


А.В.Снежневский

ШИЗОФРЕНИЯ

Цикл лекций 1964 г.

*Ответственный редактор
профессор В.С.Ястребов*

4-е издание

 Москва
«МЕДпресс-информ»
2022

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, Андрей Владимирович

С53 Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.) / А.В.Снежневский ; отв. ред. проф. В.С.Ястребов. — 4-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2022. — 160 с. ISBN 978-5-00030-983-4

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 978-5-00030-983-4

© 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. Леонгарда*.

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

Лекция 9

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ, ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫЙ ВАРИАНТ

Переходим к депрессивно-параноидному варианту периодической шизофрении.

Больная И., 62 года

Анамнез. Отец был спокойный, добрый, заботливый. Мать — нервная, «су-машедшая». У сестры отмечаются периодические расстройства настроения; стационарировалась в психиатрическую больницу. Бабка по линии матери страдала психическим заболеванием.

Больная родилась от первой беременности, развивалась правильно. В школу не ходила, грамоте научилась дома. Много читала. В 13–14 лет была отдана ученицей в швейную мастерскую. По характеру в этот период была тихой, робкой, застенчивой. Тогда же начались менструации, протекали легко, расстройств настроения при этом не было.

После февральской революции 1917 г. участвовала в профсоюзном движении, заинтересовалась политикой, активно выполняла поручения, ходила на демонстрации. Несколько позже вступила в комсомол. Во время гражданской войны была на подпольной работе, в тылу у белых, отдавала этому все силы, гордилась оказанным ей доверием, скрупулёзно выполняла все поручения, отличалась добросовестностью, доходившей до педантичности. После гражданской войны направлена в Москву на рабфак. По дороге (больной в то время было 20 лет) заболела сыпным тифом; её сняли с поезда и положили в больницу, где ей казалось, что город захвачен белыми. Окружающее стало страшным и непонятым. Санитары представлялись переодетыми белогвардейцами. Когда ей говорили, что её ищет сестра, то больная твердила, что никакой сестры у неё нет, так как боялась, что если сознается, то выдаст сестру, и ту тоже захватят белые. После выписки из инфекционного отделения долго ходила по городу, спрашивала прохожих, какая власть. Над ней смеялись; мальчишки кричали ей вслед, что власть белая. К сестре пойти не решалась, боялась выдать её. В конце концов была доставлена в больницу, где её разыскала сестра. Несколько месяцев прожила дома, оставалась тревожной, редко выходила на улицу. Затем за ней приехал её жених, они вступили в брак и вместе поехали в Москву. Там первое время боялась ходить по городу, многие среди встречных напоминали белогвардейцев; старалась убедить себя, что это болезнь. Постепенно всё это прошло. С психиатрами ни разу не консультировалась. Успешно окончила рабфак и поступила в институт. Настроение было ровным, хотя часто беспокоили головные боли.

В возрасте 26 лет появились страхи: постоянно боялась, что кто-нибудь может залезть через трубу в комнату. Плохо спала; была растеряна. Консультировалась профессором П.Б.Ганнушкиным, который назначил какое-то лекарство; через несколько недель всё прошло. Позднее она вновь обращалась к Ганнушкину, который обнаружил у неё депрессивное состояние. По его совету лечилась в нервном санатории, где её пытались лечить гипнозом, но неудачно; стало лучше после физиотерапии.

Вернулась на работу, была чрезвычайно добросовестной, не считалась ни со временем, ни с домашними делами, иногда засиживалась до глубокой ночи. Рассказывала даже о случаях, когда двое суток не возвращалась домой, исправляя опечатки в каком-то воззвании к крестьянам в связи с коллективизацией. Муж сошёлся с другой женщиной, которая от него забеременела. Он рассказал обо всём больной, и она простила его, даже ухаживала за родившимся вне брака ребёнком, считая, что его мать не сможет сделать это достаточно хорошо.

В возрасте 35 лет у И. возникла острая тревога; каждый день ждала ареста. Так продолжалось несколько месяцев.

В 39 лет во время эвакуации (1941 г.) у больной появилась мучительная тревога, была уверена, что её родные погибли; испытывала тоску. Однажды подошла к телеграфному столбу, и ей вдруг показалось, что её мысли по проводам доходили до дочери; пыталась с ней таким образом разговаривать, но ответа не получила. Увидев летящие самолёты, приняла их за немецкие; решила, что в город вошли немцы; прибежала домой, растопила печку, притворилась, что стирает бельё, а сама сожгла все документы, которые у неё были. Думала, что если немцы что-нибудь найдут, её расстреляют или будут жарить на печке. Казалось, что она чем-то виновата в происшедшем несчастье; несколько дней отказывалась от пищи. Считала себя недостойной есть. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Была убеждена, что попала к фашистам. По ночам слышала, как подъезжает машина; думала, что это привозят новых арестованных; больные казались заключёнными. Боялась ходить в уборную, старалась не есть, чтобы не нуждаться в этом. Однажды во время трудотерапии, увидев кучу лоскутов, узнала среди них куски своих платьев, платьев дочери, костюма мужа, клочки одежды всех родных и друзей; поняла, что все погибли. Находилась в больнице несколько месяцев. Потом приехал муж и перевёз её в Москву. Боялась выходить на улицу, требовала строжайшей маскировки, не разрешала даже мешать чай — казалось, что звон ложки нарушает маскировку. Почти всё время лежала, отказывалась от пищи. В голове было пусто — никаких мыслей. Подолгу сидела в углу. Вновь была госпитализирована в психиатрическую больницу. Там решила, что находится не в Москве, а на территории, оккупированной немцами. Боялась разговаривать, чтобы не выдать родных; целыми днями просиживала в углу, отказывалась от пищи; её кормили принудительно. Было тягостно на душе; дни тянулись очень медленно. Три недели вообще не вставала; что с ней происходило, почти не помнит, вспоминает лишь, что беспокоили страхи, казалось, что повсюду господствует фашизм. После того как

Лекция 10

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ, ЛЕГИРОВАННАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Сегодня я остановлюсь на форме, которую, по-видимому, следует рассматривать тоже в качестве самостоятельной.

Больная X., 56 лет

Наследственность. Мать была психически больна. В течение жизни у неё отмечались постоянные колебания настроения. Выраженный психоз — в 39 лет, после родов: была резко возбуждена, пыталась души́ть ребёнка; лечилась в психиатрической больнице, где через год умерла.

Отец энергичный, способный, всегда считался душой компании. Колебаний настроения у него не отмечалось.

В семье пятеро детей. Старшая сестра общительная, уравновешенная. У второй сестры в детстве были «нервные» припадки, но ночам её беспокоили кошмары; очень впечатлительная, обидчивая, невыдержанная. В жизни непрактична, безалаберна. Крайне трудна в общении. Уверена, что её не понимают, притесняют; дома временами ходит голая. Постоянно пишет жалобы на соседей, сослуживцев, ждёт результатов расследований по ним.

Третья сестра и брат здоровы, характером похожи на отца.

Больная с детства выделялась нелюдимостью, дружила лишь с братом. В школьные годы — застенчивая, замкнутая и неоткровенная. Ни с кем из членов семьи не делилась своим внутренним миром; была очень педантичной. Рано проявляла самостоятельность во всём, настойчивость. Возникло желание всё познать. Одновременно с обучением в школе занималась музыкой. Чтобы платить за уроки, работала. По окончании восьми классов общеобразовательной школы поступила в медицинский техникум с психиатрической специализацией. Считалась способной. Не терпела несправедливости, говорила, что у неё «повышенное чувство справедливости, которое иногда доходит до глупости». При этом не столько стремилась обеспечить своё благополучие, сколько «болела душой за других». Жила по принципу «все должны быть вместе». Стремилась к коллективу, но близких друзей не приобрела. Постоянно пыталась найти друзей с высокими духовными запросами. Презирала обеспеченность, никогда не стремилась хорошо одеваться, даже когда уже стала хорошо зарабатывать. Всегда было желание познать что-то новое. Часто посещала концерты, новые театральные постановки. По окончании техникума (больной 20 лет) работала в наркологическом диспансере. Была увлечена работой не столько потому, что её привлекала специальность, сколько из-за встреч с интересными ей людьми. Затем работала медсестрой в приёмном отделении одной из крупных больниц, где увлекалась уже самой работой. Старшие говорили ей, что её «так надолго не хватит», что она «быстро сго-

рит». За что бы больная ни бралась, всё делала с большим увлечением, не чувствовала усталости, однако всё быстро надоедало, ко всему пропадал интерес. Через полтора года поняла, что медицина — не её призвание. В двадцать один год поступила на курсы радиооператоров, по окончании которых работала на аэродроме. В то время переживала особый подъём, проявляла себя на работе с наилучшей стороны и была направлена в институт гражданского воздушного флота, где не прошла по физическим данным. Поступила в Ленинградский радиотехнический институт, в котором училась с 23 до 29 лет. Считалась способной, особенно хорошо успевала по математике, решала сложные упражнения безо всякого усилия, «на ходу». По-прежнему круг интересов был широк — музыка, искусство, лекции по различным отраслям знаний. Как и раньше, часто находилась в коллективе, но друзей не имела, мужское общество избегала, ухаживания мужчин отклоняла.

Колебаний настроения все эти годы не отмечалось. Всегда была активной, энергичной, без чувства усталости. Смело выступала против замеченных ею недочетов, хотя иногда не возникало желания отстаивать свою правоту, писать жалобы в какие-либо инстанции, как это было свойственно её сестре.

По окончании института работала инженером. Отличалась стремлением не стоять на месте, совершенствовать свои знания. Расширяла свой кругозор за счёт знакомств с людьми различных специальностей. Всегда была в курсе нового в науке.

Во время войны перенесла блокаду. Отказывалась от всех льгот, на которые имела право, как работавшая на военном заводе. Отдавала почти весь свой паёк голодавшим. Заболела психически, находясь в эвакуации в возрасте 36 лет. О том периоде имеются очень скудные сведения (Х. о болезни ничего не сообщает). Известно лишь со слов сестры, что заболевание началось остро. Больная резко возбудилась при отказе директора завода отпустить её в Москву, набросилась на него с ножом, грозила убить. Была направлена в психоприёмник и привезена в Москву, где её поместили в психиатрическую клинику в состоянии резкого психомоторного и речевого возбуждения. Состояние больной характеризовалось возбуждением со скачкой идей, многоречивостью, отвлекаемостью без повышенного аффекта — преобладали раздражительность, злобность и агрессивность. Первое время недружелюбно относилась к сестре, была малодоступной, на вопросы почти не отвечала: «Пусть отвечают те, кто меня сюда привёз»; при этом добавляла: «Вёз шофёр в картузе, а потом в пилотке, значит, имеет отношение к лётному делу, полёт, лёт, вылет — вот я и вылетела». Держалась в стороне от других больных. Затем стала более контактной, шумной, многоречивой; речь была полна символики, витиеватая, отмечались ассоциации по созвучию. Режиму не подчинялась. Была легко возбудима, во время возбуждения цинично бранилась, проявляла негативизм, временами — манерность и дурашливость. Врачи отмечали в поведении больной много особенностей, напоминавших проявления гебефрени. Осознание болезни отсутствовало. Мало спала, была истощена, выглядела утомлённой.

Если в начале пребывания в больнице возбуждение было ближе к кататоническому с гебефреническими чертами, то в последующем на первый план вы-