

В. М. ШУМАКОВ

## О РОЛИ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ

В исследованиях по судебной психиатрии большое внимание уделяется изучению влияния психогенного фактора на клиническое проявление шизофрении. Существуют также различные точки зрения о его роли в возникновении и течении шизофренического процесса (автономность процесса, переоценивается значение психогенного, единство и взаимодействие эндогенного и экзогенного). Большинство советских авторов, [1—6 и др.], придавая основное значение роли предрасположения, вместе с тем подчеркивали патопластическое и патогенетическое значение экзогенных вредностей, проявляющихся в единстве с эндогенными, а также сложность единства и взаимодействия этих факторов, выражающихся в атипичности структуры и динамики как шизофренического процесса, так и реактивного психоза [17].

Предметом специального исследования многих авторов явились психогенные дебюты шизофрении\*. В дебютах описывались самые разнообразные симптомы, в том числе и свойственные реактивным состояниям [2, 9, 16, 17, 18, 20, 21].

Отмечалась корреляция между клинической разновидностью реактивного дебюта и формой шизофрении [4, 8, 11—14]. Так, описаны дебюты гебефренической формы псевдодементным и пуэрильным синдромами; кататонической—параноидом внешней обстановки, депрессией и невротической симптоматикой; параноидной—реактивными параноидами (реактивными галлюцинаторно-параноидными синдромами), реактивным ступором, реактивным конфабуляторным синдромом, паранойяльной симптоматикой и т. д.

Ряд авторов констатирует отсутствие психогенных дебютов при простой и гебефренической формах шизофрении [12, 14, 18], а также при ядерной шизофрении [12].

Н. И. Фелинская [17] считает, что для возникновения психогенных реакций у больных шизофренией необходима достаточная сохранность даже измененной аффективности; у больных с наличием дефекта отмечается большая динамичность психогенных механизмов, в острой же стадии более динамичным оказывается механизм шизофренического процесса, который в своем движении поглощает реактивные явления.

Описаны довольно часто встречающиеся психогенные включения в ремиссии: чаще галлюцинаторные переживания, реже навязчивость, ипохондрические и двигательные-волевые нарушения; не исключается воз-

\* Под этим термином описываются обычно манифестные проявления заболевания.

возможность реактивных параноидных переживаний. У всех больных в ремиссии с психогенными включениями отмечена эмоциональная неустойчивость и чувство неопределенного страха [7].

Существуют разные мнения о возможности перерастания реактивных состояний в шизофрению [2, 5, 9].

Клиника больных шизофренией, опасных для общества, отличается рядом особенностей: отмечается преобладание стертых форм шизофрении, психопатология которых остается незамеченной до совершения больными криминальных действий (значительный процент составляют больные с вялым течением заболевания). Диагностика таких больных в связи с невыраженностью шизофренической симптоматики и наличием экзогенных включений, зависящих от психогенных факторов, нередко представляет большие сложности, тогда как в судебно-психиатрической практике точности диагностики придается исключительное значение. Нередко такие больные определенные признаки заболевания обнаруживают лишь спустя много времени с момента пребывания в травмирующей ситуации.

Для разрешения указанных вопросов большое значение имеет изучение клиники больных с позиции «психиатрии течения».

Рассматривая в историческом аспекте развитие взглядов на шизофрению, можно убедиться, что деление шизофрении на отдельные формы имеет смысл только тогда, когда изучается и тип течения—стереотип развития этих форм. Как показал А. В. Снежневский [14], отдельные формы шизофрении в клинической практике могут правильно диагностироваться лишь на основе установления клинического стереотипа течения заболевания в ее естественных границах, клинически установленных в литературе, где отражена относительная самостоятельность отдельных форм шизофрении, различия в клинических проявлениях в зависимости от целого ряда эндогенных и экзогенных условий, в том числе предшествующих или возникших в течение шизофрении различных вредных влияний, включая психогенные воздействия. С позиций динамической концепции представляется возможность лучше уточнить особенности развития отдельных проявлений шизофрении, психопатологическую структуру обострений заболевания под влиянием психогенных факторов. Такой подход может способствовать выявлению и дополнительных диагностических критериев для отграничения психогенных дебютов шизофрении от реактивных заболеваний.

Настоящее сообщение основано на результатах клинико-катамнестического исследования (катамнез 10—15 лет) 152 больных шизофренией, совершивших криминальные действия и в связи с этим подвергшихся в 1950—1954 г. судебно-психиатрической экспертизе. Систематизируя больных по А. В. Снежневскому [15], мы выделяли три основные формы течения шизофрении: непрерывную, шубообразную и периодическую и частные формы шизофрении: параноидную, вялотекущую, ядерную, легированную, периодическую и синдром simplex.

В наших наблюдениях значительно преобладали больные с параноидной и вялой формами течения шизофрении, больные с периодической, легированной и ядерной формами встречались реже. Подавляющее большинство составляли мужчины, особенно в числе больных ядерной, вялотекущей и с синдромом *simplex*.

Клиника у всех больных отличалась полиморфизмом и стертостью психопатологических проявлений, преобладанием психопатоподобной симптоматики. У многих больных имели место различные экзогенные вредности, в том числе массивная хроническая алкоголизация. В условиях психотравмирующих вредностей клиника обследованных больных находилась в соответствии с той или иной формой течения заболевания, что находило отражение в особенностях клиники как психогенных дебютов шизофрении, так и других этапов ее течения.

Следует отметить, что психогенные дебюты по своей психопатологической структуре отличались от начальных проявлений шизофрении вне психотравмирующих условий. Они преобладали у больных с легированной и ядерными формами. Реже они наблюдались у больных параноидной и периодической формами, в отдельных случаях— у больных вялотекущей формой, не наблюдались у больных с синдромом *simplex*. Начало и течение психогенных дебютов было неоднородным. У больных легированной формой они начинались по типу острых депрессивно-параноидных состояний, которым предшествовали кратковременные невротические проявления (непокойный сон, головные боли, подавленность, тоскливость). В последующем эти приступы усугублялись и имели различную психопатологическую картину. В одних случаях наблюдалось преобладание кататонического возбуждения с речевой бессвязностью, страхом и нестойкими отрывочными идеями отношения и воздействия; в других—наряду с наличием депрессии, выраженной в разной степени, доминировала параноидная или галлюцинаторно-параноидная симптоматика.

У больных ядерной формой начало манифестных приступов проявлялось острым психотическим состоянием с тревогой, страхом, галлюцинаторно-параноидной и кататонической симптоматикой. В дальнейшем в клинике преобладали галлюцинаторно-параноидные и кататонические симптомы.

Начало психогенных дебютов у больных параноидной формой отличалось наибольшим разнообразием клинических проявлений. У одних начальная симптоматика проявлялась астено-невротическими явлениями на фоне депрессии, в последующем возникали оклики, угрожающие голоса, идеи отношения; у других—острыми галлюцинаторно-параноидными или параноидными явлениями с дезориентировкой, тревогой, страхом, отказом от еды; у некоторых же—острым кататоническим возбуждением или параноидальным синдромом.

У больных периодической формой заболевания психогенные дебюты отличались большим аффективным напряжением. В одних случаях наблюдались депрессия и расстройство сна, в других—тревога, страх и рас-

терянность, в третьих—кататоническое возбуждение. В дальнейшем психоз протекал с аффективными, кататоно-онероидными приступами или по типу острой парафрении (с преобладанием идей величия, ярких идей воздействия, повышенного настроения).

У больных вялотекущей формой заболевания психотические дебюты в связи с психогенными факторами также отличались клиническим разнообразием. Начинались они острым галлюцинаторно-параноидным состоянием или острой депрессией с наличием страха, слуховыми галлюцинациями, двигательным и речевым возбуждением; в других случаях—вяло-апатическим состоянием или псевдодементным синдромом. Острые психотические явления, как правило, были непродолжительными. Характер динамики последующего многолетнего течения заболевания давал полное основание относить его к вялотекущей шизофрении.

Изучая особенности клиники более отдаленных этапов течения заболевания у больных в психотравмирующих условиях, мы наблюдали наибольшее влияние психогенного фактора у больных легированной, периодической и ядерной формами шизофрении. Реакция на психогенные вредности была менее выраженной у больных с синдромом *simplex*. Больные вялотекущей формой по сравнению с больными параноидной формой шизофрении значительно чаще оказывались более чувствительными, хотя и менее бурно реагировали на психогенные вредности.

Касаясь особенностей психогенно обусловленных ухудшений заболевания, можно отметить, что у больных легированной формой, совершивших криминальные действия в психическом состоянии, в условиях судебной ситуации, как правило, возникало усиление и усложнение психопатологической картины с наличием острой спутанности, рече-двигательного возбуждения, галлюцинаторно-бредовых переживаний, кататонических симптомов. Если такие больные совершали криминалы в состоянии ремиссии, то они реагировали на судебную ситуацию возникновением выраженной психотонической симптоматики, которая проявлялась атипичной клиникой в форме «большого синдрома». Психотические состояния у них начинались с депрессивной симптоматики.

У больных периодической формой, совершивших криминальные действия во время приступов, в период судебной ситуации также наблюдалось усиление и усложнение психотической симптоматики. Если больные привлекались к уголовной ответственности в состоянии ремиссии (преобладал психопатоподобный тип ремиссии), то у них наблюдалось в основном усиление имевших место в ремиссии психопатологических симптомов—различных неврозоподобных расстройств (аффективная неустойчивость, астено-ипохондрическая), депрессии, тревоги, вялости, заторможенности, невыраженных расстройств мышления, подозрительности, окликов. Как правило, через короткое время состояние у больных улучшалось. У отдельных больных первоначальные нерезкие психические нарушения в последующем трансформировались в выраженные болезненные состояния с преобладанием кататоно-онероидных симптомов; в других случаях—с выраженной галлюцинаторно-параноидной симпто-

матикой на фоне речевого и двигательного возбуждения, с речевой разорванностью, неопрятностью; в-третьих—с вяло-апатической симптоматикой, временами бредом, возбуждением. В таком состоянии больные оставались продолжительное время. Отдельные больные в состоянии психопатоподобной ремиссии со значительными «негативными» изменениями личности и массивной хронической алкоголизацией на судебную ситуацию не реагировали.

Усиление и усложнение психопатологической симптоматики в условиях судебно-психиатрической экспертизы обнаруживалось и у больных ядерной формой, совершивших криминальные действия в психотическом состоянии. В их клинике преобладали кататонические симптомы, психомоторное возбуждение, автоматизмы. У некоторых больных наблюдался некоторый «ситуационный налет»—яркие зрительные галлюцинации, бредовые идеи, которые отражали психотравмирующую ситуацию. В последующем у всех больных течение психоза было злокачественным. Не наблюдалось ухудшения психического состояния в условиях судебной ситуации у больных с синдромом *simplex* (в рамках ядерной формы).

У больных параноидной формой шизофрении отмечены значительные различия в степени и характере психопатологических проявлений в условиях психотравмирующей ситуации. В ряде случаев превалировал выраженный ситуационный тип психической реакции—расстройство сна, невротические проявления, подавленность, тоска, тревога, страх, растерянность, дезориентировка, истерические реакции, пуэрильно-псевдодементная симптоматика, слуховые, зрительные галлюцинации и бредовые переживания с ситуационным содержанием, кататонические явления (от легкой заторможенности до субступорозных и ступорозных состояний). В других случаях сразу же отмечалось усиление параноидной симптоматики без отражения в ней психогенных факторов; иногда такое течение выявлялось после спада экзогенного налета. В молодом возрасте была более выражена кататоническая симптоматика и после 40 лет—депрессивная и ипохондрическая. Отчетливо выявлялась зависимость выраженности психопатологических проявлений и содержания бредовых переживаний от глубины шизофренического дефекта, психопатизации, личностных установок. В клинике больных с шубообразным течением заболевания ситуационные факторы находили широкое отражение, при наличии у них психогенных дебютов в прошлом. Реакция на психотравмирующую ситуацию в таких случаях чаще проявлялась реактивной симптоматикой.

Больные вялотекущей формой реагировали на судебную ситуацию ухудшением психического состояния, которое проявлялось разнообразной симптоматикой (психопатоподобной, неврозоподобной, параноидной). У многих на первый план выступала реактивная симптоматика. Нередко возникшая вначале реактивная симптоматика вскоре проходила, и выявлялись собственно процессуальные симптомы, которые были стойкими и держались длительное время. У части больных ухудшение

проявлялось нерезко (скоропроходящими психическими расстройствами, преимущественно с экзогенными включениями). Вместе с тем отдельные больные, в их числе больные с относительной сохранностью личности и преобладанием в клинике заболевания неврозоподобной симптоматики, не обнаруживали ухудшения психического состояния во время судебной ситуации. В то же время в иных условиях, при различных бытовых неприятностях, они часто реагировали ухудшением психического состояния.

У больных с синдромом *simplex* в рамках вялого течения в условиях судебной ситуации ухудшение психического состояния проявлялось различными неврозоподобными расстройствами (подавленность, тоскливость, ипохондричность), усилением вяло-апатической симптоматики, возникновением подозрительности, настороженности, эпизодических нерезких расстройств мышления, окликов, нестойких и невыраженных идей отношения и преследования. У больного, злоупотреблявшего алкоголем, наблюдались зрительные галлюцинации, которые были лишены яркости. Указанные психопатологические явления отличались невыраженностью и нестойкостью.

Касаясь диагностических ошибок, допущенных в разное время во время судебно-психиатрических экспертиз в отношении обследованных нами больных при изменении их психического состояния в условиях психотравмирующей ситуации, следует отметить, что все они проявлялись в недооценке тех или иных проявлений шизофрении. Недостаточный учет динамики заболевания, определенная настороженность экспертов к высказываниям больных, недоучет их жалоб, фиксация внимания на различных нетипических для шизофрении психопатологических проявлениях или сопутствующих заболеваниях—все это в какой-то степени приводило к ошибочной диагностике реактивных заболеваний, психопатий, истерических реакций и других невротических проявлений, маниакально-депрессивных и алкогольных психозов, посттравматических и органических заболеваний центральной нервной системы, хронического алкоголизма и др. Наибольшие диагностические трудности возникали в случаях с вялотекущей формой (более чем у половины больных необоснованно отвергался диагноз шизофрении), т. к. было трудно отграничить шизофрению от психопатии, реактивных состояний, различных невротических проявлений, хронического алкоголизма, травматических и органических поражений, а также сосудистых заболеваний головного мозга. У больных периодической формой наиболее часто ошибочно диагностировались реактивный, острый алкогольный и маниакально-депрессивный психозы. В меньшей части случаев ошибочная диагностика имела место у больных параноидной формой шизофрении (чаще на инициальном этапе заболевания). Ошибочно диагностировались реактивные состояния, маниакально-депрессивный психоз, олигофрения, органические заболевания центральной нервной системы и др. Некоторые больные легированной формой в ремиссиях расценивались как психопатические личности, а в случаях, когда заболевание протекало по типу ядерной шизофрении.

в инициальном периоде отвергалось наличие психического заболевания. Больные с синдромом simplex иногда рассматривались как психопаты, в других случаях ставился диагноз органического заболевания центральной нервной системы.

Резюмируя изложенное, следует отметить, что чувствительность обследованных больных к психотравмирующим вредностям и структура их психопатологических проявлений находились в определенном соответствии с той или иной формой течения шизофрении и особенностями ее динамики, зависели от глубины поражения, возраста и других факторов.

Таким образом, при рассмотрении шизофрении в аспекте «психиатрии течения» создается возможность для уточнения ранних ее проявлений и типических особенностей психопатологической динамики. С позиций динамической концепции представляется возможность полнее оценить роль психогенных факторов, в частности судебно-психиатрических условий, в формировании психопатологической структуры заболевания, что может иметь значение для более правильной клинической оценки состояния больного.

Институт психиатрии АМН СССР

Поступило 15/V 1966 г.

Վ. Մ. ՇՈՒՄԱԿՈՎ

### ՊՍԻԽՈՓԵՆ ԳՈՐԾՈՆԻ ԴԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՇԻԶՈՖՐԵՆԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅՈՒՄ

#### Ա մ փ ո փ ո լ մ

Տարբեր ժամանակներում հասարակական-վտանգավոր արարքներ կատարած և այդ կապակցությամբ դատական-պսիխիատրիկ էքսպերտիզայի ենթարկված 152 շիզոֆրենիայով հիվանդի կլինիկո-կատամնեստիկ ուսումնասիրության հիման վրա պարզվել է, որ հիվանդների զգայունությունը դեպի պսիխոտրավմատիկ վնասները, նրանց հիվանդության պսիխոպաթոլոգիկ կառուցվածքը համապատասխանության մեջ են գտնվում շիզոֆրենիայի այս կամ այն տեսակի և նրա դինամիկայի հետ: Պսիխոգենիկ գործոնը ամենից ավելի մեծ ազդեցություն է գործում խառը, պարբերական և միջուկային տեսակներով հիվանդների մոտ: Դեպի պսիխոգենիկ վնասների ավելի փոքր ունակցիա են հանդես բերում simplex սինդրոմով հիվանդները:

«Ընթացքի պսիխիատրիայի» դիրքերից հետազոտելիս ավելի մեծ հնարավորություններ են ստեղծվում ճշտել պսիխոգենիկ գործոնի դերը, մասնավորապես դատա-պսիխիատրիկ պայմանների, հիվանդության պսիխոպաթոլոգիկ կառուցվածքի ձևավորման ժամանակ:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бунеев А. Н. В кн.: Проблемы судебной психиатрии. М., 1958, стр. 45.
2. Введенский И. Н. Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова. М., 1955, стр. 20.
3. Гиляровский В. А. В кн.: Психиатрия. М., 1954, стр.
4. Гиляровская С. А. В кн.: Актуальные проблемы психиатрии. М., 1959, стр. 196.

5. Гуревич А. И. В кн.: Вопросы судебной психиатрии. М., 1960, стр. 139.
6. Детенгов Ф. Ф., Озерецковский Д. С. В сб.: Современная психоневрология, т. 2, М., 1937.
7. Жариков Н. М. Проблемы психиатрии, 1961, 9, стр. 217.
8. Иммерман К. Л. Проблемы судебной психиатрии, 1959, 8, стр. 190.
9. Иммерман К. Л. Проблемы судебной психиатрии, 1961, 9, стр. 121.
10. Кербиков О. В. Труды психиатрической клиники I Московского медицинского института. М., 1934, стр. 20.
11. Нутенко Э. А. Тезисы докладов IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, т. I, М., 1963, стр. 128.
12. Полтавский В. Г. Невропатология и психиатрия, 1964, 9, стр. 1374.
13. Семенов С. Ф. В кн.: Шизофрения. М., 1962, стр. 215.
14. Снежевский А. В. Невропатология и психиатрия, 1960, 9, стр. 1163.
15. Снежевский А. В. Вестник АМН СССР, 1966, 3, стр. 3.
16. Тальце М. Ф. Проблемы судебной психиатрии, 1957, 7, стр. 268.
17. Фелинская Н. И. Проблемы клиники, судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии шизофрении. Труды, т. 3, в. 15, М., 1964, стр. 217.
18. Холодковский Е. М. В кн.: Проблемы судебной психиатрии. М., 1938, стр. 145.
19. Bumke O. Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin, 1932, Bd. 9, t. 5, s. 372.
20. Jacobi W. Allz. Psychiatr., 1922—1923, Bd. 79, s. 351.
21. Lange J. L. Ges. Neurol. Psychiatr., 1922, Bd. 80, s. 200.