


**А.В.Снежневский**

# **ШИЗОФРЕНИЯ**

*Цикл лекций 1964 г.*

*Ответственный редактор  
профессор В.С.Ястребов*

*3-е издание*

 Москва  
«МЕДпресс-информ»  
2019

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. — 3-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2019. — 160 с. ISBN 978-5-00030-596-6

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 978-5-00030-596-6

© 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

---

<b>Предисловие</b> .....	4
<b>От редактора</b> .....	5
<b>Лекция 1.</b> Основные формы шизофрении .....	8
<b>Лекция 2.</b> Особенности течения юношеской шизофрении .....	23
<b>Лекция 3.</b> Случаи юношеской шизофрении, протекающей относительно благоприятно .....	42
<b>Лекция 4.</b> Параноидная шизофрения .....	59
<b>Лекция 5.</b> Случаи благоприятно, или мягко протекающей шизофрении. Неврозоподобная картина .....	73
<b>Лекция 6.</b> Варианты поздней шизофрении .....	86
<b>Лекция 7.</b> Периодическая шизофрения, онейроидная кататония .....	101
<b>Лекция 8.</b> Периодическая шизофрения, циркулярный вариант .....	114
<b>Лекция 9.</b> Периодическая шизофрения, депрессивно-параноидный вариант .....	128
<b>Лекция 10.</b> Промежуточная, легированная шизофрения .....	139
<b>Именной указатель</b> .....	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 катанестического 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.Краерелин<sup>1</sup>, А.Н.Бернштейна<sup>2</sup>, И.М.Балинского<sup>3</sup>, О.В.Кербикова<sup>4</sup>, Г.Е.Сухаревой<sup>5</sup> 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

---

<sup>1</sup> ▲ 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. ▼

<sup>2</sup> ▲ 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. ▼

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

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

<sup>6</sup> 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 тиражом<sup>1</sup>. 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-

<sup>1</sup> 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 ШИЗОФРЕНИИ<sup>1</sup>

---

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;

---

<sup>1</sup> 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

---

## 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-

---

## Лекция 3

# СЛУЧАИ ЮНОШЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНО БЛАГОПРИЯТНО

---

Я вчера говорил, что в юношеском возрасте шизофрения не всегда течёт злокачественно, что значение возраста нельзя преувеличивать. И в этом возрасте нередко наблюдаются случаи шизофрении, которые протекают более благоприятно.

### *Больной С., 18 лет*

В роду психических заболеваний не было. Мать добрая, отзывчивая, заботливая. Отец требовательный, властный, вспыльчивый.

Больной — единственный ребёнок в семье. Родился в срок, развивался правильно. Рос избалованным, капризным ребёнком, любил играть со сверстниками в шумные игры. В детстве перенёс корь.

В шестилетнем возрасте сильно ушиб колено, после чего, позже, у него был обнаружен туберкулёз коленного сустава; лечился в костнотуберкулёзном санатории. Выздоровел, но, по совету врачей, шадил ногу, старался меньше ходить, некоторое время находился под врачебным наблюдением.

В школу поступил восьми лет, учился плохо, особенно отставал по математике, но переходил из класса в класс. Уроки готовил долго. С восьмилетнего возраста — онанизм. В школьные годы был тихим, послушным, дружил только с одним мальчиком, доверял ему.

Любил читать, фантазировать, мечтал быть спортсменом, но из-за болезни колена в прошлом был освобождён от занятий физкультурой. Родители постоянно напоминали ему о необходимости беречь ногу. Это его раздражало. С десяти лет увлекался музыкой, поступил в музыкальную школу. Занимался с интересом; преподаватели считали, что у него незаурядные способности, но из-за плохой техники требовали, чтобы он больше занимался; он же ленился.

Никогда не было уверенности, что правильно сыграет упражнение. Вскоре занятия музыкой оставил. Увлекался чтением фантастической и приключенческой литературы, читал запоем, просиживал за книгами ночами.

В шестом классе (14 лет) стал хуже учиться, появилась неуверенность в ответах, легко терялся, смущался, труднее было усваивать материал. Изменился по характеру: стал раздражительным, вспыльчивым, более замкнутым; пропал интерес к учёбе; часто прогуливал занятия; на замечания преподавателей дерзил.

В 15 лет заметил, что у него необычно бледный цвет лица, стал подолгу тщательно рассматривать своё лицо в зеркале, решил, что он худой и ему на-

до заниматься физкультурой, чтобы поправиться. Позже заметил, что у него некрасивые, непропорциональные черты лица. Настроение преобладало пониженное; смотря в зеркало, жалел себя. Продолжал встречаться с товарищем, но о своём «уродстве» с ним не говорил. Плохо спал ночами, временами скрывал свои переживания. В школе замечал, что окружающие косо на него смотрят, указывая на его «уродство». По взглядам понимал, что одни ему сочувствуют, другие смотрят осуждающе, третьи делают вид, что ничего не замечают. Ходил с низко опущенной головой. Решил, что ликвидирует «уродство» физкультурой, приобрёл большое количество книг по физкультуре, множество медицинских учебников, внимательно изучал их, применяя к себе различные физические упражнения. Придя в школу, подолгу занимался различными гимнастическими упражнениями. Почти не выходил на улицу, казалось, что прохожие также обращают внимание на его «уродство». Занимаясь упражнениями, замечал, что после них лицо становится менее бледным; мысли об «уродстве» ослабевали. Продолжал заниматься онанизмом; ночной сон был плохим. Казалось, что ученики в школе взглядами давали ему понять о сочувствии ему. Во время летних каникул усиленно занимался штангой, считал, что таким образом совершенствует свою фигуру. С осени, во время обучения в девятом классе, продолжая заниматься штангой, заметил, что на некоторое время стало легче усваивать предметы, запоминать, решать математические задачи, но это облегчение было кратковременным. Трудно было находиться в обществе, решил оставить [обычную] школу, перевёлся в вечернюю. В течение дня сидел дома; подолгу проделывал различные физические упражнения, что занимало почти всю первую половину дня. Затем «воспитывал свою волю», старался отогнать мысли об «уродстве». По-прежнему много читал: медицинскую литературу, книги по физкультуре, фантастические романы. Перестал встречаться со своим единственным другом. В вечерней школе также казалось, что на него постоянно обращают внимание. Перевёлся в другую школу, но и там «окружающие косо посматривали» на него, видимо, сочувствовали ему. Решил, что у него костное заболевание, отчего — непропорциональные черты лица, вся фигура; он худой и бледный. Школу вскоре бросил. Рассказывал родителям о своём «уродстве», на что получил ответ, что он для них лучше и красивее всех. Не поверил им, решил, что родители пытаются успокоить его, хотя им самим тяжело.

Устроился в третью вечернюю школу, с трудом окончил 10 классов, после чего поступил на работу слесарем. По-прежнему мысли о физическом недостатке не покидали его, тяжело было находиться среди людей, «видел», что одни сочувствуют ему, другие смотрят на него с ужасом. Решил выбрать профессию шофёра, чтобы быть одному, но на курсах заниматься было трудно. Приходилось постоянно быть среди людей. Вскоре оставил курсы шофёров, вновь поступил на завод слесарем, где работает в настоящее время. В зеркало смотрелся редко, не хотелось расстраиваться. По-прежнему читал медицинскую литературу, пришёл к заключению, что у него заболевание костей, неизвестное науке.

В 17 лет заметил, что у него изменилась походка: она стала необычайно лёгкой, движения — размашистыми, неуклюжими, отчего прохожим ещё

больше бросались в глаза его «уродливое лицо и фигура». Усиленно занимался физкультурой, но улучшения не наступило. Обратил внимание, что после физических упражнений лицо ещё больше бледнело. Понял, что это вредит его организму. Настроение было подавленным; казалось, что говорят о его «уродстве», за глаза называя «уродиной»; стал злобным, раздражительным; почти не спал ночами; испытывал страхи; при постукивании по костям слышал пустой, звенящий звук. Обратился к терапевту, после консультации был направлен к психиатру и стационарирован в больницу.

**Психический статус.** В отделении малообщителен, разговаривает с двумя больными, сверстниками. Временами тревожен. Обращается к врачу, просит провести ему тщательное обследование, считая, что у него тяжёлое заболевание, неизвестное медицине.

В беседе насторожен, боится, что кто-нибудь из больных подслушает беседу и будет смеяться. Решил, что у него заболевание костей, возможно, связанное с нарушением в эндокринной системе. Считает, что кости у него полые. При постукивании слышит «суховатого окостеневающего звук». Уверен, что это является причиной «уродства» его лица и фигуры, а вероятно, и походки. Окружающие здесь, в больнице, обращают внимание на его «уродство», но делают вид, что не замечают. По взглядам некоторых больных видит, что они ему сочувствуют.

Не может управлять своими движениями; походка неестественная, размашистая, на что сейчас больше всего обращает внимание.

Убеждён, что у него некрасивое, худое, бледное лицо с непропорциональными чертами, длинные «плетки-руки», короткие бёдра, длинное туловище. В беседах окружающих слышит недоброжелательные разговоры о себе. Заявляет, что ряд больных подсматривают за ним с целью узнать о его заболевании. Жалуется на рассеянность, забывчивость, не может сосредоточиться. Временами испытывает головные боли. В зеркало старается не смотреть: «Становится тяжелее». Раньше его всё интересовало, сейчас мелочи не интересуют. Поглощён своими переживаниями, рад поделиться с матерью, но от этого не становится легче. Болезнь изменила всё окружающее, но не может сказать как. Галлюцинаций нет. Соматическое состояние без отклонений.

*(Входит больной.)*

— *Здравствуйте.*

— *Здравствуйте.*

— *Садитесь. Видите, какой большой консилиум. Это не смущает Вас?*

— *Нет, не смущает.*

— *Что Вас привело в больницу?*

— *В больницу меня привело то, что с восьмого класса я почувствовал, что... Вернее, стал замечать, что у меня внешность, лицо стало терять...*

— *Что стало терять?*

— *Стала какая-то некрасивая форма, пропорции.*

— *В чём непропорциональность?*

— *У меня было такое худое, цвет лица был такой...*

— *Бледный?*



- Да, да.
- *А сейчас, как Вы думаете? Лицо Вас не удовлетворяет?*
- Да.
- *Когда это произошло?*
- Я вообще до восьмого класса не замечал.
- *Стали замечать постепенно или сразу бросилось в глаза?*
- Сразу бросилось. Я пришёл из школы, посмотрел в зеркало и сразу началось.
- *И это Вас мучило?*
- Навязчиво сидело.
- *И когда стали замечать, что окружающие будто бы обращают внимание на Ваше лицо?*
- С этого момента стали замечать окружающие.
- *Почему появилась уверенность, что окружающие обращают внимание на лицо?*
- Потому что я сам видел, что у меня было с лицом. Была наблюдательность сильная.
- *Обострённая?*
- Да, я видел, как на меня обращали внимание.
- *И что же, они сочувственно относились или с неприязнью смотрели на Вас?*
- Некоторые сочувственно, другие неприязненно, другие старались не замечать.
- *Вы сторонились людей, реже выходили на улицу?*
- Да, с этого момента я стал меньше выходить на улицу и сторониться людей.
- *Потом что появилось?*
- Потом у меня появилось что-то с походкой, неудачно ходить как-то стал.
- *Казалось, что фигура непропорциональная?*
- Казалось, что конечности меньше.
- *Сейчас тоже об этом думаете?*
- Сейчас мне тоже кажется.
- *И постоянно этими мыслями заняты?*
- Да, эти мысли – они мне мешают жить.
- *Никогда не бывает сомнений, что, может быть, Вы неправы, что это Вам кажется, что эти мысли – болезненные?*
- Нет, есть это. Я считаю, что это костная болезнь.
- *Но ведь врачи её у Вас не находят. Вы не верите врачам?*
- Верю.
- *Значит, костной болезни нет?*
- Я не знаю... Значит, нет, но...
- *Изменились Вы по характеру?*
- Я изменился, на окружающее стал обращать внимание не так, как до восьмого класса обращал, уже меньше стал замечать всякие оттенки в жизни.
- *Меньше стали жизнью интересоваться?*
- Да.

- *Отгородились от жизни?*
  - Стал меньше интересоваться жизнью.
  - *Почему?*
  - Потому что не давали эти мысли.
  - *Ещё что произошло? Какое постоянно у Вас настроение?*
  - Настроение у меня какое-то непостоянное, в основном оно плохое. Меняется.
  - *Есть у Вас интерес к жизни, перспективы? Желания?*
  - Нет. Самое главное – вылечиться.
  - *От чего?*
  - От этих симптомов.
  - *Связь с окружающими теперь какая?*
  - Сейчас побольше.
  - *А была какая?*
  - Связи не было особой.
  - *Мир, природу как воспринимаете? Так же, как раньше, или как-то по-другому? Или тоже от неё отошёл?*
  - Немножко по-другому стал воспринимать природу.
  - *Как по-другому?*
  - Как-то стал меньше замечать всякие тонкости в природе, не так, как было раньше.
  - *Жизнь по-прежнему интересует Вас или меньше?*
  - Жизнь меньше интересует.
  - *Работа Вам нравится? Вы работаете слесарем? Успехи делаете в работе?*
  - Нет, я заболел. Я успехов не делал, так учеником и работаю.
  - *Вылечиться хочется?*
  - Хочется.
  - *От чего: от костей или от нервности?*
  - От костей.
  - *Значит, Вы считаете, что неправильно здесь находитесь?*
  - Я считаю, что заболевание какое-то странное. Я не знаю, я думаю, что мне надо в костном отделении лечиться.
  - *А сейчас как считаете?*
  - Сейчас у меня мысли немного иные, но остаются и прежние.
  - *Убеждены, что все продолжают обращать внимание на Ваше лицо, туловище?*
  - Иногда происходит.
  - *Стучать по костям продолжаете?*
  - Нет, сейчас я постоянно не стучу.
  - *Надо выздороавливать. Спасибо.*
  - До свидания.
- (Больной уходит.)*

У больного – ипохондрический бред. Он убеждён, что страдает заболеванием костей, неизвестным ещё медицине, что сюда он поме-

щён ошибочно, не по назначению. Правда, острота, убедительность, интенсивность данного убеждения сейчас несколько ослабли. Помимо этого у больного остаются и первоначально возникшие расстройства, носящие название д и с м о р ф о ф о б и и. Дистморфофобия, обнаруживаемая у больного, — паранойяльная, не депрессивная и не типа навязчивости. Одновременно с убеждением больного в неправильности строения и уродливости лица, фигуры, походки постоянно присутствуют идеи отношения: все на него обращают внимание, видят его «уродство», стараются или не замечать, или явно неприязненно смотрят на него, или сочувствуют. Мысли об «уродстве» у него сразу приняли характер не только убеждённости, но и идей отношения. Такого рода дистморфофобия называется паранойяльной дистморфофобией, бредовой дистморфофобией. Она с самого начала приобретает вид бреда физического уродства. Этот бред постепенно становится прогредиентным. Некоторое время у больного убеждённости в уродстве ограничивалась только лицом. Затем убеждение в уродстве распространилось на всю фигуру, походку. Далее возникает ипохондрический бред, убеждённости в заболевании костей. Развитие заболевания в настоящее время ограничивается периодом паранойяльного бреда, но исключить возможность дальнейшего развития с возникновением психического автоматизма и бреда физического воздействия невозможно.

Важно обратить внимание, пользуясь историей болезни этого больного, на соотношение у него негативных и позитивных симптомов. У предыдущих трёх больных негативные симптомы, то есть изъян личности, ущерб психической деятельности, были выражены уже в инициальном периоде болезни резко, интенсивно, печать нарастающей психической слабости лежала с самого начала возникновения заболевания.

Позитивные симптомы, появившиеся у них в дальнейшем, были также интенсивными, тяжёлыми. Течение болезни привело больных к катастрофе. У только что показанного больного негативные симптомы выражены менее интенсивно. В соответствии с этим и позитивные симптомы, возникшие во время болезни, были свойственны медленному, инертному течению шизофрении.

В таком соотношении и выступает характерная взаимная зависимость негативных и позитивных симптомов: чем меньше выражены негативные симптомы, тем менее выражены и позитивные. Паранойяльные симптомы — это симптомы более лёгкие, говорящие о менее глубоком поражении психической деятельности, чем, например, параноидные или галлюцинаторные, или кататонические. Неслучайно паранойяльные расстройства прежние психиатры называли «частичным помешательством», «мономанией». Они считали, что в таких случаях объём поражения психической деятельности ограничен.