

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>От автора</i> .....	7
<i>Предисловие</i> .....	8
<b>Глава 1. Аутизм у взрослых и детей</b> .....	9
<b>Глава 2. Шизофрения</b> .....	96
<b>Глава 3. Аффективные психозы</b> .....	154
<b>Глава 4. Психопатии</b> .....	182
<b>Глава 5. Кризисные состояния(острые аффективные реакции) и возрастные модели поведения</b> .....	260
<b>Глава 6. Неврозы и психосоматические заболевания</b> .....	293
<b>Глава 7. О конформности и конформизме</b> .....	326
<b>Глава 8. Олигофрения</b> .....	343
<b>Глава 9. Экзогенные психозы и резидуальные состояния</b> .....	374
<b>Глава 10. Алкоголизм и наркомания</b> .....	391
<b>Глава 11. Эпилепсия</b> .....	418
<b>Заключение</b> .....	442
<b>Список рекомендованной литературы</b> .....	444

## **Глава 2 | Шизофрения**

**Шизофрения** — полиморфное психическое расстройство или группа психических расстройств, связанное с распадом процессов мышления и эмоциональных реакций. Шизофренические расстройства в целом отличаются характерными фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. Наиболее частыми проявлениями болезни являются слуховые галлюцинации, параноидный или фантастический бред либо дезорганизованность речи и мышления на фоне значительной социальной дисфункции и нарушения работоспособности.

В 1908 году швейцарский психиатр Эйген Блейлер описал шизофрению как самостоятельное заболевание, отличающееся от деменции и ввел этот термин в психиатрию. Он доказал, что болезнь не обязательно возникает в молодые годы, а может развиться и в зрелом возрасте. Ее главная особенность — не слабоумие, а «нарушение единства» психики, в том числе нарушение ассоциативного мышления. Многообразие симптоматики породило дебаты о том, является ли шизофрения единым заболеванием или представляет собой диагноз, за которым кроется ряд отдельных синдромов. Эта неоднозначность была отражена при выборе названия: Блейлер использовал множественное число, именуя болезнь шизофрениями.

Общий риск заболевания, по данным исследований, составляет 0,4–0,6 % (4–6 случаев на 1000 человек). Мужчины и женщины заболевают примерно одинаково часто, но у женщин имеется тенденция к более позднему началу болезни.

Шизофрения является одной из основных причин, приводящих к инвалидности. Однако течение болезни обнаруживает значительное многообразие и не связано с неизбежностью хронического развития или прогрессирующего нарастания дефекта. Представление (прежде общепринятое), что шизофрения является постоянно прогрессирующими заболеванием, в настоящее время частью психиатрического сообщества отвергается. В числе факторов, обуславливающих более благоприятное течение, — женский пол, преобладание позитивных (в противовес негативным) симптомов, больший возраст при первом эпизоде, хороший уровень функционирования до болезни, принятие и поддержка со стороны близких и знакомых и др. Несмотря на это, большинство специалистов смотрят на сегодняшние перспективы больных шизофрении с достаточной долей пессимизма. Я тоже так думаю. Это относится

■ к возможности благоприятного патоморфоза болезни, и к более или менее гармоничному и устойчивому возвращению в социум.

Шизофрения — наиболее часто встречающееся заболевание, практически все аспекты которого (определение, границы, симптоматология, диагностика, исход, прогноз) остаются дискуссионными со временем описания и до сих пор.

Противоречивы представления о частоте шизофрении, особенно у младших детей, о возможности возникновения ее во внутриутробном периоде либо в самые первые годы жизни ребенка, о степени своеобразия картин, типов течения и исхода ее у детей. Весьма и весьма спорны представления о существовании «мягких», «амбулаторных», «вялотекущих», «субклинических», «бессимптомных» форм шизофрении у детей, равно как и представления о существовании таких «бурных» или «галопирующих» ее форм, которые заканчиваются глубоким слабоумием, полной утратой всей психической деятельности и речи, переходом в идиотию. В этой связи требуют прояснения вопросы об отношении детской шизофрении к олигофрении, некоторым психопатическим состояниям, «детскому слабоумию» (*dementia infantilis*) Геллера, атонической олигофрении Мнухина и многим другим. Вопросам отграничения детской шизофрении от вышенназванных расстройств будетделено специальное внимание в соответствующих разделах этой и других глав книги.

Клинического определения шизофрении, которое не включало бы в свой состав названий симптомов, не существует. Определения шизофрении, использующие диагностически значимые признаки, логически эквивалентны, поскольку опираются на определяющий признак, находящийся в составе самого определения.

Наличие или отсутствие в клинической картине тех или иных психопатологических феноменов не всегда служат надежной опорой для диагностики, поскольку специфичность их далеко не абсолютна.

В основу международной классификации болезней положены описанные К. Шнайдером симптомы первого ранга, диагностическое значение которых по-разному оценивается психиатрами, перечень их не включает ни расщепления психических функций, ни аутизма, как феномена инобытия, ни особенностей контакта с пациентом. Процессуальность и специфический исход — весьма существенные признаки шизофрении, но не всеобъемлющие и не полностью отражающие ее

суть. Вероятно, суть шизофрении должна рассматриваться как слом самих основ психической жизни, кардинальных изменений преморбидного «я», само- и мироощущения пациента, которые в свою очередь являются следствием и проявлением первичного сбоя психики, заложенного в генетической программе. Нозологический и онтологический подходы к пониманию шизофрении не исключают, а гармонично дополняют друг друга и особое существование пациента при шизофрении следствие, а может быть, и суть программы развития болезни.

Следование этой концепции предполагает отказ от традиционной медицинской модели, разделяющей болезнь и личность пациента, как это имеет место при соматических заболеваниях, и принятие справедливым положения, что при шизофрении неотвратимо и достаточно быстро происходит разрушение ядра личности и замена его шизофренической сущностью. Шизофрения, как будет неоднократно повторено по мере чтения и усвоения предлагаемого текста, пронизывает личность, потому больному не суждено узнать, когда случилось с ним это несчастье, если оно, не дай боже, случилось. Поскольку таким образом врач имеет дело с больным и его болезнью в одном лице, то сбор субъективного анамнеза становится одним из методов исследования и диагностики, требующих высокой квалификации психиатра.

Оценивая сведения, полученные от пациента, нужно учитывать возможность смешивания фактов биографии с патологическими переживаниями, то, как изменился субъективный мир больного, его отношение к реальности и к другим людям, уловить, «почувствовать» эту измененность. Эта фиксируемая врачом и поначалу самим пациентом и, может быть, его близкими «измененность», по-видимому, и есть основное расстройство, то целое, что не выводится из элементов (брэда, галлюцинаций и пр.). Это знак перехода в инобытие, феномен, который не может быть диагностирован с помощью обычной шкалы вопросов, так как материальные способы исследования — плохой инструмент для познания душевного мира человека.

В постижении идеального рациональное познание должно подкрепляться интуицией. При всей готовности и способности понять другого, при общении с аутичным больным ощущается лишь странность, чужость, холодность, инопланетарность, недоступная пониманию инакость пребывающего в инобытии «я» больного.

Логика и психология аутистического инобытия ни с чем не сравнимы, и недоступность его для понимания здоровой психикой нужно

принять как данность. Глупо представлять дело так, что больные шизофренией понимают друг друга лучше. Каждый пребывает в своем инобытии. Невозможность проникновения через стену, ограждающую инобытие больного, является неустранимой сущностью, составляющей основу шизофренического психоза. Следует при этом отметить, что, несмотря на отсутствие душевного контакта и ощущения партнерства (беседа без собеседника), разговор с аутистом может протекать в русле заданной темы, а его поведение внешне выглядеть разумным.

Совпадающая с началом болезни аутистическая трансформация личностного мира, изменившееся восприятие собственного «я» и окружающего, наполненного новыми смыслами и скрытыми значениями, переживается как катастрофа. Это определяет природу и специфику психической жизни при шизофрении на ранней стадии психоза в большей мере, нежели формальная симптоматика в виде расстройств мышления, извращенного аффекта и т. п.

Поскольку мостик, соединяющий психику с материальными процессами, пока не обнаружен, психическое остается замкнутым в самом себе и естественно-научному изучению поддается плохо. Применение методологии соматической медицины к изучению психических болезней в целом и интенсивный поиск соматоза шизофрении в частности не привели к ожидаемым результатам. Удручающая скучность этих результатов — залог бесперспективности насильтственного внедрения психиатрическую практику так модного нынче принципа доказательности. «Шизофреническое расстройство располагается в самой психической организации... психические нарушения органической природы не соответствуют феноменологии шизофренического процесса» (М. Блейлер).

К. Ясперс и К. Шнайдер, имея в виду большие психозы (шизофрению и маниакально-депрессивный психоз), говорили о «чистой психиатрии», которая не является такой же ветвью медицины, как соматические болезни, что психические болезни — это особые формы реагирования человеческой сущности и к ним медицинские критерии приложимы не всегда. За этими высказываниями стоит большая правота, но не надо понимать их слишком упрощенно. И Ясперс, и Шнайдер в своей научно-профессиональной деятельности прекрасно сочетали онтологический и клинико-психопатологический подходы к пониманию психических расстройств, в частности шизофрении.

Наши гениальные предшественники благодаря таланту и непревзойдённости в море психических расстройств искали и находили закономерности и взаимосвязи, структурировали и гармонизировали психиатрию как научную дисциплину.

Основатель нозологического направления в психиатрии Э. Крепелин объединил под названием «раннее слабоумие» внешне различные симптомокомплексы (кататонию К. Кальбаума, гебефреню Е. Геккера и параноидное слабоумие, а в дальнейшем добавил «простой подтипы»), полагая стержневым элементом психоза прогредиентное течение, приводящее к единообразному распаду психики.

Э. Блейлер усовершенствовал концепцию раннего слабоумия, введя понятие расщепления психики, изменил название психоза. Именно Блейлер предложил название «шизофрения» (от греч. *schizo* — «расщепляю» и *phren* — «мысль», «душа»), чтобы указать на расщепление психических функций — признак, который он считал центральным при этом заболевании. Полагая бред и галлюцинации вторичной симптоматикой, первичными и главными расстройствами при шизофрении Блейлер считал нарушения мышления. Он же обозначил уход больного шизофренией в мир фантазий термином «аутизм».

В дальнейшем и вплоть до сегодняшнего дня этот термин толкуется слишком широко, понимается неоднозначно, приводит к диагностическим разнотениям и несопоставимым статистическим результатам.

К. Ясперс предложил разработанный им и Э. Гуссерлем феноменологический метод в качестве ключевого элемента диагностики инобытия, основного расстройства при шизофрении, — метод изучения психопатологических феноменов, основанный на их непосредственном описании пациентом. В основу диагностики он положил разработанный им метод интроспекции, имеющий целью понимание психопатологических явлений в том виде, как их переживает больной.

В основе феноменологического метода лежит воображение. Альберт Эйнштейн когда-то сказал: «Воображение важнее знания. Знание ограничено. Воображение охватывает весь мир». Переполнение формальным знанием далеко не всегда идет параллельно с повышением сообразительности. Знанием иногда полезно пренебречь. «Чрезмерное чтение не только бесполезно, так как читатель в процессе чтения заимствует чужие мысли и хуже их усваивает, чем если бы додумался до них сам, но и вредно для разума, поскольку ослабляет его и приучает

«прыгать идеи из внешних источников, а не из собственной головы» (А. Шопенгауэр). В психиатрии эрудиция не тождественна квалификации, многознание вполне может сочетаться с диагностической беспомощностью. Высококлассная диагностика, в частности шизофрении, без воображения, способности «представить себе» проблематична.

По К. Шнайдеру, психопатолог, пользуясь феноменологическим методом, «всегда является одновременно дистанцированным и участвующим врачом, который не только наблюдает и констатирует признаки болезни, но и делает самого себя инструментом исследования, пытается проникнуть в сущность и воспроизвести в себе то, как душевное произошло из душевного». К. Шнайдер вернулся к предпринимавшимся еще А. Крепелина попыткам выделить наиболее диагностически значимые группы симптомов и ввел понятие специфических для шизофрении симптомов первого ранга: бред воздействия со стороны внешних сил; бред в то, что мысли воруются кем-то из головы либо вкладываются в них; «звучание собственных мыслей»; ощущение того, что содержание мыслей становится доступно другим людям; голоса, комментирующие мысли и поступки человека либо разговаривающие между собой.

Следуя рекомендациям МКБ-10, мы сегодня оказываемся ближе к подходам, существовавшим до Крепелина и к взглядам Шнайдера, нежели к другим, отдаляемся от нозологического принципа и приближаясь к синдромологической парадигме.

В основу диагностики шизофрении А. В. Снежневским положен тип течения болезни. Снежневский выделяет три типа течения шизофрении: прерывный, приступообразно-прогредиентный или шубообразный и периодический (рекуррентный, возвратный).

Разница между приступообразно-прогредиентным и периодическим типами течения заключается в том, что при приступообразно-прогредиентном типе после каждого перенесенного приступа отмечаются заметные изменения личности, как бы ступенеобразное снижение личности. При периодическом типе течения заметные изменения личности появляются лишь после четвертого-пятого приступа, а между приступами отличается высоким качеством ремиссии, что позволяет называть его интермиссией. Классификация А. В. Снежневского, включающая «периодическую» шизофрению, предполагает возможное вполне благоприятное течение шизофрении, существенно ширящее и размывающее ее границы и крайне осложняет дифференциальную диагностику с циркулярными и другими психозами, не поражающими основы личности.

## Глава 11 | Эпилепсия

По непонятным мне причинам чьим-то чиновничим решением эпилепсия исключена из официального перечня психических болезней. Я, старый психиатр, в далекие годы под руководством моего учителя, выдающегося эпилептолога и детского психиатра профессора Самуила Семеновича Мнухина, вплотную занимавшийся эпилепсией у детей, посчитал это решение безграмотным и неполезным и счел не только необходимым, но и делом чести посвятить этой столь важной для детского возраста проблеме специальную главу.

**Эпилепсия** — нервно-психическое заболевание, которое проявляется повторными приступами расстройств сознания или витальной эмоциональности с судорогами или без них, имеет прогредиентное течение и приводит к нарастающим изменениям личности или специальному эпилептическому слабоумию.

Распространенность достигает 4–5 больных на 1000 всего населения, а из общего числа детей, когда-либо страдавших припадками (эпилептическими или эпилептиформными), — вчетверо больше.

Самым известным проявлением эпилепсии как у взрослых, так и у детей являются припадки, для которых характерны: внезапность начала и окончания, выключение или изменение сознания, кратковременность, повторяемость, стереотипность.

Любая классификация приблизительна и не может охватить большинство и разнообразие реальной действительности, и чем строже следовать классификационной схеме, тем скорее за ее рамками останется множество «атипичных» случаев. Припадочные состояния у детей можно условно разделить на две группы: встречающиеся и у взрослых, но с особенностями, присущими детскому возрасту, и характерные почти исключительно для детей и подростков в определенные возрастные периоды.

Не следя какому-либо конкретному принципу (этиопатогенетическому, клиническому, возрастному, электрографическому и т. п.), а исключительно для простоты и удобства в первой группе можно выделить судорожные и бессудорожные формы. Судорожные — *general*, abortивный тонический, abortивный клонический, джексоновский моторный, адверсивный.

Бессудорожные — abortивная аура, малый приступ, эпилептический автоматизм (психомоторный, психосенсорный), психический эквивалент (расстройства сознания, настроения), джексоновский сенсорный.

**Картина генерализованного судорожного приступа (большой, *grand mal*)** хорошо описана в руководствах по психиатрии и неврологии. Детям свойственна относительно большая выраженность и продолжительность тонической фазы. Кроме того, особенно в раннем возрасте, приступ в целом может быть дольше, чем у более старших, и судороги не всегда симметричны. В ряде случаев у одного и того же больного преобладают то справа, то слева.

**Абортитные (прерванные, неполные, незавершенные) приступы** часто наблюдаются у детей в начале болезни. Нередко в процессе лечения большие судорожные приступы трансформируются в abortивные, что считается признаком положительной динамики. При abortивных приступах одна из фаз не выражена, иногда судороги не генерализуются (ограничиваются мимической мускулатурой, мышцами шеи, рук).

**Джексоновские приступы (моторные)** — следствие эпилептического разряда в двигательной коре одного из полушарий. При типичном джексоновском приступе — клонические судороги. Начинаются они, в зависимости от локализации очага в правой или левой передней центральной извилине, с судорог в той или иной области конечности (пальцы руки, ноги), лицевой мускулатуры справа или слева и с развитием приступа могут распространяться, вовлекая другие двигательные области коры. Если судороги носят местный характер, то сознание сохраняется. Джексоновский приступ у детей может проявляться не клонической, а тонической судорогой, охватывающей конечность или половину тела, но чаще мы видим у детей лишь джексоновское начало, а в связи со склонностью детского мозга к иrradiации возбуждения джексоновский приступ обычно генерализуется в *grand mal*.

Одной из форм частичных судорожных приступов являются **адверсивные**: поворот в ту или другую сторону головы и, обычно, глазных яблок. Иногда адверсией охватывается все туловище. Часто адверсия переходит в общий приступ. Адверсивные приступы возникают при очаге в премоторной зоне лобной коры противоположного полушария.

Среди бессудорожных форм следует отметить **малый приступ** (*petit mal*), который выражается во внезапной кратковременной утрате сознания без нарушения статики и практически без двигательной

компоненты (могут быть лишь минимальные подергивания мимических мышц). Именно так описывал малые приступы В. Говерс. При малых припадках эпилептический очаг в верхних отделах ствола в системе нейронов, симметрично соединяющихся с обоими полушариями мозга в центрэнцефалической системе.

В. Леннокс и Д. Янц относят к малым и пропульсивные, и миоклонические, и ретропульсивные, то есть припадки разной природы, объединенные признаком «бессудорожности». А. Крайндлер включает в понятие «малые припадки» все пароксизмальные явления с внезапными расстройствами сознания и причисляет к малым также психомоторные и психосенсорные приступы. Вряд ли это целесообразно, поскольку получается, что все, что не большое, — то малое. Это не способствует единому представлению о клинике малых припадков.

### **Психомоторные припадки или эпилептические автоматизмы**

Общими для взрослых и детей являются «коральные автоматизмы» — причмокивающие или облизывающие движения на фоне помраченного сознания, а кроме того, автоматизмы с различной степенью сложности движениями, сочетающимися со страхом, отрывочными галлюцинациями, произнесением отдельных слов или невнятным бормотанием; иногда могут быть довольно сложные действия — больной раздевается, рвет бумаги, перекладывает их и т. д. К психомоторным относят и так называемые ротаторные приступы, во время которых больной совершает вращения вокруг вертикальной оси тела.

**Психосенсорные припадки** выражаются в нарушениях ощущений и восприятия собственного тела и окружающего: тело ощущается невесомым, части его воспринимаются искаженно. Эти припадки нередко сопровождаются страхом, двигательным беспокойством, оборонительного или ориентировочного характера. Иногда может быть ощущение покалывания, мельтешения перед одним глазом. Психосенсорные припадки возникают при очагах в височной, теменной, затылочной областях.

**Психические эквиваленты** — состояния, заменяющие судорожный припадок в виде пароксизмальных расстройств настроения (дисфория, экстаз) и сознания (делирий, сумеречное расстройство). В школьном возрасте наблюдаются пароксизмы сумеречных состояний, во время которых больной бросается бежать, бежит некоторое время, а затем приходит в себя. Это так называемые фуги. Длительные сумеречные состояния, во время которых больной преодолевает большие

расстояния, называются трансами. Иногда они не очень продолжительны — больные проходят мимо своего дома, проезжают нужную остановку.

К бессудорожным пароксизмам относят «особые» (М. О. Гуревич) и сновидные (*dream states* Дж. Джексона) состояния с фантастическими грезоподобными переживаниями. Они отличаются от пароксизмов с сумеречным расстройством сознания отсутствием полной амнезии периода помрачения сознания. Больной амнезирует лишь окружающую обстановку, а грезоподобные переживания сохраняются в памяти.

Психические эквиваленты могут быть в виде дисфорий с тоскливо-злобным аффектом с агрессией и аутоагressией (прижигают кожу сигаретой, царапают себя). Могут быть пароксизмальные депрессии, отличающиеся от циклотимических внезапностью начала и конца. Они могут сопровождаться импульсивными влечениями к алкоголю, поджогам, бродяжничеству. Реже наблюдается аффект в виде экстатического состояния с переживанием восторга, блаженства.

Детская эпилепсия отличается от эпилепсии у взрослых большей атипичностью и abortivностью припадков, большей частотой локальных акцентов в структуре припадков и их полиморфностью. Кроме того, у детей чаще, чем у взрослых, может наступать эпилептический статус, когда припадки следуют один за другим без прояснения сознания между ними. С. С. Мнухин описал у детей **статусную** форму эпилепсии, протекающую только в виде статусов, и объяснял особенности их клинического оформления (подкорковый характер приступов с выраженной гипертермической компонентой, склонность к периодичности и сезонности) патологией гипotalамических структур.

Практически только у детей бывают **автоматизмы** в форме «ночных страхов», снохождений и сноговорений. При ночных страхах ребенок среди сна кричит или бормочет, вскакивает, беспокоится, нередко делает оборонительные движения, лицо выражает страх, сознание глубоко нарушено, не узнает окружающих, контакт с ним невозможен. Длительность приступа несколько минут, после чего ребенок засыпает и наутро о случившемся не помнит.

При снохождениях и сноговорениях дети встают с постели, ходят по комнате, перебирают вещи, убирают постель, иногда выходят на улицу. Длительность обычно несколько минут, редко дольше. Если пароксизм длится часами, то это уже психический эквивалент в форме транса.

К вопросу о «лунации». В одних случаях сомнамбулизм — невротическое снохождение, в других — это эпилептический автоматизм, при котором ребенок среди сна внезапно встает, на фоне глубокого нарушения сознания совершает ряд сложных действий и через несколько минут (редко дольше) ложится спать в любом месте. Разбудить его во время приступа невозможно.

В отличие от невротических снохождений эпилептический сомнамбулизм более элементарен и стереотипен, не связан с яркими сновидениями или дневными впечатлениями. При нем возможны непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Если нет других эпилептических симптомов, то диагностика трудна. Отличие эпилептических снохождений от невротических еще и в том, что первые могут быть и при дневном сне. ЭЭГ характерна для височной эпилепсии, противоэпилептическое лечение дает хороший эффект.

Среди припадочных состояний, встречающихся только у детей и подростков, особого внимания заслуживают самые неблагоприятные в прогностическом отношении **пропульсивные припадки**. Другие их названия — молниеносные и кивательные припадки, инфантильные спазмы, гибательные спазмы, клевки и кивки.

**Молниеносные припадки (*Blitz-krampf*)**, клевки — это резкие, внезапные судорожные импульсы, выражющиеся в стремительном броске головы и туловища вперед, с вытягиванием вперед или разведением в стороны рук. Кто видел припадок, сразу вспомнит сходство с клевком. При падении больные расшибаются. Длительность — мгновение. Сопровождаются относительно глубоким помрачением сознания и заканчиваются короткой, но отчетливой послеприпадочной разбитостью. Клевки протекают в виде отдельных приступов, до 10–15 раз в течение дня.

**Кивательные припадки (*Nick-krampf*)**, кивки — это приступы с меньшей интенсивностью и распространенностью судорожного импульса, проявляются они наклоном головы либо головы и лишь верхней части туловища и отсутствием заметных послеприпадочных нарушений. Нередко эти припадки протекают сериями, после которых может наблюдаться оглушение.

**Салаамовы приступы (*Salaam-krampf*)** описываются в виде постепенных тонических наклонов головы и туловища вперед, напоминающих восточное приветствие, откуда и получили свое название.