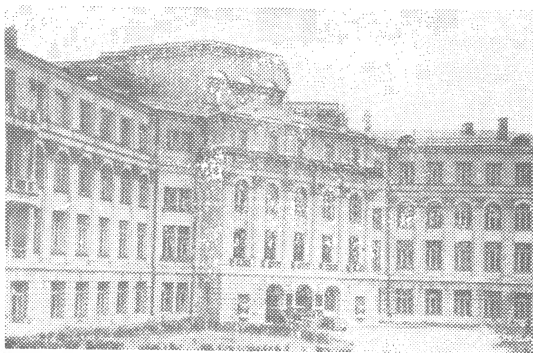


ВТОРОЙ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
имени Н. И. ПИРОГОВА

АКТОВАЯ РЕЧЬ

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА
ПСИХОПАТИЙ И НЕВРОЗОВ

Действительный член АМН СССР
профессор О. В. КЕРБИКОВ.



МОСКВА — 1962

Для современной психиатрии характерны два направления развития, наметившиеся еще в начале текущего столетия: сближение психиатрии с соматической медициной и выход психиатрии за стены психиатрических больниц, приближение ее к запросам жизни, возникновение и разработка нового раздела психиатрии — психиатрии «малой» или «пограничной».

Нужно с удовлетворением отметить, что оба эти направления наиболее полную реализацию нашли в советской психиатрии. Оба указанных направления в последние годы получают активную поддержку Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

При выборе темы для настоящего почетного и ответственного выступления естественно было обратиться к одному из этих направлений. Естественно было также остановить свой выбор на том из них, в котором больше работает коллектив клиники. Это — область так называемой «малой» психиатрии. Автор сообщения отдает себе отчет в трудности поставленной задачи: перед аудиторией непсихиатров выступить с сообщением, касающимся наиболее сложной проблемы психиатрической клиники. Но это как раз та область, в которой наиболее необходим контакт психиатра с врачами общего профиля, находящимися, можно сказать, на переднем крае охраны психического здоровья населения. Дело в том, что с «малыми» формами психических отклонений прежде всего встречается не специалист психиатр, а участковый терапевт, участковый педиатр, школьный врач, врач сельского участка.

Наше сообщение посвящено закономерностям клинической динамики «малых» форм психических нарушений — закономерностям их возникновения, развития и возможностям устранения, пределам обратимости патологических состояний.

Как только в области психической патологии обращаешься к термину и понятию «динамика», так сразу же оказываешься перед угрозой погрузиться в извечный спор конституционалистов и психогенистов, в извечную борьбу взглядов, истоки которой теряются где-то в глубокой древности, в спорах элеатов и сторонников Гераклита.

Соотношение основных факторов, определяющих динамику патологических явлений, в общей форме может быть понято из указания Дарвина, отметившего, что при изучении изменчивости организмов «должно различать два фактора: природу организма и природу условий» (Чарлз Дарвин. Происхождение видов. Огиз — Сельхозгиз, 1937, стр. 110).

Почти в тех же словах высказал эту мысль И. М. Сеченов: «Всегда и везде жизнь складывается из кооперации двух факторов — определенной, но изменяющейся организации и воздействий извне» (И. М. Сеченов. Избранные философские и психологические произведения. Огиз, 1947, стр. 412).

Эти общие положения важны как руководящие принципы, но они, разумеется, не могут априори определить в отношении каждой формы патологии пределы влияния природы организма и внешних условий. Исследование клинической динамики заболеваний может осуществляться лишь клиническим методом. Нужно изучать клинические факты не предreshая результатов, избегая предвзятой дедукции.

Прежде чем перейти к непосредственному рассмотрению клинических фактов из области «малой» психиатрии, необходимо внести уточнение: «малая» психиатрия является малой в смысле невыраженности нарушений психики, но она является «большой» в отношении частоты и сложности наблюдаемых явлений. Приведу две-три литературных справки. В изданном в 1961 году учебнике психиатрии Грегори (США) отмечается, что недавние попытки определить частоту неврозов в населении Северной Америки дали цифру 20%. В книге другого северо-американского автора — Хорни («Невротическая личность нашего времени») — говорится, что вместо вопроса «является ли эта личность невротиком или нет?» следует спрашивать: «Каким видом невроза страдает эта личность?».

Бесспорно, что число неврозов в капиталистических странах велико и продолжает расти, однако сообщаемым цифрам нельзя полностью доверять. Многие источники обуславливают их недостоверность. Один из источников — своего рода мода на неврозы. Иметь те или иные невротические «комплексы», время от времени обращаться за консультацией к психиатру или психоаналитику стало почти необходимым среди некоторых слоев населения капиталистических стран для того, чтобы не прослыть плоской, неинтересной личностью. В Советском Союзе — иная динамика заболеваемости и иные цифры. Они неуклонно снижаются. В данном контексте мы обращаемся к цифрам для того, чтобы иллюстрировать значимость так называемой «малой» психиатрии в общей системе психиатрической помощи. Сотрудники Ленинградского института им. В. М. Бехтерева изучили обращаемость в психоневрологические диспансеры и к невропатологам поликлиник Ленинграда и установили, что количество лиц, страдающих неврозами составляет 26,08 на тысячу населения, что в 2,7 раза больше чем больных психозами (9,5 на тысячу населения). (В. Н. Мясисев. Вопросы невро-психической гигиены и профилактики в свете патогенетического анализа неврозов. Сб. «Вопросы профилактики нервных и психических заболеваний». Ленинград, 1962, стр. 16).

Исследование вопросов динамики психопатий и неврозов кол-

лективе кафедры, к которому в последний год присоединился коллектив академической группы АМН СССР, осуществляется в течение семи лет. В нижеследующем использованы работы сотрудников нашего коллектива, которые назовем здесь с тем, чтобы ссылками на них не пестрел текст сообщения; это — Н. М. Асатиани, В. Я. Гиндикин, В. В. Ковалев, М. В. Коркина, В. В. Королев, И. Л. Кулев, Н. Д. Лакосина.

Обратимся к клинической динамике психопатий.

Под психопатиями понимают патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психики, связанной гл. обр. с нарушениями в области эмоционально-волевой при относительной интактности интеллекта. О психопатии говорят как о патологическом варианте характера, от особенностей которого страдает сам больной или окружающие (К. Шнейдер). Психопатии ограничиваются на основании трех важнейших, обоснованных П. Б. Ганнушкиным, критериев: выраженность патологических черт личности до степени, нарушающей адаптацию; тотальность психопатических особенностей, определяющих весь психический облик индивида; их относительная стабильность, малая обратимость.

Так как в дальнейшем речь пойдет не только о психопатиях, но и о неврозах, отметим здесь же, что двумя последними признаками психопатии отличаются от неврозов: нарушения при неврозах носят парциальный характер и чаще сопровождаются критическим отношением к ним больного; согласно распространенному мнению отличаются они от психопатий и меньшей стабильностью, большими возможностями обратимости патологических явлений.

Основа психопатий и неврозов — функциональные нарушения высшей нервной деятельности. При этих патологических формах, говоря словами Ганнушкина, «дело не в мозговых анатомических изменениях, а в закреплении функциональных неправильностей в пределах анатомически нормального аппарата» (П. Б. Ганнушкин. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Москва, 1933, стр. 101).

Первые попытки ограничения психопатий в близком к современному смыслу слова были предприняты как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии в семидесятые-восемидесятые годы прошлого столетия. Толчком к их ограничению послужила серия судебных дел, в которых в качестве экспертов выступали крупнейшие психиатры. Психическое состояние обвиняемых в этих делах было оценено экспертами как психопатическое. (Анализ состояния подсудимой Прасковьи Качка, представленный С. С. Корсаковым — 1880 г., заключение В. Х. Кандинского о состоянии обвиняемой Островлевой — 1883 г., экспертные заключения И. М. Балинского и О. А. Чечотта о состоянии обвиняемой Семеновой — 1884 г.).

Заключение Балинского по одному из этих дел нашло широкий отклик в газетах. С того же времени термин «психопатия» проник

в художественную литературу (рассказ Н. С. Лескова «Старинные психопаты» — 1885 г., рассказ А. П. Чехова — «Психопаты» — 1885 г.). Тогда же этот термин вошел в обиходную речь, где он вскоре же принял оттенок порицающий, почти бранный. На протяжении конца девятнадцатого — первой трети двадцатого столетия много внимания было уделено описанию отдельных форм психопатий и попыткам их группировки. Это были группировки эмпирические и эклектичные, во многом не выдерживающие критики. Были выделены психопатические личности возбудимые, неустойчивые, одержимые влечениями, эмоционально-лабильные, астенические, гипертимики, депрессивные и наряду с ними такие как «патологические спорщики», «лгуны и плуты» и даже «антисоциальные» и «враги общества».

Что касается понимания сущности психопатий, то усилиями многих авторов (Крепелин, Дюпре, Курт Шнейдер и др.) была сформулирована конституционально-биологическая концепция психопатий, согласно которой психопатии—это аномальный вариант психической конституции; они врожденны и стабильны («врожденное уродство характера»). Стабильность, неизменяемость на протяжении жизни патологических черт психопатической личности, большинством авторов признавалась кардинальной особенностью психопатий.

Однако в медицину, и в психиатрию в частности, проникала идея развития, принцип динамики. Архаичность критерия стабильности психопатий становилась все более очевидной. Обоснование идеи динамики психопатий связано с именем П. Б. Ганнушкина. Динамике психопатий была посвящена монография Ганнушкина «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», подводящая итоги почти тридцатилетних исследований. Книга вышла в свет спустя два месяца после смерти ее автора. Через пять лет после смерти Ганнушкина, в 1938 году, в день пятидесятилетия клиники имени Корсакова, два ученика Ганнушкина М. О. Гуревич и Е. К. Краснушкин выступили с докладами, посвященными проблемам малой психиатрии. В этих докладах отстаивались диаметрально противоположные взгляды на динамику психопатий. Гуревич говорил о психопатиях как о стойкой, утеравшей способность к компенсации дисгармонии психики; Краснушкин отстаивал концепцию динамики психопатий и полагал, что силой внешних воздействий на личность может быть порождена и самая психопатия и тип ее. Он говорил о формировании под воздействием обстоятельств «реактивной психопатии». Если обратиться к современной литературе, то и здесь мы обнаружим те же две концепции — концепцию стабильности, неизменяемости в течение жизни психопатических личностей и концепцию психопатий как патологических развитий, концепцию динамики психопатий. Как на представителей этих двух крайних точек зрения сошлемся на западно-германского психиатра Вирша и на швейцарского психиатра Репонда. Вот слова Вирша: «Для психопатического поведения не тре-

буется конкретного повода, так как оно обусловлено специфическим предрасположением, а не внешними событиями. В силу этого психопат даже при отсутствии неблагоприятных условий будет совершать неправильные поступки и проживет свой век неудачником».

Вот цитата из высказываний Репонда: «Характерологические аномалии этих лиц (психопатов — О. К.) — результат искривления психического развития, связанный с ошибочным или просто недостаточным воспитанием. Изменения характера, если их своевременно не коррегировать, могут развиваться в картину, которую мы знаем под именем психопатии... Проблема нарушений, называемых психопатическими, есть прежде всего проблема психической гигиены и детской психиатрии».

Таковы крайние точки зрения. Какая из них ближе к действительности? Если сопоставить группировки психопатий, представленные в работах исследователей, занимающихся детской психиатрией, и группировки психопатических личностей, принятые в общей психиатрии, то нетрудно будет обнаружить, что частота психопатий и соотношение их форм у детей и у взрослых различны. Следовательно, контингенты психопатических личностей на протяжении жизни меняются, исчезают одни формы психопатий, появляются другие. Однако это — логика суждений. Нужна логика клинических фактов. На протяжении нескольких лет сотрудники нашего коллектива и прежде всего В. Я. Гиндикин, материалами которого мы пользуемся в дальнейшем изложении, изучают в динамике (в стационаре, в диспансере, в семье, на производстве или в учебном заведении) больных, длительное время состоящих на учете психоневрологического диспансера, диагноз психопатии у которых не вызывает сомнений. В 1960 году, в совместной с В. Я. Гиндикиным работе, мы могли подвести предварительные итоги этого исследования (Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1960, № 1). В ряде последующих работ были представлены некоторые обобщения продолжавших накапливаться наблюдений. В 1960 году, в совместной с Гиндикиным работе, мы писали, что по мере углубления наших знаний о каждом пациенте, мы все больше убеждались в том, что диагнозом «психопатия» объединены разнородные состояния, причем по мере того как наши знания становились более полными, оставалось все меньше лиц, о которых можно было сказать, что они — психопатические личности «от природы». Все большее число психопатических личностей нам приходилось относить не к «ядерной» группе врожденных, конституциональных психопатий, а к группе «краевых» форм, в генезе которых ведущая роль принадлежит средовым неблагоприятным влияниям.

Когда число изученных психопатических личностей стало значительным, представилась возможность подвергнуть эти клинические наблюдения статистическому анализу. Сошлемся здесь только

на показатели, имеющие непосредственное отношение к теме сообщения, а именно на показатели, характеризующие роль прямой наследственности и роль семейного воспитания в формировании психопатической личности. С помощью методик математической статистики (метод определения критерия независимости, основанного на распределении их квадрат; метод оценки доверительных границ для неизвестной вероятности по наблюдаемой частоте; метод определения коэффициента корреляции и ассоциативного коэффициента для качественных признаков) были анализированы данные, касающиеся двух групп лиц: 110 пациентов, которым установлен диагноз психопатии и для контроля 100 человек примерно того же возраста, что и первая группа, никогда не нуждавшихся в помощи психиатра. Была установлена частота характерологических отклонений у родителей в обеих исследованных группах. Оказалось, что в группе психопатических личностей родители обнаруживали характерологические отклонения в 65% наблюдений. В контрольной группе — в 18%. Напрашивался вывод о наследовании психопатических особенностей. Однако предстояло выяснить соответствуют ли черты характера детей-психопатов характерологическим особенностям родителей. Наблюдения были разбиты на четыре группы: психопатические личности возбудимые, тормозимые, истеричные и смешанные или малодифференцированные. По тем же характерологическим особенностям были сгруппированы и родители. Оказалось, что характерологические отклонения родителей и детей совпадают примерно у одной трети наблюдений, у одной трети отклонения родителей и детей разнородны и в одной трети наблюдений родители не имеют характерологических отклонений. Таким образом, предположение о прямом наследовании тех же самых характерологических особенностей не подтвердилось.

В обеих группах наблюдений была выяснена частота неправильного семейного воспитания. Оказалось, что в группе психопатических личностей оно имело место в 80% наблюдений. В контрольной группе — в 34%. Важно было и здесь исследовать качественную корреляцию. В соответствии с данными педагогической литературы (И. А. Сикорский, Е. П. Ересь, А. П. Ларин и др.) были дифференцированы следующие типы неправильного воспитания: 1) «Гиперопека», когда ребенку навязывается воля родителей, подавляется его самостоятельность; 2) «Золушка» — ребенок лишен ласки, подвергается унижениям; 3) «Гипоопека» и безнадзорность; 4) «Кумир семьи» — исполняются все желания ребенка, оправдываются все его поступки. Статистический анализ позволил установить, что имеется прямая корреляция условий воспитания, объединенных понятием «гипоопека» и безнадзорность с психопатией из группы возбудимых; между воспитанием типа «золушка» и тормозимыми; между воспитанием типа «кумир семьи» и истеричными. Другими словами, обнаружено качественное соответствие особенностей личности условиям ее воспитания.

Это исследование не дает оснований для широких выводов. Из сложной совокупности влияний, падающих на формирующуюся личность было изолировано два фактора — прямая наследственность и неправильное воспитание в семье. Эти факторы, ни каждый сам по себе, ни в сочетании, не исчерпывают условий формирования личности. Есть психопатические личности, которые стали таковыми, несмотря на то, что воспитывали их правильно, а их родители не имели характерологических отклонений. С другой стороны, в контрольной группе имеются лица, родители которых имели отклонения, воспитывали детей неправильно, но последние все же не стали психопатическими личностями. Помимо влияния семьи дети, подростки и юноши испытывают влияние школы, книг, друзей, общественных организаций, всего того, что называется общественным мнением — словом, влияние общества в широком смысле. Кроме того ребенок испытывает воздействие биологических и органических неблагоприятных факторов — внутриутробные повреждения, аноксия при рождении, инфекционные заболевания, травмы головы и пр. Все это в динамической совокупности составляет среду, воздействующую на формирующуюся личность. Из этой среды мы изолировали два фактора с тем, чтобы определить их сравнительную значимость. Выяснилось, что неправильное воспитание имеет большее значение в генезе психопатий чем прямая наследственность.

Этот вывод имеет ограниченное, но все же существенное значение: он находится в соответствии с взглядами, признающими возможность приобретенной психопатии.

Но если психопатия не обязательно врожденная патология, если она может формироваться в порядке психопатического развития, то это развитие должно проходить некие стадии и в том числе должна быть начальная стадия, стадия возникновения первых психопатических черт. Допущение возможности приобретенной психопатии делает предметом исследования новый и сложный вопрос — клинику становления психопатий.

Существует ли такая стадия — стадия становления психопатии? Удастся ли ее уловить в анамнезе психопатических личностей и тем более наблюдать *in statu nascendi*? Оказалось, что такая стадия имеется и отличается своими клиническими особенностями, которые могут быть в некоторой степени выяснены.

Ганнушкин в свое время писал, что формирование психопатической личности заканчивается к 18—20 годам и лишь в это время диагноз психопатии может быть доказательным. Исследование, осуществляемое в коллективе клиники, не только подтверждает указание Ганнушкина, но и в некоторых отношениях его уточняет. Выяснилось, что формирование различных типов психопатий происходит в различные сроки. Если формирование психопатической личности считать завершившимся с того времени, когда она отве-

чаёт всем трем приведенным выше критериям Ганнушкина, то в наших наблюдениях средний возраст лиц, у которых завершилось психопатическое развитие, оказался следующим: у возбудимых личностей — $22,1 \pm 1,9$ года, у тормозимых $13,3 \pm 1,4$ года, у истеричных — $14,7 \pm 1,9$ года. Была установлена одна интересная деталь, Оказалось, что период времени, отделяющий время появления первых психопатических черт характера от времени завершения формирования психопатии, различен при различных формах психопатии. При психопатиях из группы возбудимых он равняется в среднем 6 годам, при тормозных психопатиях — 9 годам, у истеричных — 5 годам.

Таким образом, психопатии из группы тормозимых формируются в более раннем возрасте, чем из группы возбудимых, хотя формирование вторых совершается в более краткие сроки, чем первых.

Начальный период развития психопатии важен в отношении возможной коррекции патологического формирования личности, однако он почти не изучен. Дело в том, что в этот период, когда имеются уже психопатические черты, но когда они выражены еще нерезко, не стойки, не определяют собой весь психический облик субъекта и не ведут к нарушению адаптации, больные редко обращаются к психиатру. Несколько чаще удается наблюдать эту стадию психопатического развития в психоневрологическом диспансере для детей и подростков. По примеру некоторых зарубежных психиатров (Трамер) эту стадию психопатического развития мы называем препсихопатической стадией или препсихопатическим состоянием. В этом сообщении мы не описываем клинику препсихопатического состояния (она описывалась в других работах). Отметим только, что характерны для нее невыраженность и нестойкость, изменчивость психопатических явлений, зависимость их от ситуации и от соматического состояния больного.

В качестве вывода, обобщающего клинические наблюдения, можно указать следующее: возникающий у больного начальный психопатический синдром во многих случаях не предопределяет форму развивающейся психопатии. В течение препсихопатической стадии синдрома возбудимой, тормозимой, истероидной или любой другой психопатии могут сменять друг друга или причудливо сочетаться. Мы не располагаем еще таким числом наблюдений, которое позволило бы установить с определенностью, отвечающей требованиям статистической достоверности, в каких случаях, при каких формах психопатического развития преобладает смена или, напротив, постоянство ведущего синдрома. По впечатлениям от текущей работы тормозимые формы психопатического развития отличаются большей стабильностью состояния чем психопатии из группы возбудимых.

По вопросу о том, какими путями неблагоприятная, в частности семейная, среда влияет на формирование психопатической личности, можно высказать лишь некоторые предположения, опираю-

шиеся, впрочем, на соответствующие клинические наблюдения. Можно указать три пути влияния среды на формирование психопатии: 1) Возникновение и фиксация психопатических черт путем подражания психопатическим формам поведения окружающих (фиксация реакций имитации); 2) Закрепление повторяющихся в силу особенностей ситуации негативистических реакций (реакции протеста, реакции оппозиции); 3) Прямое культивирование, подкрепление со стороны окружающих психопатических реакций подростка. Мы располагаем впечатляющими примерами уродующего личность подростка влияния взрослых, но наших наблюдений еще недостаточно, чтобы попытаться установить какой путь развитию какого типа психопатии способствует в наибольшей мере. Ясно, впрочем, что указанными путями не исчерпываются условия формирования психопатии.

Изучение начальной стадии психопатического развития, несмотря на неполноту его, убеждает все же, что недостаточно говорить о динамике психопатий вообще; закономерности динамики различных форм психопатий имеют существенные различия. Это справедливо и в отношении дальнейшей динамики уже сформировавшейся психопатии.

Покажем это на соотношении в клинической картине психопатий синдрома основного, определяющего данную форму психопатии («облигатный синдром») и проявлений также психопатических, но по отношению к данной форме психопатии дополнительных, не основных («факультативных»).

Для группы возбудимых психопатий облигатными симптомами являются: эмоциональная возбудимость, конфликтность, дисфории. Для тормозимых — психастенические черты характера, навязчивости (фобии и obsessions), астенический синдром. Для истероидной психопатии — истерический характер, раздражительность в сочетании с несдержанностью, вазомоторные и вегетативные истерические реакции, астенические состояния. Остальные, очень полиморфные, психопатические явления относятся к числу факультативных. Некоторые симптомы, являясь облигатными для определенной группы психопатий, относятся к факультативным при других группах. Например, склонность к навязчивостям является облигатной для группы тормозимых психопатий и факультативной — для возбудимых и истеричных.

Здесь, может быть, уместно привести слова П. Хэберлина, на которые ссылается Ганнушкин: «Люди отличаются друг от друга не отдельными чертами характера — они налицо у каждого, — а способом их сочетания».

По-видимому, это же можно сказать и о психопатических личностях. Разнообразные облигатные и факультативные психопатические черты не выступают одновременно у одного и того же лица; они сменяют друг друга как бы поочередно, занимая доминирую-

щее положение в психическом статусе. В этой смене доминирующих или сопровождающих психопатических синдромов удается уловить некоторые закономерности. Обнаруживается, что «обращение» облигатных психопатических проявлений симптомами факкультативными при разных формах психопатии происходит в различной последовательности. Укажем на них, разумеется лишь в той мере, в какой это возможно на настоящем этапе исследования.

Психопатии из группы возбудимых дебютируют, естественно, чаще чертами вспыльчивости, взрывчатости. Реже, но не очень редко, они дебютируют психастеническими чертами характера. Почти одновременно возникает склонность к истерическим реакциям, к конфликтам с окружающими, на первых этапах — в кругу семьи. Позже развивается склонность к дисфориям, т. е. к немотивированным расстройствам настроения и к конфликтам и вне семейного круга. В дальнейшем появляются суицидальные мысли и попытки, развивается вязкость, педантизм и другие эпилептоидные (в понимании Ф. Минковской) черты личности. Еще позже — склонность к параноидным и паранояльным синдромам, в частности, сутяжное развитие.

Тормозимые психопатии дебютируют формированием психастенических черт характера, на фоне которых в дальнейшем развиваются навязчивости, а также раздражительность и несдержанность. Позже развивается склонность к астеническим и депрессивным реакциям, появляется ипохондричность и нередко эпилептоидные черты психики.

Истероидные психопатии дебютируют истерическими чертами характера, раздражительностью в сочетании с несдержанностью, конфликтами в кругу семьи. Сравнительно рано возникают вазомоторные и вегетативные истерические реакции и истерические припадки. Несколько позже — суицидальные высказывания и попытки. Еще более поздно — навязчивые страхи, ипохондричность, депрессивные и астенические реакции.

Выше приводились слова Хэберлина; они могут быть отнесены к психопатиям, взятым в поперечном разрезе, к психопатиям в статике. Здесь, когда речь идет о динамике психопатий, уместно привести слова Фостера, также цитируемые Ганнушкиным. Фостер писал: «В течение долгой жизни человек может являться перед нами последовательно в виде нескольких личностей, до такой степени различных, что если бы каждая из фаз этой жизни могла воплотиться в различных индивидах, которых можно было бы собрать вместе, то они составили бы крайне разнообразную группу, держались бы самых противоположных взглядов, питали бы глубокое презрение друг к другу, и скоро бы разошлись, не выказывая ни малейшего желания сойтись вторично».

Приведенные факты иллюстрируют клинические закономерности качественной динамики психопатий. Она не изучалась сколько-

нибудь систематически и почти не освещена в литературе. Нами собраны лишь начальные наблюдения. Количественная — если можно так сказать — динамика психопатий, их компенсации и декомпенсации, утяжеления и улучшения состояния больных, изучены и описаны более полно и в этой плоскости мы остановимся только на некоторых сторонах клиники психопатий, наименее исследованных. Давно известен факт утяжеления патологических особенностей психопатических личностей на протяжении их жизни. Отмечена и роль внешних — психогенных и соматогенных — факторов в подобной неблагоприятной динамике психопатий.

Гораздо менее исследована динамика психопатий противоположной направленности — смягчение психопатических особенностей. Известно, что под влиянием благоприятных условий жизни — хорошо складывающихся отношений в семье, при правильном трудоустройстве, под влиянием хорошего коллектива — психопатические черты могут сглаживаться. Наступает, как говорят в этих случаях, компенсация психопатии. При компенсации затушовываются проявления патологии, но не устраняются основы патологии. Возникает, однако, вопрос который мы позволим себе сформулировать в наиболее заостренной форме: возможна ли подлинная гармонизация психопатической личности, возможно ли выздоровление от психопатии? До последнего времени так сформулированный вопрос был бы воспринят как очевидная нелепость; возможно ли выздоровление от уродства? Однако вопрос этот не столь нелеп, если, во-первых, понятие динамики психопатий принять в полном объеме, т. е. вкладывать в этот термин не только изменения количественные — нарастание или уменьшение предсуществующего, — но и возможность изменений качественных — появление нового, исчезновение имевшегося, и если, во-вторых, исходить из клинических фактов, свидетельствующих об очень широком диапазоне изменчивости, динамики психопатий, включающей качественные трансформации.

Регрессивная динамика психопатий, их выравнивание остались почти не изученными отчасти по причинам доктринальным — в силу понимания психопатий как врожденных уродств характера, что заранее исключает такую динамику, — отчасти же в силу обстоятельств организационно-практических. При прогрессивной динамике психопатии пациент остается в поле зрения психиатра, при регрессивной пациент прекращает посещения психиатра, выпадает из его поля зрения.

Сотрудниками нашего коллектива проводится исследование больных, ранее состоявших под наблюдением психиатров, но затем ушедших из-под этого наблюдения.

В нижеследующем сообщаются некоторые данные из материалов, собранных И. Л. Кулевым.

В архиве городского психоневрологического диспансера для детей и подростков были отобраны истории болезни лиц, находив-

шихся в 1948—1953 годах под наблюдением диспансера или больницы.

В детской психиатрии получила распространение группировка психопатий, предложенная Г. Е. Сухаревой: психопатические личности, ставшие таковыми в результате задержанного развития, психопатические личности в результате искаженного развития, психопатические личности в результате поврежденного развития. Последняя группа — наиболее тяжелая и, по мнению Сухаревой, наиболее многочисленная в детском возрасте.

Для обследования были отобраны больные, относящиеся именно к третьей группе, у которых формирование психопатических черт находилось во временной связи с соматическими заболеваниями, тяжелыми или повторными инфекциями, перенесенными в раннем (до трех лет) детском возрасте. Это были больные с крайне трудным поведением, нетерпимые ни дома, ни в детском коллективе, некоторые из них помещались в специальные колонии. Возраст детей в то время, когда они наблюдались в больнице или в диспансере, был от 7 до 10 лет. Средняя длительность катмнеза — 12 лет и в период обследования им 18—25 лет.

Поскольку для обследования отбирались больные, в течение многих лет не обращавшиеся к психиатрам, истории болезни которых давно уже были сданы в архив, предполагалось, что среди них обнаружится довольно много лиц, так или иначе адаптировавшихся к условиям жизни и не предъявляющих существенных жалоб на здоровье. И все же то, что было обнаружено, превзошло ожидания. Оказалось, что из 33 обследованных у 3 человек отмечены явления умственного недоразвития, 4 человека обнаруживают психопатические черты различной степени выраженности и 26 человек полностью здоровы и адаптированы. Среди них есть люди, занимающие командные посты в производстве, преподаватели техникумов и пр. При обследовании этих лиц представилось возможным не только установить сам факт полного исчезновения психопатических черт, но и выяснить некоторые этапы регрессионной динамики психопатических явлений.

Большинство обследованных в дошкольном возрасте были двигательно возбудимыми. В дальнейшем они определились как подростки, обнаруживающие все существенные проявления психопатии из группы возбудимых. Пройдя после этого этап своеобразной цикличности, периодических колебаний настроения и жизнедеятельности, большинство из них к 14—15 годам обнаруживали черты, свойственные психопатическим личностям из группы неустойчивых: — отсутствие прочных интересов и привязанностей, внушаемость, податливость дурным влияниям. Выравнивание психопатических особенностей, «депсихопатизация», как правило, начиналась после 16 лет. У многих из обследованных начало устранению психопатических черт было положено увлечением, охваченностью каким-либо родом занятий или предметом — техникой, искусством,

избранной профессией. Если принять, что в основе психопатий из группы неустойчивых лежит, как это предполагают некоторые психиатры (Францковяк), невозможность выработки стойкого динамического стереотипа, то можно думать, что возникновение доминанты вносит структурность, организованность во всю высшую нервную деятельность этих лиц.

Многое еще подлежит уточнению в области изучения путей гармонизации личности, у которой определились явления психопатического развития, но уже и установленные факты позволяют обосновать существенные положения. Самое существенное заключается в факте обратимости психопатических нарушений. На определенной стадии психопатического развития возможно полное устранение психопатических черт. Этот факт подтверждает правомерность выделения препсихопатической стадии, характеризующейся нестойкостью психопатических явлений. Можно подчеркнуть большую роль пубертатного периода в динамике психопатий: во многих случаях именно в течение этого периода определяется направление дальнейшей динамики — сформируется ли стабильная психопатическая личность или наступит устранение психопатических черт.

Каковы могут быть отдаленные результаты осуществляемых исследований динамики психопатий? Может быть будет признано, что нет психопатии как формы врожденной патологии психики, что все психопатии — патология приобретенная? Мы так не думаем. Вероятнее другое. Вероятнее, что форму патологии, объединяемую единым понятием психопатии, как форму сборную, представится целесообразным расчленить, выделив из нее приобретенные формы, обозначаемые в настоящем сообщении как психопатическое развитие, сохранив обозначение «психопатия» для форм более стабильных, врожденных, или возникших в раннем возрасте. Главное, может быть, все же не в этом. Главное заключается в том, что общебиологическая, больше того — общефилософская идея развития оказывается плодотворной и в этой области клинической психиатрии.

Если принцип изучения патологических явлений в динамике оказывается плодотворным в такой области психиатрии как учение о психопатиях, где стабильность болезненных явлений входила в само определение понятия психопатии, то адекватность принципа динамики при исследовании невротических нарушений не вызывала никаких сомнений.

Неврозы, важнейшие формы которых — неврастения, истерия, психастения, невроз навязчивости — были ограничены в близком к современному пониманию в конце прошлого столетия, уже и тогда рассматривались как динамичные виды патологии. И тем не менее возможности плодотворного исследования неврозов в динамике далеко не исчерпаны.

Попытаемся показать это на двух формах неврозов, одна из которых — неврастения — имеет, по общепринятым взглядам, непосредственную, тесную связь с патогенными внешними воздействиями, а другая — невроз навязчивости — обладает большей автономностью течения, независимостью от внешних влияний.

Вокруг неврастений, ее патогенеза, клинических форм, до сих пор ведутся споры, основным предметом которых является вопрос: вызывается ли неврастения переутомлением, или она — результат отрицательных эмоций? Отсутствие единства взглядов связано с тем, что под наименованием неврастений объединены разнородные патологические состояния.

Неврастения как «истинный невроз истощения» (Э. Ариан) и психогенная неврастения являются формами, расположенными на полюсах ряда патологических состояний, в генезе которых переутомление, психогения и соматогения участвуют в различных сочетаниях.

Бесплодность дискуссий, ведущихся в плоскости «или—или» (или переутомление, или отрицательные эмоции) становится ясной при рассмотрении спорных вопросов в физиологическом аспекте. С физиологической точки зрения и психогения в узком значении слова, и стечение обстоятельств, ведущее к переутомлению, суть разновидности «трудной» ситуации. И в том, и в другом случае к возникновению невроза ведет перенапряжение нервных процессов или их подвижности. При неврастении, как «истинном неврозе истощения», эмоции также играют роль. Это прежде всего озабоченность, эмоции, побуждающие к продолжению работы, несмотря на чувство усталости. При отсутствии этих эмоций утомленный прекратил бы работу. В этом смысле все виды неврастений можно рассматривать как психогенные заболевания (В. Н. Мясищев).

Когда мы говорим о неврастении как «истинном неврозе истощения», мы пользуемся термином Энзо Ариана, видного деятеля конгрессов «Условия жизни и здоровье», автора, обследовавшего рабочих заводов «Фиат» в Италии и наблюдавшего у многих из них «истинный невроз истощения».

В нижеследующем будут освещены некоторые особенности этой формы неврастений. Мы воспользуемся при этом наблюдениями, собранными В. В. Королевым. В. В. Королев на протяжении двух лет систематически обследовал больных неврастением в стационаре и диспансере клинической больницы им. Соловьева, в поликлинике Московского университета им. Ломоносова, в некоторых других поликлиниках Москвы. В результате этой работы из тысяч обследованных больных удалось отобрать всего 36 больных, причиной заболевания у которых послужило переутомление. Среди этих больных — 29 студентов дневных отделений высших учебных заведений, 2 учащихся старших классов средней школы и 5 работающих.

Ни в одном случае причиной заболевания не был обычный учебный режим или режим обычной работы. Во всех случаях перегрузка была вызвана дополнительными обстоятельствами — совмещением в течение длительного времени обучения на дневном отделении с работой, необходимость ликвидировать большую академическую задолженность, возникшую в связи с различными обстоятельствами, переутомление, связанное с необходимостью ликвидировать в особых — «авральных» — условиях запущенность на работе и пр.

При попытке уточнить закономерности клинической динамики неврастении как невроза истощения прежде всего возникает вопрос: когда начинается неврастения; где граница, отделяющая обычное, нормальное утомление от состояния патологического переутомления, от невроза? Граница эта очень условна. Как на один из существенных признаков патологического состояния указывают на сохранение утомления после отдыха (Крепелин, Пьер Бугар). Бугар, обследовавший пилотов и стюардесс межконтинентальных авиалиний, описывает ряд признаков патологического утомления. Утомление не исчезает после отдыха; развиваясь к вечеру, оно не проходит в течение ночи и сохраняется еще и утром. Наблюдается гиперсомния; сон при этом тяжелый, глубокий, продолжительный; пилоты и некоторые стюардессы способны по возвращении из рейса проспать сутки и даже более. Когда наступает декомпенсация, то гиперсомния сменяется бессонницей. Головные боли испытываются уже с утра, они рассеиваются с началом работы и возвращаются после полудня. Развиваются различные интолерантности: к шуму, к свету, к тревожащим факторам. Бугар полагает, что описанная симптоматика еще не позволяет говорить об истинном неврозе. Он предлагает обозначение «псевдо-невроз ситуации» (*Pseudo-névrose de situation*). Другие авторы (Дестунис, Маковейский) говорят о преневротическом состоянии. Шаранков возражает против этого термина. Он полагает, что не следует вводить понятий, промежуточных между здоровьем и болезнью: «что не есть здоровье, то — болезнь». В настоящем сообщении воздержимся от дискуссии по этому вопросу.

Описанная Бугаром симптоматика характерна для наблюдавшихся нами больных. Состояние больных в этой стадии нестойко, симптомы выражены нерезко, они ослабевают после нескольких дней отдыха. Полное выздоровление наступает после 2—3-недельного отдыха. Если силой обстоятельств больной вынужден продолжать работу в состоянии утомления, болезнь переходит во вторую стадию — стадию выраженного невроза.

Не будем описывать симптомы и варианты развившейся неврастении; они достаточно хорошо известны. Важнейшая особенность второй стадии — стойкость симптомов; течение болезни становится менее зависимым от внешних условий.

В тех случаях, когда появляются новые симптомы, факультета-

тивные по отношению к неврастении, — навязчивости, нарушения, развивающиеся по механизму невроза ожидания, бредоподобные ипохондрические состояния, — болезнь принимает неблагоприятное течение. При этом, осложненном, типе течения болезнь может перейти в пролонгированное на годы затяжное состояние.

Выход в выздоровление из первой стадии совершается быстро и непосредственно. При выздоровлении больных, заболевание которых вступило во вторую и тем более — в третью стадию, выход в выздоровление совершается через период пониженного иммунитета против всевозможных стрессов. В течение длительного времени сохраняется опасность рецидива, возникающего при незначительном интеллектуальном или эмоциональном напряжении. В это время патогенными могут оказаться раздражители, бывшие до заболевания индифферентными. Здесь уместно сослаться на исследования Г. В. Фольборта, установившего в эксперименте, что восстановительный период при утомлении значительно продолжительнее периода развития истощения.

Результаты исследований, посвященных динамике неврастения, развившейся в связи с переутомлением, могут иметь значение, выходящее за пределы клиники.

Неврастения, развивающаяся при необходимости выполнять работу тягостную, безрадостную, сопряженную с отрицательными эмоциями, известна давно. Предлагалось даже отличать переутомление, вызванное перенапряжением воли при нежелании работать, от истинного переутомления, вызванного перегрузкой (Борнеманн). В первом случае говорили об истощении побуждений, стимулов к работе (*Antriebsermüdung*). В наших условиях такие состояния, в связи с широкими возможностями выбора работы, стали редкими.

Неврастения, результаты изучения которой включены в это сообщение, может развиваться в связи с охваченностью, увлеченностью работой. Эта форма невraстении — также редкая форма. Исключено ли ее учащение в будущем? В. Н. Мясичев пишет, что «увлекательный труд, а в перспективе, можно думать, труд будет еще более привлекательным, может вызвать незаметное для работающего переутомление» (В. Н. Мясичев. Некоторые проблемы нервно-психической гигиены в ближайшей семилетке. Сб. «Вопросы психиатрии и невропатологии». Ленинград, 1959, стр. 8).

Не предпреляя событий, необходимо все же разрабатывать меры профилактики этой формы невraстении. Здесь особенно велико значение психологигиенических рекомендаций.

Последний раздел нашего сообщения касается невроза навязчивости. При обращении к литературе, посвященной лечению этого невроза, поражает противоречивость сообщаемых данных. Есть работы, в которых сообщается о якобы полном выздоровлении больных после двух-трех сеансов гипноза и немало работ,

сообщающих об отсутствии эффекта от применения всех современных шоковых и психотропных средств и методов терапии. Не случайно среди больных, которым в зарубежных клиниках производится операция лейкотомии, значителен процент больных, страдающих навязчивостями. Допустимо предположение, что расхождения в выводах зависят от различия контингентов больных.

Не исключено, что врач, легко достигающий излечения, пользовался больных, обнаруживающих начальные, преходящие явления фобических реакций, тогда как другие авторы наблюдали больных с длительно текущим невротическим развитием.

Поскольку такое предположение допустимо, представляется необходимым, изучая невроз в динамике, попытаться отграничить стадии его течения. Такую попытку предприняла Н. М. Асатиани, собравшая значительное число наблюдений, проследившая больных на протяжении нескольких лет.

Эти наблюдения позволили отграничить три стадии течения заболевания. Первая стадия характеризуется непосредственной связью навязчивостей с конкретной ситуацией. Во второй стадии навязчивости возникают тогда, когда еще только ожидается соприкосновение с конкретной обстановкой. В третьей стадии одно представление о непереносимой больным обстановке вызывает наплыв навязчивостей.

Сошлемся на больного, мастера шахтопроходческого дела. Он страдает фобией высоты. В течение первого периода заболевания больной испытывал страх только во время нахождения в стволе шахты. Затем страхи стали возникать и на поверхности, когда больной только направлялся на работу. Тогда же страхи возникли и при пользовании домовым лифтом. Позже страхи возникали вне связи с конкретной ситуацией: стоило больному подумать о высоте, как его охватывал непереносимый страх.

Меры борьбы больных с навязчивыми страхами различны в разных стадиях заболевания. На протяжении первой стадии больные стремятся избежать соприкосновения с травмирующей ситуацией. Больная, страдающая навязчивым страхом загрязнения, старается не брать в руки «подозрительные» в смысле чистоты предметы, она часто моет руки.

В течение второй стадии меры защиты принимают символический характер, становятся ритуалами. Больная, у которой к этому времени возникли навязчивые опасения заболевания родителей злокачественной опухолью, «во имя здоровья родителей» повторно включала и выключала свет. Позже у нее развился «запрет действий»: «во имя жизни родителей» она не должна записывать лекции. Она должна избегать выпуклых предметов, так как выпуклость напоминает опухоль. В течение третьей стадии больные безуспешно пытаются отвлечься от навязчивых представлений. Если в результате лечения, или спонтанно, наступает неполное

выздоровление, то заболевание из последующей стадии как бы возвращается в предыдущую. У больной в процессе лечения исчезли навязчивые ритуалы символической «защиты», но сохранились, хотя и в ослабленном виде, опасения загрязнения и потребность часто мыть руки.

Успех лечения в первой стадии выше чем в течение второй и, тем более, третьей стадии.

Разумеется, далеко не обязательно у каждого больного невроз проходит в своем развитии все три стадии. Речь идет о типичной, но отнюдь не о всеобщезакономерной закономерности.

Внешние факторы оказывают влияние на течение заболевания. Соматические заболевания, психогении и особенно вынужденная бессонница часто ведут к обострению болезни или к ее рецидивам, но они не определяют последовательности прохождения болезни через описанные стадии. Стадийность является выражением внутренних закономерностей, тенденций, свойственных самой сущности болезни. Чем дальше заболевание отстоит от его начального этапа, тем в меньшей мере внешние факторы влияют на его течение. Повторяется та же закономерность, которая была отмечена в отношении неврастения. По мере прогрессирования болезни, она все в большей мере отрывается от внешних влияний, все в большей мере подчиняется внутренним закономерностям.

В сообщении различные заболевания, относимые к области «малой» психиатрии, были рассмотрены в динамике. При каждом заболевании была намечена своя, характерная для него, стадийность течения. При всех формах патологии принцип изучения их в динамике оказывается плодотворным. Он позволяет уточнить критерии прогноза, расширяет возможности профилактики и лечения. Автор ограничил себя клиническими фактами и теми обобщениями, которые непосредственно вытекают из этих фактов. Многие вопросы более широкого значения, многие принципиальные положения и теоретические проблемы не были затронуты. Больше того. В сообщении не были включены и некоторые вопросы клинической практики — такие, как вопросы лечения, медико-педагогической и лечебно-профилактической помощи при «малых» формах психической патологии. Сообщение не касалось результатов нейрофизиологического изучения тех патологических форм, которые составляют область «малой» психиатрии. Были оставлены в стороне задачи более четкого отграничения понятий, которыми оперирует «малая» психиатрия. В частности, не был затронут сложный вопрос о том, как в области «малой» психиатрии преломляется важнейший принцип современной медицины — принцип нозологии. Не было уделено внимание критическому рассмотрению современных неопрейдистских взглядов, широко распространенных в зарубежной психиатрии.

В аудитории представителей различных клинических и теоретических медицинских дисциплин мы сосредоточили внимание

на тех вопросах клиники «малой» психиатрии, которые получают в той или иной мере новое освещение при рассмотрении их с позиций динамики.

Можно ли сказать, что мы ограничились чистой эмпирией, фактографией, лежащей где-то в стороне от больших методологических проблем? Нам хотелось бы надеяться, что такого впечатления не оставит наше сообщение. Представленные клинические факты мы стремились систематизировать и обобщить с позиций материалистически понимаемой идеи развития. Не нам судить о том, в какой мере мы справились с этой задачей.

Сообщение свое мы хотели бы закончить известными словами Энгельса: «Материалистическое мировоззрение означает просто понимание природы такой, какова она есть, без всяких посторонних прибавлений». (Фридрих Энгельс. Диалектика природы. 1948, стр. 159).