидной шизофрении совпадает с тем, что давно описал французский

психиатр *В. Маньян*. В типических случаях параноидная шизофрения начинается с паранойяльных расстройств: то более систематизированных, то менее систематизированных, без наличия галлюцинаций. По мере развития болезни у больных возникает экзацербация процесса, выражающаяся в форме непродолжительного тревожно-депрессивного возбуждения – предвестника видоизменения паранойяльного состояния в параноидное, складывающееся из прежнего систематизированного бреда, разнообразных симптомов психического автоматизма и бреда физического воздействия. При дальнейшем развитии болезни параноидное состояние через тот или иной очень различный срок в свою очередь видоизменяется и становится паранойяльным. К бреду преследования, физического воздействия и различным явлениям психического автоматизма присоединяется фантастический, грёзоподобный бред величия, а при более тяжёлом течении процесса наряду с фантастическим бредом у больных возникают и кататонические расстройства. Подобное типическое развитие, обнаруженное у ряда больных, позволяет более или менее удачно предсказывать развитие болезни в клинически сложных случаях.

Дальнейшее исследование показало, что при подобном типическом развитии болезни обнаруживаются многочисленные отклонения, что клиника параноидной шизофрении гораздо разнообразнее изложенного стереотипа. В ряде случаев параноидная шизофрения начинается не с паранойяльного бреда, а с упорных явлений навязчивости, которая в одних случаях (как на это в своё время указывал *Д.С. Озерецковский*) становится психическим автоматизмом, а в других случаях начинает сочетаться с паранойяльным бредом. Отмечен также вариант развития параноидной шизофрении с упорных сестопатий, переходивших в паранойяльный ипохондрический бред или сочетавшихся с ним. Наконец, встречалось и начало шизофрении с деперсонализации с последующим переходом в параноидное состояние. Наряду с этим имели место другие варианты, например, годами продолжавшиеся, не поддающиеся никакой терапии явления навязчивости с постепенным развитием тяжёлых шизофренических изменений личности.

В таком исключительном разнообразии проявлений параноидной шизофрении можно было насчитать десятки вариантов, а если каждый вариант принимать за форму – десятки форм. Это, естественно, приводило к требованиям оппонентов сравнить результаты исследований в клинике с тем бесконечным числом форм шизофрении и маниакально-депрессивного психоза, которое описывается в исследованиях *К. Клейста* и *К. Леонарда*.

Стереотип развития простой формы шизофрении оказался значительно отличным от вариантов с преобладанием патологически продуктивных позитивных симптомов. Она начинается в юношеском возрасте. Больные постепенно теряют активность, свои психические

возможности или, как говорит *К. Конрад*, у них наступает редукция энергетического потенциала. Они начинают хуже учиться, остаются на второй год, из отличников превращаются в отстающих учеников, часто вовсе не кончают среднюю школу. Начинается эмоциональное опустошение; проявляются односторонние влечения, иногда с характером одержимости, влечение чаще всего к занятию отвлечёнными, абстрактными проблемами («философическая интоксикация»). При этой форме иногда обнаруживаются рудиментарные проявления патологически продуктивных симптомов: рудименты кататонического возбуждения или бреда, значительно чаще — аффективные колебания, иногда принимающие характер циркулярности, стёртая депрессия, иногда ступидная¹. При первых исследованиях казалось, что эта форма в таком виде продолжается в течение всей жизни. Больные становятся инвалидами, редко при этом попадая в больницы, или как-то приспосабливаются к простой физической работе.

При изучении шизофрении, [начинающейся] в юношеском возрасте, обнаружилось, что в ряде случаев эта исключительно бедная позитивными симптомами форма видоизменяется: возникает острый дебют психоза со смешанной полиморфной картиной, в которой наблюдаются аффективные, параноидные и кататонические расстройства. Всё это развивается почти одновременно, болезнь принимает тяжёлое течение и быстро переходит в конечное состояние. Больные оказываются постоянными жителями психиатрических больниц. Иными словами, простая форма становится злокачественной (описанной *Э. Леккером*, затем — *Л. Дарашкиевичем*), носящей название гебефрении. Таким образом, обнаруживается двойкий стереотип развития юношеской шизофрении: с относительно благоприятным либо катастрофическим течением.

С момента первых исследований кататонической непрерывно-прогредиентно текущей шизофрении (люцидной кататонии²) обнаружен характерный сравнительно непродолжительный продром в виде аутизма, ипохондрии, иногда даже рудиментарных проявлений кататонических расстройств с последующим развитием возбуждения или ступора. Позже оказалось, что как инициальный период развития этой формы, так и дальнейшее течение столь же злокачественны и трудно отличимы от гебефрении.

Так, в первые годы исследования был установлен самостоятельный стереотип развития основных форм непрерывно протекающей шизофрении. Казалось, что каждая из названных форм обладала самосто-

¹ Ступидный (лат. *stupiditas* — тупоумие) — характеризующийся дезорганизацией поведения при нарушении способности к осмыслению ситуации, расстройствами памяти на текущие события. — *Прим. ред.*

² Кататония люцидная (лат. *lucidus* — ясный, светлый) — кататонический синдром, протекающий без расстройств сознания. — *Прим. ред.*

ательным течением, отражающим прежние самостоятельные психозы: паранойю, кататонию, раннее слабоумие *Б.Мореля* и гебефрению *Э.Геккера* и *К.Кальбаума*.

Но дальнейшие, продолжающиеся и сейчас исследования, уже с участием большого коллектива сотрудников Института психиатрии АМН, обнаружили иное взаимоотношение форм, а именно лишь их относительную, а не абсолютную самостоятельность, отражающую единый, общий для всей прогрессивной шизофрении стереотип развития. Опыт показал, что при оценке всех особенностей течения шизофрении у отдельного больного надо подходить к ним с теми тремя критериями, которые в своё время обосновал *Г.Шюле*: 1) качество симптомов, 2) особенности течения болезни и 3) объём поражения. Последнее мы теперь называем малыми и большими синдромами (*В.Х.Василенко*).

Исследование гебефрении и кататонии, как уже упоминалось, показало, что эти варианты неотличимы в тех случаях, когда оба они начинаются в юношеском возрасте. Далее исследование *А.А.Грацианского* показало, что порой заболевание, развивающееся в первое время по стереотипу простой шизофрении, в дальнейшем видоизменяется в параноидное состояние с явлениями психического автоматизма и довольно быстрым присоединением кататонии. Такие больные оказываются не менее тяжёлыми по сравнению со страдающими гебефренией, неотличимы от них. Таким образом, обнаружилось, что простая форма шизофрении, видоизменяясь, иногда может стать не только гебефренической, но и параноидной. Последняя, в свою очередь, может видоизмениться с присоединением кататонических расстройств как наиболее тяжёлых проявлений болезни. Наблюдения обнаружили также, что, если лечение шизофрении современными методами проводится энергично, последовательно, то тогда и при злокачественном её течении (гебефрения, рано начавшаяся параноидная форма) кататонические расстройства не развиваются, прогрессирование болезни как бы приостанавливается.

Последнее может стать обоснованием оценки тяжёлых люцидно-кататонических расстройств как наиболее неблагоприятных проявлений шизофрении, указывающих на наибольший объём поражения, наибольшую глубину расстройства. Редкость возникновения люцидной кататонии в наше время (на что указывают сейчас многие психиатры), возможно, зависит от своевременного терапевтического вмешательства в течение шизофрении.

Длительные наблюдения за развитием простой шизофрении показали, что простая форма нередко после долгих лет своего существования видоизменяется параноидными, гебефреническими или кататоническими расстройствами, то есть рано или поздно происходит генерализация процесса.

Сопоставление стереотипа развития всех форм непрерывно протекающей шизофрении позволяет говорить о следующем. Непрерывно протекающая шизофрения начинается не с позитивных симптомов, а с негативных, то есть с изменения личности, её изъяна, ущерба.

В одних случаях речь идёт только о развитии явной замкнутости, аутизма, эмоционального обеднения. В других случаях подобного рода изменения сопровождаются расторможением влечений, одержимостью ими. Наконец, третий вид негативных расстройств является наиболее неблагоприятным для будущего течения болезни. Он протекает с редукцией энергетического потенциала, то есть уменьшением психических возможностей, снижением активности, ослаблением психической деятельности. Такие изменения выступают особенно отчётливо при неблагоприятно протекающей шизофрении с возникновением её в юношеском, подростковом, а также детском возрасте.

При развитии шизофрении в детском, подростковом или юношеском возрасте негативные расстройства проявляются не только в описанном изменении, но и в задержке психического развития. При начале развития шизофрении в детском возрасте (до 10 лет) задержка в развитии приводит в тяжёлых случаях к олигофреноподобному состоянию, а в более лёгких случаях — к инфантилизму; шизофрения, начавшаяся в юношеском возрасте, обуславливает различные степени ювенилизма.

К наиболее частым позитивным, патологически продуктивным симптомам начинающейся шизофрении принадлежат аффективные нарушения: снижение настроения, депрессия с беспредметной тревогой или страхом, часто с чувством отчуждённости по отношению к родным.

Последующими позитивными расстройствами в зависимости от тяжести шизофрении могут быть и неврозоподобные (явления навязчивости, деперсонализации, сенестопатии, ипохондрии), или параноийальные.

В дальнейшем обнаруживалось параноидное состояние. Затем развивается парафренный, фантастический бред величия, грёзоподобный, с конфабуляциями. Конфабулёз отражает более тяжёлое поражение. К наиболее глубоким расстройствам относится также и кататония.

При относительно медленном течении шизофрении (параноидная форма) перечисленные периоды развиваются во всех своих клинических деталях. В случаях же бурного течения шизофрении (гебефреническая форма) смена названных синдромов происходит в течение очень короткого промежутка времени, иногда — нескольких месяцев или даже недель, с быстрым переходом в конечное состояние. При гебефренической, наиболее злокачественной форме, эта же смена происходит, повторяю, в сжатые сроки — в течение иногда нескольких месяцев, а иногда и того короче.

Таким образом, при сопоставлении параноидной формы с гебренической мы обнаруживаем общий стереотип развития шизофрении: следующий от изменения личности той или иной тяжести к аффективным расстройствам, параноидным, парафренным и кататоническим. В зависимости от различных особенностей течения этой болезни (возрастных, сопротивляемости организма, его исходного состояния, условий существования больного во время болезни и т.д.) этот общий стереотип может развиваться во всех своих деталях в течение ряда лет или, при неблагоприятных условиях, — в течение месяцев, иногда — недель.

Сказанное я постараюсь подтвердить демонстрацией больного с подробным разбором особенностей его заболевания.

Больной Р., 40 лет

Анамнез. В семье психические заболевания отрицает.

Отец погиб на фронте. Отличался замкнутым, тяжёлым характером, был безразличен к семье, злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения становился агрессивным, возбуждённым. Подвергался тюремному заключению за растрату.

Мать, 65 лет, очень раздражительная, тревожная. Детей двое: наш больной и его сестра.

Сестра, 40 лет, незамужем, очень замкнутая, друзей нет, больного брата не навещает.

Роды протекали нормально, раннее развитие без особенностей. Рос здоровым, общительным ребёнком, подвижным, весёлым. Был уживчив, спокоен, откровенен, отзывчив. Учиться начал с 7 лет, к занятиям относился с интересом, успевал хорошо, был послушен, аккуратен, много читал. Дома был приветлив, правдив, уступчив. Когда ему было 11 лет, ухудшились отношения между родителями. Больной был свидетелем ссор; затем отца арестовали. Мать была вынуждена брать сверхурочную работу, предоставив больного самому себе.

С этого времени изменился: стал раздражительным, обидчивым, непослушным, в классе шалил, грубил. На уроках был неспокоен, возбуждён. Плохо учился, перестало интересовать чтение, говорил, что стало «скучно», ссорился с учителями. Был переведён в другую школу. Здесь ему ничего не нравилось, держался замкнуто, ни с кем не дружил, пропускал занятия; убежал из дома, стал неоткровенен, лжив, упрям, замкнут и очень обидчив; плакал. Остался на второй год в 4 классе. В возрасте 14 лет по просьбе [педагогов] школы был показан психиатру. Врач нашёл психические отклонения и направил его в детское психиатрическое отделение. Перед поступлением испытывал ночные страхи.

Из истории болезни. Контакт формальный, устанавливается с трудом. Повышенно обидчив, при малейшем недоразумении со сверстниками или замечании медперсонала плачет, ещё более замыкается, утверждает: «Сами пристают, наговаривают». Часто ссорится со сверстниками, очень груб. [Говорит, что] стремится устроиться на работу, [чтобы] иметь собственные деньги.

Диагноз. Изменения характера в течение последних трёх лет настолько стойкие, что дают основание говорить не только о реактивном состоянии, но и о патологическом развитии личности в результате ряда длительных психических травм в семье и школе.

После выписки учился в ремесленном училище, затем работал фрезеровщиком (больному 15 лет). Нарастали замкнутость и отчуждённость, ничто не интересовало, не находил общего языка ни с матерью, ни с сестрой, не мог быть с ними дома, уходил, ночевал на вокзалах, а утром шёл на работу. Начал употреблять алкоголь, пропивал все деньги, которые зарабатывал. Стал совершать кражи, сошёлся с плохой компанией, участвовал в грабежах и вскоре был арестован. В последующем определён в колонию для несовершеннолетних преступников на три года. Через несколько дней убежал, задержали в Москве, срок был продлён ещё на три года. В колонии постоянно нарушал режим, воровал, сидел в карцере. Срок удлинился до восьми лет. Работал на севере. После освобождения два года работал в экспедиции грузчиком. В эти годы злоупотреблял алкоголем, пропивал все деньги и вещи, на работе не удерживался. Через год был осуждён за хулиганство, после отбытия наказания работал пастухом в колхозе. Уединялся, всех стеснялся. Сам обратился к психиатру и был стационарирован в психиатрическую больницу, где находился около месяца.

При поступлении сознание ясное. Правильно ориентирован, эмоционально неустойчив, жалуется на сильную раздражительность. Стыдится, что раньше занимался онанизмом. Об этом больной говорит больше всего. Бреда и галлюцинаций не обнаруживается. Считает, что жить таким «идиотом» он не может. Диагноз: «Психопатия, осложнённая алкоголизмом».

После выписки продолжал злоупотреблять алкоголем, жил случайными заработками. Женился, но, узнав через некоторое время, что жена ждёт ребёнка, стал утверждать, что это не его ребёнок. В состоянии опьянения бил жену, становился крайне возбуждённым.

Снова стационарирован в психиатрическую больницу. Со слов матери, навещавшей больного, известно, что он был подавлен, говорил, что слышит голоса, они приказывают ему отравиться или повеситься. Считал, что на него все обращают внимание, преследуют. Пробыл в больнице полтора месяца. Выписан с диагнозом: «Психопатия, осложнённая алкоголизмом».

Мать несколько раз устраивала его на работу, однако отовсюду был уволен за пьянство. Пропивал не только всю зарплату уже в день её получения, но и одежду, приходил домой в одних трусах. Пил «до потери сознания». Вне опьянения был крайне замкнут, одинок. К семье относился безразлично, отказывался вернуться к жене, относился к ней враждебно, не интересовался родившимся ребёнком. Много раз попадал в милицию за хулиганство. Начал принимать люминал. Говорил, что за ним следят агенты; врач связан с ними; завешивал окна одеялом, прятался под кровать. Когда какой-то мужчина принёс ему его паспорт, потерянный им в состоянии опьянения, стал утверждать, что тот «подослан». Ночью не спал. Как-то мать случайно уронила деньги, он взволнованно стал говорить, что они специально подброшены.

Жаловался, что ему надоело жить. Мать обнаружила у него электрический провод. В связи с таким состоянием был вновь стационарирован в психиатрическую больницу, куда поступил в состоянии выраженного наркотического опьянения с нарушенной координацией и невнятной речью. С плачем сообщил, что выпил 20 таблеток люминала, «решил покончить жизнь». Рассказал, что последние две недели пил ежедневно, пропил с себя всю одежду. Говорил, что слышит угрожающие голоса. Просил помочь ему избавиться от онанизма, которым он занимался с детства. Рассказал, что видит «голых допотопных чертей», разговаривает с голосами. Обвинял врачей диспансера в «шантажировании»; заявил, что они подсылают к нему мужчин.

В отделении был тосклив, утверждал, что за ним продолжают следить. Больной «Володя» всё у него выспрашивает, что-то хочет от него узнать. На свиданиях с матерью продолжал доказывать, что дома ему подбрасывали деньги. Выпиской не интересовался. Выписан с диагнозом: «Хронический алкоголизм у психопатической личности, наркомания».

Несколько раз устраивался на работу учеником слесаря, слесарем, подсобным рабочим, но увольняли в связи с прогулами или уходил по собственному желанию. Через год после последнего стационарирования был вновь направлен в стационар на военную экспертизу. В путёвке указано, что патологических психических явлений нет, необходимо решить вопрос годности к военной службе. Больной хочет служить в армии.

Психическое состояние. Угрюм, хмур, неразговорчив, нехотя отвечает на вопросы; не знает, почему его отправили на экспертизу, ведь у него есть военный билет, в котором указано, что он годен к военной службе. С окружающими малообщителен. Много читает; легковозбудим, раздражителен. С диагнозом: «Психопатия, осложнённая алкоголизмом» был выписан.

Дома находился пять месяцев; месяца два-три работал кочегаром, подсобным рабочим, затем уволился, ничем не занимался. Очень волновался из-за приезда жены с ребёнком. Стал крайне придирчив, раздражителен, злобен. Матерью был отведён к психиатру и направлен в больницу.

В путёвке указывается, что больной недоступен, амбивалентен. В диспансер идти долго не решался, так как какой-то голос внутри головы говорил, что идти не надо, «над тобой смеяться будут». Думает, что на него обращают внимание на улице. Растерян, не понимает, что с ним происходит.

В больнице не общается, всё время в одиночестве. Несколько растерян, ходит быстрыми шагами по коридору. При беседе на вопросы отвечает формально и односложно, никаких сведений о себе не даёт. Жалуется на геморрой.

Осмотр хирурга. Жалобы на геморрой, неприятные ощущения в анусе. Заключение: «Патологии не обнаружено».

Некоторое время спокоен, участвует в наружных работах. Подрался с больным и был переведён в беспокойное отделение. Своё поведение дома и при поступлении в больницу объяснял ощущениями в прямой кишке, нежеланием говорить об этом при больных и персонале. Бреда и галлюцинаций не обнаружено. Выписан с диагнозом: «Алкоголизм у психопатической личности».

Работал пастухом. Был угрюм, подавлен, безразличен, ни с кем не общался, иногда говорил, что слышит голоса. За хулиганство отбывал наказание в течение трёх лет, за драку осуждён на один год. После освобождения вернулся и сошёлся с женщиной. Следуя её советам, перестал пить, однако постоянно был подавлен, молчалив, ко всему безразличен. Иногда усиливалась тоскливость, пытался повеситься. Был направлен в психиатрическую больницу.

Из истории болезни. Сознание ясное, ориентирован. Высказывает бред отношения: за ним следят органы разведки, на него действуют специальным локатором, он стал «научным шутком», всё происходящее вокруг он фотографирует глазами, через свой мозг эти изображения, а также собственные мысли передаёт в эфир путём «личного атома». Отказывается от еды, объясняя отказ отсутствием заднепроходного отверстия.

Проведено два курса инсулинотерапии, аминазин с резерпином. Состояние почти не изменилось, замкнут, аутичен, целые дни проводит в постели, ни с кем не общается, спонтанно свои бредовые идеи не высказывает, не отвечает на вопросы, ссылается на то, что врач всё знает. Выписан матерью.

Диагноз: «Шизофрения, галлюцинаторно-параноидная форма».

Дома был тревожен, отказывался от пищи, не выходил из комнаты, говорил, что за ним следит разведка. Через пять дней вновь поступил в психиатрическую больницу.

Психическое состояние. Подавлен, безучастен, сидит согнувшись, на врача не смотрит, на вопросы отвечает кратко, формально. Недоступен. Критики нет. К стационарированию безразличен. В отделении ни с кем не общается, ночью забирается под кровать и там спит. Апатичен, подавлен, малоподвижен, долго остаётся в одном положении. Считает, что мать и сестра подставные, а настоящие умерли. Врач – агент разведки. Все больные – агенты и следят за ним. Говорит об этом спокойно, безучастно. Сказал, что находится под действием «атомной силы», от которой у него на животе появились родинки. Атомная энергия расщепляет его на атомы, действует на него через аппарат. Мимика неадекватная; говоря о слезке за ним, смеётся.

Последующее течение. Всё время проводит один, сидит на корточках на скамейке, уткнув голову в колени, о чём-то разговаривает сам с собой, заявляет, что разговаривает с «народом». Окружающие – агенты, мать ненастоящая. Неадекватно улыбается. Иногда дурашлив, отказывается от еды, ест из рук персонала. По вечерам забирается в туалет, раздевается догола, поливается водой. В последнее время больной манерен, гримасничает, принимает вычурные позы, отворачивается от собеседника, совершает стереотипные движения рукой, как будто поглаживает голову, нелепо смеётся, равнодушен к беседе. Вначале не отвечает на вопросы, отворачивается от врача, позёвываёт, стереотипно трёт голову, затем начинает односложно отвечать на вопросы, по мере беседы постепенно становится более многословным, речь непоследовательная, разорванная. Заявляет, что он – сын двух матерей: одна «советская», другая «на подмостках рынка была». Здесь его навещает «советская», а другая «спит непробудным сном». Спустится Бог, «Бог – разум человеческий». «Все ответы есть на планете, однако говорить об этом нельзя, это госу-

дарственная тайна». Он нашёл новое, перед ним открылось его будущее и прошлое. Всё это произошло под влиянием марсиан, которые действуют на него лучами, говорят с ним. Ещё в 1938 году сосед Иван Михайлович преподнёс ему рюмку водки и показал «булат», а значит он — человек будущего. Это было знаком марсиан. В том же году, когда он однажды лежал дома, что-то переменялось в мозгу, в организме, что-то новое он ощутил в себе, и одновременно от лампы разбежался свет. Тогда он не обратил внимания на происшедшее, но теперь знает, что с того момента связан с марсианами.

Связь с марсианами осуществляет головой и ушами, послушен им и не может выдать всех тайн, с их помощью постиг науку, до них был малограмотным, а они его обучают, разговаривают с ним. Его роль — будущее. Знает, что пошлют с Марса лучи. Это нужно для науки, будущего. Он — суперпередатчик, отражает лучи от марсиан и передаёт их обратно. Всё это больной говорит улыбаясь. Опасается, что врачи его спрашивают неспроста. Больным себя не считает.

В отделении ни с кем не разговаривает, уединяется, сидит в стороне, подолгу сохраняет одну и ту же позу или стереотипно часами ходит по коридору. Отказывается от еды, ест только из рук персонала, при кормлении не сопротивляется, быстро глотает предлагаемую ему пищу. За своей одеждой не следит. Лекарство принимает пассивно. Физическое состояние — без значительных отклонений.

(Вводят больного.)

— *Мы с Вами второй раз видимся?*

— Да.

— *Вы в каком сейчас отделении?*

— В третьем.

— *Вам лучше?*

— Всё равно.

— *Вы лечитесь?*

— Лечат.

— *Как?*

— Инсулином.

— *Лучше становится?*

— Нет.

— *Вас необходимо лечить?*

— Как хотите.

— *Больны Вы или здоровы?*

— Дело ваше.

— *Семья есть у Вас?*

— Нет.

— *А мать?*

— Нет.

— *Кто Вас навещает?*

— Мать.

— *Значит, она есть. Почему Вы говорите, что её нет? (Больной молчит.)*

— В больнице интересуетесь чем-нибудь? С больными разговариваете, книги читаете?

— Нет.

— Почему? Чем-либо заняты?

— Нет, ничего не делаю.

— Какие желания у Вас?

— Никаких нет.

— Вы несколько раз рассказывали о марсианах.

— Ничего не говорил.

— У Вас, в свою очередь, есть ко мне вопросы?

— Нет.

— Спасибо, до свидания.

(Больной уходит.)

Сейчас состояние больного характеризуется негативизмом, недо-ступностью и достаточно выраженным безразличием, но этим не исчерпываются имеющиеся у него нарушения. Как следует из наблюдений последнего времени, обнаруживаются и другие проявления болезни. Временами его поведение становится кататоническим: он стереотипно ходит по коридору или застывает в однообразной позе. Далее: у больного обнаруживается фантастический бред общения с марсианами, влияющими на него «локатором». Он знает судьбы людей, служит науке будущего; он — хранитель государственной тайны. Во время возникновения парафренного бреда у него возникли псевдогаллюцинаторные воспоминания, что часто наблюдается на этом этапе.

Он вспоминал, что сосед Иван Михайлович десять лет тому назад предсказал ему будущее; в то же время (о чём он также внезапно вспомнил) был эпизод с лампой. [Кроме того,] следует отметить и наступление у больного временами депрессивного состояния.

Таким образом, состояние больного в настоящее время — эпилог развития всей его болезни. Оно очень полиморфное, очень разнообразное, как и бывает при конечных состояниях шизофрении. Больной, как теперь мы можем определить ретроспективно, страдает этой болезнью в течение почти всей жизни. По бесхитростному анамнезу матери в истории болезни детского психиатрического отделения очевидно, что он заболел шизофренией в возрасте 11 лет. В то время произошло изменение личности больного: он стал аутистом, дерзким, эмоционально холодным, утратил большинство прежних интересов. В последующем такие изменения психопатоподобного характера продолжали прогрессировать и приобретали явно гебоидный характер. Больной становился одержим влечениями — к пьянству, бродяжничеству, онанизму. Гебоидный период развития шизофрении тянется много лет, но этим периодом шизофрения у него не исчерпывается. Появляются паранойяльные идеи: его преследуют, за ним

следят агенты, его провоцируют, подбрасывают деньги и т.д., причём важно отметить, что вместе с возникновением паранойяльных явлений его пьянство и психопатоподобные расстройства явно уменьшаются и исчезают.

В дальнейшем возникают псевдогаллюцинации, бред воздействия, наконец, фантастический бред и кататонические явления.

Таким образом, юношеская гебоидная форма, которую относят к варианту простой шизофрении, временами принимала характер течения явно параноидный. Течение болезни у этого больного иллюстрирует относительную самостоятельность гебоидной и параноидной форм.

Вместе с тем течение болезни обнаруживает общий стереотип развития, присущий всем формам непрерывно протекающей шизофрении. Первоначально возникают той или иной тяжести **н е г а т и в н ы е** изменения личности, а дальше к ним присоединяются и **п о з и т и в н ы е** расстройства — аффективные, паранойяльные, параноидные, фантастические [парафренные], кататонические.

Обладаем ли мы сейчас клиническими знаниями, позволяющими нам предполагать ещё в период гебоидных изменений все возможности дальнейшего развития шизофрении? На это можно ответить весьма неопределённо. Гебоидные проявления больного были чрезвычайно массивны. Он довольно скоро, вслед за первичными изменениями личности, не мог уже систематически работать. Это указывало на то, что редукция энергетического потенциала у него была выражена довольно значительно даже в самом начале развития болезни. По-видимому, подобные признаки являются прогностическими, указывающими на дальнейшее прогрессирующее течение болезни.

Но быть фаталистом в подобных случаях нельзя. В 1923 году, когда заболел наш больной, арсенал терапии был явно недостаточен. Надо думать, что теперь своевременное начало лечения — диспансерного, нейролептиками, с энергичными попытками трудоустройства — может значительно смягчить выраженность гебоидного состояния, тяжесть его, сделать такого больного социальным, а может быть, и предотвратить дальнейшее развитие процесса. Это то, что называют «**вторичной профилактикой**» — профилактикой прогрессирующей болезни, профилактикой её экзацербации.

Пример этого больного иллюстрирует всю важность ранней диагностики шизофрении. Правда, нам сейчас очень легко ставить в вину ошибку в диагностике психиатрам, видевшим больного лишь во время гебоидного периода развития его болезни. Теперь, при наличии хронического конечного состояния больного, сомнений в шизофрении уже нет ни у психиатров Москвы, ни у психиатров Ленинграда, но очень трудна была ранняя диагностика этой болезни, а в этом и заключается наибольший успех нашего терапевтического вмешательства. Клинику начальной шизофрении мы знаем ещё недостаточно.

Нужно также помнить возможности морализирующего отношения к больному. Вспомните — он пил, хулиганил, избивал [окружающих]. Диагноз алкоголизма, психопатии напрашивался невольно. При первом же поступлении в больницу имеющиеся у него изменения так легко были связаны с семейной коллизией. Клинику и этиологию болезни этим и пытались объяснить, диагностировав семейно-педагогическую запущенность. Последнюю гораздо легче обнаружить: она — на поверхности, а клинические изменения — в глубине; не говоря уже о том, что мы их ещё не изучили в совершенстве. В связи со сказанным я хочу напомнить вам то, что писал свыше 100 лет назад *В.Гризингер*: «Изменение в образе мыслей, в ощущениях и поступках тем заметней, чем быстрее сумасшествие совершается; напротив, заметить его гораздо труднее, если оно происходит медленно и постепенно, в течение нескольких лет, и такие случаи, в особенности если сумасшествие при этом остаётся в лёгкой степени, большей частью чрезвычайно трудно отличить от дурного характера, безнравственности, капризности, ложных жизненных воззрений. В других случаях, но значительно реже, сумасшествие не представляет никакого изменения, а только развитие и усиление выдающихся черт характера и свойств индивидуума»¹. Это положение *В.Гризингера* о закономерности, или, как мы теперь говорим, о стереотипе развития психоза, имеет актуальное значение и в наше время. Надо сказать, что и сейчас процесс, начинающийся незаметно, исподволь, нередко принимают за психопатию, за дурной характер, за результаты семейных неполадок, за педагогическую запущенность. От такого рода ошибок страдает, конечно, и прогресс нашей науки, а самое главное — наша практика, наша терапия, наша возможность вмешиваться в природу болезни. Нередко родители, педагоги своевременно обращаются к психиатру, но из-за недостаточности знания клиники начала шизофрении или из-за предвзятости или одержимости «сужением границ» этой болезни происходят такого рода чреватые последствиями ошибки. За эти 30 лет страдал не только наш больной, но страдали его жена и его ребёнок, его мать, сам он сидел в тюрьмах, а патологический процесс, предоставленный самому себе, неуклонно развивался по своим закономерностям.

Вернёмся вновь к особенностям клиники шизофрении. Переход паранойяльного периода развития шизофрении в параноидный указывает на генерализацию процесса. Генерализация процесса ещё более значительна в парафреническом периоде развития шизофрении. На это указывают и депрессивные расстройства, возникающие во время развития парафренического бреда или предшествующие ему. И у нашего больного как во время, так и непосредственно перед развитием фантастического бреда можно было обнаружить периодическое раз-

¹ В.Гризингер. Душевные болезни. Русский перевод. 1867 г., с. 135.

вите тяжёлых тоскливых состояний, вплоть до попыток самоубийства.

Аффективные расстройства участвуют в клинических проявлениях шизофрении гораздо чаще, чем мы думаем. В одних случаях они возникают в начале болезни, в других — сопровождают течение простой шизофрении, [и также] часто возникают впервые в парафреническом периоде её развития.

Интересно ещё у этого больного отметить, что, несмотря на его значительный алкоголизм, существенного влияния [этого фактора] на клиническую картину болезни, за исключением кратковременного эпизода алкогольного галлюциноза, не обнаружилось.

Следует обратить внимание ещё на один момент в этой истории болезни: сопоставление больного с его сестрой. Один из них болен процессуальной шизофренией, а у другой обнаруживаются явные особенности характера. Нелюдимая старая дева, чрезвычайно замкнутая, эмоционально холодная. Относится ли её изменение к [эндогенному] процессу или к тяжёлой психопатии — сказать трудно. В целях генетических, естественно, следовало бы тщательно исследовать и сестру больного.

У больного — конечное состояние, без заметного преобладания кататонических расстройств. Это результат относительно благоприятного предшествующего течения болезни. Конечное состояние наступило у него на тридцатом году развития шизофрении. Выражением наиболее тяжёлого течения шизофрении, наиболее глубокого поражения является преобладание кататонических расстройств в конечном состоянии. По клинической картине конечных состояний, по объёму наступившего поражения мы можем судить об особенностях предшествующего течения шизофрении.

Оценка синдромов как отражения тяжести поражения головного мозга чрезвычайно важна. В клинических синдромах находит своё выражение логика мозгового [патологического] процесса.

Лекция 2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Вчера речь шла об одной из особенностей течения шизофрении, начинающейся в юношеском возрасте, но шизофрения, возникшая в эти годы, не всегда протекает одинаково. В одних случаях её течение более тяжёлое, в других – менее. Обнаруживаются даже случаи с регрессионным течением, постепенным наступлением некоторого улучшения. Сегодня и завтра я постараюсь вам изложить различные особенности течения юношеской шизофрении. Возможно, завтра удастся сопоставить её особенности с детской шизофренией. В последующих трёх-четырёх лекциях я остановлюсь на клинических особенностях шизофрении, манифестирующей после 40 лет и позднее. После этого мы перейдём к рассмотрению периодической шизофрении.

Больной Я., 22 года

Анамнез. Бабушка по линии матери была странной, неряшливой, непрактичной, возбудимой; её часто называли «сумасшедшей». Мать больного раздражительная, вспыльчивая; с 19 лет у неё находили «вегетоневроз». В беседе с врачом несколько многословна, сведения о больном сообщает бестолково, непоследовательно, не отделяет главного от второстепенного. Отец больного требовательный, педантичный. Две старшие сестры больного неуравновешенные, одна из них лечится у невропатолога по поводу «нервности». Больной родился от третьей беременности, протекавшей с выраженными явлениями токсикоза. Родился в срок, роды протекали без осложнений. В раннем детстве развивался правильно, ходить начал к году, говорить к полутора годам. Ничем в развитии от сверстников не отличался. Был послушным, спокойным, охотно играл с детьми, но был несколько пассивным, медлительным, в играх подчинялся другим, в детском возрасте им часто руководили сёстры. Рос физически здоровым. Перенёс корь, паротит, коклюш, протекавшие без осложнений. В 12 лет болел желтухой Боткина. Школу начал посещать с восьми лет. Учился хорошо, но занимался не очень усердно. Учителя отмечали его как способного, но ленивого. Имел товарищей, играл с ними во дворе. Со сверстниками ссорился редко, отличался уступчивым характером. Со второго класса охотно читал, любил литературу о путешествиях, приключениях. С 9–10 лет научился играть в шахматы, играл с приятелями, с отцом, нередко выигрывал. Четвёртый класс окончил с похвальной грамотой, в 5–6 классах также учился хорошо. По-прежнему был спокойным, в меру общительным, инициативу в играх и занятиях охотно предоставлял другим. В семье был послушен, с матерью и сёстрами ласков, словоохотлив, откровенен. Отца побаивался из-за его строгости и требовательности.

В 15 лет, с начала учебного года 8 класса, заметно переменялся, стал более пассивным, малоразговорчивым, меньше общался с прежними товарищами, отошёл от сестёр, с которыми прежде был дружен. Стал хуже успевать в школе, появились посредственные оценки, нередко не выполнял в срок задания, хотя много времени проводил за приготовлением уроков. По словам учителей, на уроках был невнимательным, вялым; приходя домой, нередко ложился спать, жаловался на головную боль. Появились раздражительность, грубость по отношению к матери, небрежно посмеивался в ответ на её замечания, иногда передразнивал её или злобно обрывал. В девятом классе учился по-прежнему посредственно. По словам матери, «сошёлся с хулиганами», где-то бывал по вечерам, стал употреблять нецензурные выражения, всё более грубо и равнодушно относился к родным, нередко по незначительному поводу злобно их бранил. Изменился внешне, был небрежен в одежде, причёске; изменилась походка – стал держаться при ходьбе неестественно прямо, несколько запрокидывал туловище, чеканил шаг. В десятом классе занимался только по настоянию матери, часто совсем не готовил уроки, не запоминал прочитанного, хотя подолгу сидел над учебниками. С товарищами не общался, целые дни проводил дома, смотрел телевизор или лежал. Семнадцати лет кончил школу с посредственными оценками.

Учиться дальше не захотел, но по настоянию матери сдавал экзамены в инженерно-экономический институт. По конкурсу не прошёл, к чему отнёсся равнодушно. Поступил на завод учеником слесаря, плохо работал, опаздывал, был рассеянным, не приобрёл необходимых навыков, вместо работы слонялся без дела. Отец устроил его на другой завод сантехником, но и там он работал неохотно, ничем не интересовался, нередко был вялым, иногда в рабочее время забирался в гардероб и спал. С работой справлялся плохо, сотрудники жаловались на его лень. Сам же говорил, что к нему просто плохо относятся, придираются. В 18 лет настроение часто становилось пониженным, был угрюм, мрачен, молчалив. Однажды на работе пытался перерезать себе горло; его удержали. Был подавлен, не отвечал на вопросы. Его стационарировали в психиатрическую больницу, откуда в тот же день был выписан родителями. На расспросы матери сказал ей, что хотел зарезаться, так как было «такое нечеловеческое настроение». Находился дома под наблюдением матери, не работал. Оставался молчаливым, замкнутым, постоянно лежал, лишь иногда немного помогал матери. Через два месяца по настоянию матери поступил на курсы по подготовке в институт. Занятия посещал аккуратно, но оставался одиноким, интереса ни к чему не было, задания выполнял небрежно, родным приходилось ему помогать. Временами был подавленным, говорил, что не хочет жить, что «ничего из него не выйдет». Через четыре месяца курсы оставил, стал более бездеятельным. Вскоре родные заметили, что большой безо всякой причины улыбается, гримасничает. Постепенно становился всё более пассивным, целыми днями ничего не делал, грубо относился к родным, подолгу сидел, не меняя позы; жаловался на «сумбур в голове». Иногда становился напряжённым, к чему-то прислушивался, внезапно хватался за голову руками, закрывая глаза, от чего-то отмахивался, то краснел, то

бледнел. Однажды сказал, что у него нет родителей, что родителей убили фашисты. Тут же заявил, что ему надо жениться.

Стационарирован в психиатрическую больницу.

В больнице первое время спокоен, малодоступен, о себе рассказывал неохотно. Сведения о его прошлом от него получить не удавалось. Уклончиво спрашивал: «А зачем это вам?»; своих поступков не объяснял. То подолгу молчал, не отвечая на вопросы, то начинал много и громко говорить, пространно рассуждая. Заявлял, что у него в голове бывают «чужие мысли». Больным себя не считал, говорил, что мать привезла его в больницу «отдохнуть».

Во время беседы гримасничал, вычурно жестикулировал. Отмечались угловатость, неловкость движений и походки. В отделении бесцельно ходил по коридору. Мог читать газету, но о содержании прочитанного рассказать отказывался. С больными в беседу не вступал. Отмечалась неряшливость в одежде. К пребыванию в больнице относился равнодушно. Порой нелепо посмеивался, нередко бывал груб с персоналом, держался развязно.

Через месяц состояние изменилось. Стал напряжённым и подозрительным. Заявлял, что его отравляют, что персонал и больные смотрят на него с подозрением, что ему делают «плохой инсулин». Говорил, что у него «чужие мысли», что у него «крадут мысли», что ему «делают мысли». Требовал выписки; заявлял, что дома он топором перережет себе шею. Был злобен, цинично бранился, проявлял агрессию, сопротивлялся при лечении. Иногда, отвернувшись к стене, что-то шептал, отказывался от еды. К матери был враждебен, на свиданиях с ней не разговаривал, быстро уходил. Временами заявлял, что она ему неродная, что его мать убили фашисты. В дальнейшем состояние колебалось. На некоторое время появились черты дурашливости, гримасничал, посмеивался, что-то неразборчиво шептал. При расспросах заявлял, что он одарённый как гений, что у него «великая семья». Затем вновь становился напряжённым, грубо отвечал на вопросы; с подозрением относился к лечащему врачу. Не спал ночью, оставался малодоступным, злобным, временами бил и отталкивал персонал. Находился в больнице около 10 месяцев, лечился шокowymi дозами инсулина (20 шоков [до] 150 ЕД), внутримышечными инъекциями аминазина. При обследовании в больнице со стороны соматических отклонений не отмечалось. Результаты лабораторных анализов также были в пределах нормы. К концу пребывания в больнице после длительного лечения аминазином (в течение шести месяцев по 500–600 мг) больной стал несколько спокойнее, исчезли злобность и дурашливость, пассивно подчинялся, оставался бездеятельным. Себя считал здоровым. Был выписан домой с назначением поддерживающей терапии аминазином. Дома пробыл два месяца, первое время был молчалив, вял, много лежал, иногда гулял один.

В течение месяца был спокоен, но не спал по ночам, гримасничал, нелепо смеялся, то говорил, что он «герцог», один из членов правительства, то, что он «дурак» и ему не стоит жить. Часто грубо бранил мать, принимал вычурные позы, иногда что-то шептал.

Повторно стационарирован. Пробыл в больнице около двух лет. Большую часть времени лежал в постели, укрывшись с головой одеялом, был неряш-

лив, мочился под себя, онанировал. Держался фамильярно, ко всем обращался на «ты»; ответы были односложными; себя считал здоровым, говорил, что в больнице «отдыхал». Временами становился беспокоен, дурашлив, совершал множество вычурных движений, много ходил, становился многословным, пытался обнимать сестёр, смеялся. Высказывания были крайне непоследовательными, отрывочными, иногда выкрикивал одни и те же слова, смеялся, говорил, что слышит голоса, которые называют его «гермафродитом» и «сумасшедшим». Спрашивал у врача: «Голоса тебе говорят?» Рассказывал, что слышит женские голоса, которые повторяют: «Не умирай, не умирай». Иногда бегал по коридору, делал какие-то знаки руками, говорил, обращаясь к кому-то: «Ну, ну, очкастый, спроси, что такое электричество». Заявлял, что он Маяковский, у него великая семья. В другие периоды бывал злобным, отказывался от лечения, плохо ел, утверждал, что его отравляют, хотят убить. Проводилось лечение инсулином (27 шоксов по 84 ЕД), не давшее никакого эффекта; затем больной длительное время получал аминазин (суточная доза 700–1000 мг) без видимого улучшения. В дальнейшем начато лечение стелазином (40–45 мг). Спустя месяц стал несколько спокойнее, опрятнее, уменьшилась дурашливость. Появилась вялость, много лежал. Выписан с поддерживающей терапией. Дома провёл только пять дней: был злобен, избил мать, разбросал вещи, не спал ночью, гримасничал, что-то шептал. В этой связи вновь возвращён в больницу.

При последнем стационарировании находился в больнице около девяти месяцев. Вначале гримасничал, суетился, совершал вычурные движения, нелепо хохотал, часто повторял одни и те же фразы. Высказывания были отрывочными. По ночам будил больных, собирал со всех коек матрацы, бегал обнажённым, онанировал, был неряшливым, злобным, говорил, что ему мешает спать женщина, которая с ним разговаривает. Затем это состояние сменилось вялостью, безразличием, стал молчалив, большую часть времени проводил в постели, укрывшись с головой. При обращении к нему отвечал неохотно; часто заявлял: «Не помню, не знаю»; выражение лица было безразличным; говорил врачу: «Отстань, я спать хочу». Временами становился злобным, напряжённым, цинично бранился, говорил, что в больнице над ним издеваются, хотят убить, врачей называл «фашистами». Затем вновь становился дурашливым, гиперсексуальным, пытался схватить и повалить сестёр и нянь, смеялся и пел, говорил, что у него «много силы» и её «некуда девать». К матери на свидании был безразличен, грубо забирал принесённые ею продукты и уходил. Длительно лечился аминазином (600–800 мг в сутки) без видимого эффекта. Затем было начато лечение стелазином. На третий месяц лечения (в дозе 50–60 мг в сутки) стал несколько спокойнее, опрятнее, исчезли злобность и дурашливость, появились вялость и пассивность, начал подчиняться персоналу. Ходил на трудотерапию, но ничего не делал, подолгу намазывал клей на одну и ту же полоску бумаги. Через пять месяцев был выписан матерью на поддерживающей терапии стелазином (20 мг).

Дома пробыл около пяти месяцев, регулярно принимал стелазин. Вначале оставался бездеятельным, неряшливым, отказывался помогать матери, не хо-

тел ходить за водой, говоря, что «там страшно», «преследуют страхи». Через месяц стал активнее, аккуратнее, начал умываться, помогать матери, согласился работать в мастерских. Посещал лечебно-трудовые мастерские диспансера, клеил конверты, работал аккуратно, но медленно. Был молчалив, одинок; в диспансер его провожала мать. Проработал в мастерских около месяца. Затем вновь стал пассивным, вялым; жаловался на головную боль; мать отвезла его в дом отдыха.

Там был спокоен, во всём слушался мать, гулял только с ней, без неё был беспомощным, держался отдельно ото всех. Через две недели состояние ухудшилось, снова стал злобным, неряшливым, гримасничал, неадекватно улыбался, посмеивался, отказывался от еды, плохо спал.

Стационарирован в больницу. При поступлении гримасничал, на вопросы отвечал с задержкой, давая нелепые ответы. Был суетлив, раскачивался на стуле, хлопал рукой по ноге, говорил: «Почему мутерхен не приходит кормить?», «Евреи, встать!» Отвечал, что разговаривает с евреями. В отделении был недоступен, злобен, неряшлив, неопрятен мочой, онанировал, большую часть времени лежал в постели, уткнувшись в подушку. Заявлял, что ему душно, что у него постоянно «спирает дыхание». Считал себя тяжело больным, просил отправить его в хирургическую больницу. Вначале лечился аминазином (500 мг в сутки), а в дальнейшем — стелазиним. На дозе последнего в 20 мг стал подвижнее, начал выходить на прогулку, по-прежнему сообщал о неприятных ощущениях в горле, говорил, что ему душно. Просил обследовать его организм. Заявлял, что у него «что-то не ладится в пищевом тракте или в горле: там какая-то шишка», просил сделать ему анализы крови и мочи, ему «испортили здоровье», «не давали поспать». Считал, что, может быть, у него рак пищевода. Сообщал обо всём равнодушно, позёвывая, посмеивался, насвистывал. С врачом держался фамильярно, требовал папирсы, обращался на «ты». Медсестёр и врача-женщину, проходившую мимо, пытался обнять. На второй неделе лечения стелазиним стал злобным, напряжённым; говорил, что его хотят заразить, что сыпят в нос «инфекцию»; то подтверждал наличие голосов в голове, то отрицал их.

В настоящее время больной продолжает получать лечение стелазиним (60 мг в сутки). Большую часть времени лежит в постели, обычно без подушки, которую отодвигает в сторону, часто накрывается с головой. Онанирует. Неряшлив, бездеятелен; ни с кем не общается; выражение лица безразличное, одежда и волосы в беспорядке. При обращении к нему отвечает недобрым тоном, с раздражением. Отказывается от еды, говоря, что хочет спать, отворачивается в сторону или цинично бранится и говорит: «Отстань». Утром, молчалив. При настойчивых расспросах отвечает, что слышит в голове множество голосов; «галлюцинации» мешают ему спать, говорят разные гадости; он не может от них избавиться. По мере беседы несколько оживляется, отвечает более охотно. Себя считает уже здоровым; боли в пищевом тракте, ощущение жара в груди прошли. Спрашивает, когда его выпишут. Иногда отрицает у себя слуховые обманы, о которых только что говорил, заявляет, что голоса были раньше, а теперь их нет. Часто отвечает по-разному, в зависимости от

поставленного вопроса: то отрицает, то соглашается с одним и тем же (болит голова? — болит; не болит голова? — не болит; он хочет домой, он не хочет домой). Нередко повторяет в ответе слова вопроса. Держится развязно, сидит в расслабленной позе, почёсывает голову, ковыряет в носу, теребит нос, позёвывает. Увидев другого врача, крикнул: «Привет Шишкину». С больными не общается, не знает имён больных и персонала, ничем не интересуется, бездеятелен, пассивен. Планов на будущее нет, говорит, что после выписки будет дома «отдыхать», а может быть, женится, а может быть, пойдёт учиться в институт, а может быть, работать в мастерские. На последнем свидании с матерью говорил, что это не его мать, не хотел с ней разговаривать, быстро ушёл со свидания, отказывался брать передачу, но потом взял. Неряшлив, не следит за своей внешностью, не умывается, ходит босой, в нижнем белье, окурки бросает на пол. Не реагирует на замечания персонала. Ко всему безразличен, пребыванием в больнице не тяготится. Физическое состояние без патологии.

В дальнейшем существенных изменений состояния не отмечалось. Оставался бездеятельным, неряшливым, замкнутым, малодоступным в беседе, подолгу лежал в постели, укрывался с головой, часто онанировал. При временном прекращении лечения в связи с обследованием больного настроение несколько повысилось, с каждым днем становился активнее, меньше лежал в постели, развязно и фамильярно разговаривал с врачом и персоналом, обращался к ним на «ты». Заявлял, что он совершенно здоров, хочет выписаться и жениться. Цинично ругался, часто употреблял жаргонные выражения, расхаживал по отделению, громко разговаривал с больными, напевал песни. Через десять дней после отмены лечения настроение понизилось с оттенком тревоги и угрюмости, становился напряжённым, временами испытывал страх. Появилось и усиливалось гримасничанье — хмурился, морщил лоб, высовывая язык, выпячивал губы. Походка сделалась скованной; ходил, широко расставляя ноги. Нарастали двигательная заторможенность, повышение мышечного тонуса. Говорил, что ничего не понимает, ничего не соображает. Сообщил, что слышит внутри голоса, они его ругают, приказывают цинично браниться. Говорил, что давит в горле, это, возможно, рак. Отвечал с большими задержками; часто говорил: «Не знаю, не понимаю». Становился более медлительным, напряжённым. Подолгу простаивал у окна, смотрел вдаль или сидел в углу палаты на полу. Ответил, что мысли путаные и обрываются, он ничего не понимает, не понимает, что с ним происходит, думать не может. В голове — чужие мысли, они им управляют. Испытывал страх; временами отмечались то загруженность, то растерянность. Пассивно подчиняем; жалуется на головную боль; ночью плохо спит.

(Входит больной.)

- *Здравствуйте, как поживаете? (Больной молчит.)*
- *Хорошо? Плохо? (Больной молчит.)*
- *С каким успехом идёт лечение? Лучшие становится?*
- Нет.
- *Больны Вы или здоровы?*
- Болен.

- *В чем заключается Ваша болезнь?*
 - В чем заключается болезнь – не знаю.
 - *Хочется выздороветь?*
 - Нет.
 - *Предпочитаете находиться в больнице? В больнице лучше, чем дома?*
 - Так же.
 - *Какие у Вас желания?*
 - Не знаю. Спать.
 - *Спать лучше, чем быть бодрым?*
 - Бодрым? Не знаю.
 - *Довольны, когда Вас навещают родители?*
 - Недоволен.
 - *Почему?*
 - Потому что... Не знаю.
 - *Отец у Вас чем занимается?*
 - Отец?
 - *Кто он по специальности, кем работает?*
 - Не знаю.
 - *А кто Вас лечит? Врача своего знаете или нет?*
 - Не знаю.
 - *В каком отделении находитесь?*
 - Не знаю.
 - *А у Вас есть какие-нибудь вопросы ко мне?*
 - Нет.
 - *Какие-нибудь желания?*
 - Нет.
 - *Что же, Вы намерены постоянно жить у нас в больнице или нет?*
 - Тоже не знаю.
 - *Может быть, Вам хочется вылечиться, учиться, жить, как все? Расстраивает Вас, что Вы больны и у Вас так сложилась жизнь?*
 - Не знаю, всё равно.
 - *Что же Вы хотите?*
 - Ничего не хочу.
 - *Спасибо, до свидания, а руку почему не подаёте?*
 - Не знаю.
- (Больной уходит.)*

Заболевание у этого больного началось примерно в том же возрасте, что и у разобранного вчера, но первый период развития заболевания у них различался. Такого рода отличия, возможно, и определили дальнейшее развитие болезни. У показанного вчера больного первый период течения заболевания характеризовался тяжёлыми психопатоподобными [про] явлениями с расторможением влечений. Хотя у него также отмечалось некоторое снижение психической активности, некоторая редукция энергетического потенциала, но по сравнению