

Н. И. ОЗЕРЕЦКИЙ

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ ВЫСШИХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Утверждено Наркомпросом РСФСР

Издание второе
дополненное
и переработанное

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
НАРКОМПРОСА РСФСР
ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ. ЛЕНИНГРАД. 1938

Ответственный редактор *А. П. Кубарева*. Технический редактор *А. В. Андерсон*. Корректор *Н. Н. Васильева*. Сдано в набор 3 января 1938 г. Подписано к печати с матриц 21 мая 1938 г. Печ. л. 201/2. Уч.-авт. л. 26,66. Авт. л. 26,66. Бум. л. 101/4. Тираж 5000. В 1 бум. л. 97216 печ. знаков. Формат бумаги 60×93. Бумага Каменской фабрики Леноблгорлит № 1677. У-97. Учпедгиз № 9358. Заказ № 641.

Цена 3 р. 60 к. Переплет 1 р. 50 к.

Набрано и сматрицировано во 2-й типографии
ОГИЗа РСФСР треста «Полиграфкнига»
«Печатный Двор» им. А. М. Горького. Ленинград
Гатчинская, 26.

Отпечатано с матриц в 4-й типографии ГОНТИ
НКТП СССР «Красный Печатник». Ленинград,
Международный пр., 75а.

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ.

Четыре года отделяют первое издание данного пособия от второго — срок, вполне достаточный для того, чтобы часть ранее опубликованного материала до известной степени уже устарела, часть потребовала тщательного пересмотра в свете установок, данных в историческом постановлении ЦК партии от 4/VII 1936 г. «О педологических извращениях в системе Наркомпросов». Многие из этих извращений имели место также и в психопатологии детского возраста, в известной степени помогавшей и теоретически обосновывавшей вредную педологическую практику. Сказанное прежде всего относится к вопросу о наследственности, в учении о которой нередко без достаточной критики воспринимались данные буржуазной науки, что приводило к реакционным выводам о фаталистической обусловленности судьбы детей биологическими факторами.

Не менее существенным извращением являлось также учение об олигофрении. Эта глава была значительно расширена за счет «психологической диагностики», в которой тестирование при постановке диагноза зачастую играло решающую роль. Вместо узкого, строго очерченного медицинского понятия, термин «олигофрен», потеряв свои клинические границы, стал широким, всеобъемлющим штампом, которым пользовались не только врачи, но в значительной степени также и педологи, психологи, педагоги. В результате этого большой процент детей, по тем или иным причинам неупомянутых в массовой школе, совершенно неправильно зачислялся в разряд олигофренов. В учении об олигофрении были и другие извращения, когда, например, многие из клинических форм этого заболевания рассматривались как наследственно обусловленные, что приводило на практике к разоружению в борьбе за здоровое поколение.

Беспредельно расширены были также и рамки «психопатии». Не вскрывая сущности тех или иных характерологических уклонений у детей, их часто безоговорочно зачисляли в разряд психопатических личностей. При этом нередко случалось, что врачи попросту переводили на медицинский язык те жалобы, с которыми ребенок направлялся в амбулаторию. Например, родители или школа жаловались на возбудимость ребенка, и он получал диагноз: Erregbare (возбудимый), жалобы на неустойчивость переводились медицинским термином Haltlose (неустойчивый), жалобы на взрывчатость, агрессивность — Explosible (взрывчатый) и т. д. Но эти термины не были только переводом жалоб, они являлись «медицинским диагнозом», штампованным детей как психопатов, искусственно повышавшим процент психически аномальных детей. В результате подобного «медицински обоснованного» заключения школа получала право на удаление этих детей, как «трудных в воспитательном отношении», а сам ребенок — часто неизгладимую травму на всю жизнь.

В учении о психопатиях, а также и о неврозах особенно часто находили себе место реакционные взгляды на неизменность социальной среды, которой приписывались качества биологического закона. Живого ребенка сводили к марионетке, судьба которой всецело зависела от внешних сил. Кроме того, в учении о неврозах то в неприкрытом, то в завуалированном виде протаскивались взгляды Адлера, Фрейда и др.

Ограничиваясь в предисловии лишь схематическим перечислением наиболее существенных извращений, имевших место в психопатологии детского возраста, мы в соответствующих главах данной книги останавливаемся на них подробнее.

В целях достижения большей иллюстративности различных форм психических заболеваний и аномалий, пособие дополнено описанием клинических случаев и большим количеством рисунков. Кроме того, мы включили в него две новых главы («История детской психиатрии» и «Эндокринопатии»).

Значительно изменен принцип построения указателя медицинских терминов. Структура его в первом издании вызывала необходимость отыскивания значения того или иного термина на соответствующей странице руководства, что часто затрудняло слушателей, отнимая у них лишнее время. В настоящем издании каждый термин сопровождается непосредственным пояснением в тексте указателя и кроме того ссылкой на соответствующую страницу, на которой он встречается в книге.

Если внесенные во второе издание дополнения и поправки помогут слушателям лучше ориентироваться в сложной и трудной области психопатологии детского возраста, мы будем считать свою задачу выполненной.

Автор.

Приступая к изучению психопатологии детского возраста, необходимо поставить перед собой ряд вопросов: 1) Что такое болезнь? 2) Чем вызывается болезнь, каковы причины заболевания? 3) Как проявляется болезнь (ее симптомы)? 4) Как течет болезнь и чем она заканчивается (исходное состояние)? 5) Каков патолого-анатомический субстрат (почва), на котором развивается болезнь? Всех этих вопросов мы коснемся в общей части руководства, в специальной же части будем говорить об отдельных болезнях и болезненных состояниях, встречающихся у детей и подростков, а также о мерах предупреждения и лечения болезней.

І. ПОНЯТИЕ О БОЛЕЗНИ, ЗДОРОВЬИ И НОРМЕ.

Приводить здесь *пригодное для всех случаев*, т. е. абстрактное, определение понятия болезни мы не будем. Классики марксизма всегда предостерегали от поисков таких всеобъемлющих, годных для всех случаев жизни, определений. Ленин называет игру в подобные научные «дефиниции» (определения) схоластикой, ведущей к отрыву теории от практики. О том же говорит Энгельс («Анти-Дюринг»), когда он, например, дает определение сущности жизни.

Отказавшись поэтому от абстрактного определения понятия болезни, мы для практических целей будем пользоваться определением психической болезни, даваемым Гилляровским: «Это общее заболевание организма с ведущими изменениями деструктивного (нарушение строения) или нутритивного (питания) характера в мозгу, с общим изменением всей психической личности, с нарушением ее контакта с окружающим и с временным или постоянным снижением ее социальной ценности».

К определению психоза, даваемому Гилляровским, необходимо добавить, что в повседневной жизни мы имеем дело не с болезнями, а с больными, лечим мы не болезнь, а конкретного больного во всех его бесконечно сложных взаимоотношениях с окружающей жизнью.

Наряду с понятием «болезнь» в психиатрической практике употребляется также понятие «психическая аномалия», т. е. своеобразное отклонение от «нормы». Чтобы яснее представить себе подобные отклонения, мы должны будем условиться в том, что следует понимать под «нормой».

Абсолютной метафизической нормы нет, так как нормальное при одних условиях является ненормальным при других. Старые авторы

рассматривали норму как «созданный творцом первоначальный, совершенный тип человека» (М о р е л ь — Morel) или как «объединение высших ценностей вида» (Г и л ь д е б р а н д т — Hildebrandt). Хотя в настоящее время взгляды Мореля и Гильдебрандта на норму и не разделяются, но все же и сейчас некоторыми буржуазными учеными норма отождествляется с абсолютным понятием совершенного; это так называемая норма — идеал.

Подобное определение нормы является абстрактным. Не менее абстрактным является определение нормы, только как количественного масштаба оценки, как неизменной величины, взятой вне всякой связи с классовой социально-экономической характеристикой общества.

Наиболее существенным недостатком статистического определения нормы является отсутствие учета тех влияний, которые создают количественную разницу. Без такого качественного анализа нередко в одной группе объединяются весьма различные по своим свойствам лица, или присущие этим лицам отдельные признаки, так как статистическая норма не в состоянии охватить индивидуума в целом, отобразить всю совокупность свойств его личности. Отсутствие при статистическом определении нормы качественного масштаба оценки, игнорирование рассмотрения коллектива с точки зрения его исторического развития, отсутствие учета конкретной социальной обстановки — все это вместе взятое нередко на практике приводит к реакционным выводам, когда такой фиктивной «объективной» нормой прикрываются классовые интересы буржуазного общества.

В применении к человеческой личности (в частности, к развивающейся личности ребенка) норма является понятием не статически-биологическим, а историческим и классовым. Главной основой образования человеческого поведения является трудовая, практически чувственная деятельность.

Реакционная сущность буржуазной науки и заключается в том, что она берет объектом анализа личность, сторванную от социально-исторического процесса, рассматривая личность лишь в процессе ее индивидуальной жизни, индивидуального развития.

Обобщая все сказанное, следует рассматривать норму как масштаб оценки, в котором в одинаковой степени являются важными и количественная мера и качественная оценка. При этом особенно следует помнить, что норма должна браться динамически в конкретных условиях, во взаимосвязи с данным этапом исторического развития общества, с учетом социальной сущности субъекта и требованиями общественной практики (классовая характеристика), с учетом возрастных особенностей и т. д.

В связи с таким пониманием «нормы» о «психической аномалии» обыкновенно говорят в тех случаях, когда внутренний конфликт личности или конфликт со средой (личности, обязательно взятой в конкретно-историческом плане, с тщательным анализом социально-классовой природы данного ее состояния) обусловлен частичными психическими отклонениями, являющимися в известной степени конституциональными, а потому и носящими более или менее стойкий,

но отнюдь не фатальный и не неизменный характер.¹ Подобные психические отклонения могут (если они не будут выправлены своевременно примененными надлежащими воспитательными средствами) в той или иной степени понизить социальную значимость субъекта, как члена определенного общественного класса со всеми присущими ему, в зависимости от этого, особенностями.

Только продуманное, внимательное, планомерное изучение личности дает возможность правильно разобраться в болезненных состояниях и психических аномалиях, которые в повседневной практике встречаются в самой разнообразной расцветке (от ярко выраженных до сглаженных, туманных, неотчетливых симптомов), а следовательно, в конечном результате и оказать ту или иную лечебную и педагогическую помощь.

II. ЭТИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ УКЛОНЕНИЙ.

Этиология. — учение о причинах болезни; этиология отвечает на вопрос, *почему возникает заболевание*, какова его причина. От этиологии необходимо отличать патогенез — учение о происхождении болезни; патогенез отвечает на вопрос о том, *как развивается заболевание*, в чем его сущность.

Вопросов патогенеза мы будем касаться при описании отдельных заболеваний, в настоящей главе будем говорить только об этиологии, т. е. о причинах психических болезней и психических аномалий.

Перечислить все разнообразие причин, вызывающих психические заболевания и аномалии, было бы совершенно невозможно; для целого ряда случаев трудно также допустить и то, что их обуславливает лишь одна причина, а не совокупность многих факторов. В целях более наглядного представления об этиологии психических болезней и аномалий мы должны будем подвергнуть тщательному анализу факторы внешней среды (экзогенные — внешние факторы), а также изучить предрасположение, сопротивляемость и приспособляемость организма и его нервной системы (эндогенные — внутренние факторы). Подобное деление на экзогенные и эндогенные факторы является весьма условным, разграничение их в клинической картине подчас совершенно невозможно, так как они между собой тесно переплетаются и, кроме того, тот или иной экзогенный фактор с течением времени может стать фактором эндогенным. Например, сифилис, внося изменения в конституцию больного, создает известное предрасположение к тем или иным заболеваниям.

Несмотря на то, что большинство современных ученых признает единство и неразрывность эндогенных и экзогенных факторов, все же в существующих руководствах по психиатрии эти факторы описываются отдельно, что диктуется соображениями учебного характера (большая наглядность изложения). Существующего порядка, хотя,

¹ Конституция (от *constitutio* — состояние, сложение, свойство) — индивидуальные свойства и особенности, более или менее интенсивно и длительно влияющие на сопротивляемость организма, на его способность к реакциям на различные воздействия.

повторяем, теоретически и неоправданного, но весьма удобного для учебных целей, будем придерживаться и мы при описании этих факторов.

Социальные факторы. Физические и биологические причины болезни действуют на человека в определенных условиях его социальной среды, в силу чего социальные факторы в заболеваемости человека играют ведущую, основную, решающую роль. Эта роль тем больше и значительнее, чем сложнее структура общества, чем обостреннее и глубже классовые противоречия.

Различие в социальных условиях приводит к тому, что один и тот же физический или биологический агент действует неодинаково, иллюстрацией к чему может служить хотя бы проблема утомляемости при социалистических формах труда (у нас труд как оздоравливающий фактор при неврозах) и при труде принудительном в условиях капиталистического общества.

В одних случаях влияние социальных факторов на нервно-психическую заболеваемость может быть непосредственным, в других (значительно чаще) — предрасполагающим моментом для обнаружения вредных физических или биологических воздействий. Из социальных факторов следует отметить следующие, наиболее существенные: экономический, жилищный, фактор культуры и грамотности, профессиональный и пр.

О значении экономического фактора лучше всего судить на основании данных о частоте заболеваемости и смертности среди различных слоев населения. По Г о м б у р г е р у в Германии у женщин состоятельных классов самопроизвольные выкидыши составляют 9,17%, мертворождения 9,85% всех родов; у женщин рабочего класса процент выкидышей поднимается до 17,89%, а мертворождений до 32,57%. Очень показательна в смысле роли социальных факторов работа Г е р ш а «Неравенство перед смертью», где он путем анализа количественно большого, объективно собранного материала (материал Парижа за 1911—1913 гг.) приходит к выводу, что социальное неравенство ведет к неравенству и перед смертью.¹

Жилищный фактор, неотделимый от других социально-экономических факторов, также оказывает вредное влияние, повышая нервно-психическую заболеваемость, так как антисанитарные условия, скученность являются рассадником для различных инфекций. Нередко также ссоры, семейные неурядицы и прочее могут явиться почвой для разнообразных душевных потрясений у детей.

Фактору культурности и грамотности, если он стоит на низком уровне, в большинстве случаев обязаны своим происхождением так называемые «бытовые» болезни (в особенности сифилис), а также и различные инфекционные болезни.

Профессия в смысле ее влияния на нервно-психические заболевания может сказываться по-разному: в одних случаях заболевание бывает непосредственно связано с вредностями профессии (свин-

¹ О резком снижении процента смертности у нас после Великой пролетарской революции см. материал в главе «Психогигиена и психопрофилактика детского возраста».

повое, ртутное отравление, физические травмы и т. д.), в других случаях профессиональные вредности predispose к заболеваниям (утомительная, напряженная работа, чрезмерные требования, предъявляемые профессией, повышенная ответственность и т. д.). Само собой разумеется, что в наших условиях этот фактор в психопатологии детского возраста не играет никакой роли, но в капиталистических странах, где беспощадно эксплуатируется детский труд, он приобретает огромное значение.

Из всего здесь сказанного можно сделать вполне определенный вывод, что всякую болезнь, прежде всего, следует рассматривать как явление социальное, в силу чего с ней необходимо бороться не только лечебными, но и социально-профилактическими мероприятиями. Еще в свое время К о р е а к о в утверждал, что «множество факторов, влияющих на распространение душевных болезней, таково, что ослабление их требует чрезвычайных усилий и чисто коренного переустройства общественных отношений и условий жизни». Ценность этого высказывания особенно велика потому, что оно сделано в дореволюционное время, когда господствующим классом было невыгодно вскрытие социальных корней болезней, так как это шло в разрез с их интересами, ограничивая возможности эксплуатации. Только советская действительность прямо и со всей полнотой поставила вопрос о социальной сущности болезней.

В условиях социалистического общества у нас процент нервно-психических заболеваний уже значительно снизился. Без сомнения, дальнейшее закрепление успехов по строительству социалистического общества приведет к еще большему оздоровлению населения.

Экзогенные факторы. Экзогенные факторы подразделяются на соматические (инфекции, интоксикации, нарушения целостности мозга, истощение) и психические (психические травмы, отрицательные аффективные переживания, так называемые психические инфекции).

Соматические факторы. Наибольшую роль в этиологии нервно-психических уклонений играют инфекции, протекающие остро или хронически. Острые инфекции (заразные заболевания) не только воздействуют на нервную систему путем соответствующих токсинов (ядов), но и производят самые разнообразные изменения в организме (изменение состава крови, нарушение обмена веществ, расстройство биохимических процессов и пр.). Нервно-психические уклонения при острых инфекциях, в большинстве случаев, бывают весьма недлительными, обыкновенно проходят с улучшением общего состояния. Чаще всего острые инфекции сопровождаются бредом, иногда обильными галлюцинациями, психомоторным возбуждением, недостаточной ориентировкой в окружающем, месте, времени. Сравнительно нередко после инфекции развивается состояние психической слабости (повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, подавленное настроение и т. д.), которое также постепенно выравнивается. В отдельных случаях (при этом у детей значительно чаще, чем у взрослых) в связи с острой инфекцией развиваются стойкие поражения мозговой ткани (размягчения на почве крово-

излияний, энцефалиты, менингиты), в результате чего остается слабоумие, наблюдаются судорожные припадки, параличи, парезы и пр. В связи с перенесенной инфекцией иногда также отмечается временная потеря речи; в некоторых случаях, на более или менее длительное время, дети теряют умение ходить и принуждены снова этому учиться. Сравнительно часто инфекции у детей сопровождаются различными нарушениями в деятельности органов чувств (особенно слуха), что нередко вредно отзывается на психическом развитии ребенка. Если инфекции часто следуют одна за другой, то, истощая организм, они могут служить причиной задержки психического развития детей. Наконец, неблагоприятное действие инфекции может сказаться в том, что она, ослабляя организм, служит толчком для обнаружения какого-либо психического расстройства.

Не менее важную роль в происхождении психических уклонений играют также хронические инфекции, или непосредственно поражающие мозг, или, вследствие связанного с ними истощения организма, понижающие сопротивляемость его вредным влияниям. Без сомнения, первое место среди хронических инфекций принадлежит сифилису в силу того, что он особенно резко поражает нервную систему.

В связи с сифилитической инфекцией часто наблюдаются выкидыши, мертворожденные, а также рождаются неполноценное потомство (глубоко умственно-отсталые дети, дети, страдающие судорожными припадками, тяжелые психопаты и т. д.). В ряде случаев, ослабляя организм, сифилис прокладывает дорогу, предрасполагает к другим нервно-психическим заболеваниям. Наконец, прогрессивный паралич, сухотка спинного мозга обязаны своим происхождением исключительно сифилису.

Роль туберкулеза в этиологии психических уклонений менее выявлена, и всего скорее можно думать, что, истощая организм, туберкулез играет лишь роль предрасполагающего фактора.¹

Наряду с инфекциями весьма важное значение в этиологии психических уклонений принадлежит также и интоксикациям (отравлениям), среди которых особенно часто встречается алкоголизм. Алкоголь действует как на нервную систему (прекрасный растворитель жировых и жироподобных веществ, из которых преимущественно состоят элементы нервной системы), так и на весь организм в целом (в особенности на сосудисто-сердечную систему, железистые органы). В одних случаях алкоголизм является непосредственной причиной заболевания, в других случаях, ослабляя организм, он играет роль предрасполагающего фактора. В детской практике приходится считаться как с алкоголизмом родителей, так и самих детей. В связи с алкоголизмом родителей очень часто наблюдается повреждение зачатка, в результате чего рождаются психически неполноценные дети (олигофрены, эпилептики, психопаты и пр.) или физически ослаблен-

¹ Здесь мы имеем в виду лишь роль туберкулеза в этиологии психических заболеваний. Что касается нервных болезней, то в их происхождении туберкулез является иногда непосредственной причиной (например, туберкулезный менингит).

ные, предрасположенные к различным заболеваниям. В случаях алкоголизма детей наблюдается задержка умственного и физического развития, склонность к судорожным припадкам, повышенная ранимость, неустойчивость организма к инфекционным заболеваниям, алкогольные психозы.¹

К экзогенным факторам относятся также физические травмы, или грубо нарушающие целостность вещества мозга, или производящие малые, едва заметные повреждения (например, незначительные, многочисленные кровоизлияния в мозговое вещество при сотрясении мозга). В зависимости от силы травмы, величины нанесенного повреждения, уклонения со стороны нервной системы могут быть или временными, или более стойкими. В последнем случае нередко отмечаются очаговые расстройства, судорожные припадки, стойкое слабоумие и т. д. Иногда связь тех или иных расстройств нервной системы с травмой бывает не столь очевидна, так как болезненные симптомы развиваются некоторое время спустя после нанесенного повреждения. Это чаще всего бывает в случаях судорожных припадков, обязанных своим происхождением рубцовым изменениям, образовавшимся после бывшего кровоизлияния в мозг. В отдельных случаях травма может спровоцировать какое-либо другое заболевание (например, случаи возникновения приступа маниакально-депрессивного психоза после травмы головы). Детям травматические повреждения мозга чаще всего наносятся во время родов (узкий таз, наложение щипцов, длительная асфиксия и т. д.). Иногда незначительная травма черепа, особенно у детей психопатов, сопровождается (чаще однократными, реже многократными) судорожными припадками.

Такую же роль, как травма, играют опухоли мозга, которые в зависимости от локализации сопровождаются теми или иными мозговыми явлениями.

Роль истощения и переутомления в происхождении психических уклонений расценивается разными авторами неодинаково. На истощение большинство авторов смотрит как на момент, предрасполагающий к болезни, и лишь в немногих случаях как на производящий ее. Что касается переутомления, то ему отводится сравнительно скромная роль. По этому поводу Б л е й л е р говорит, что «общий упадок сил не есть невроз». Не столько переутомление играет роль в происхождении психических уклонений, сколько аффективные трудности, отрицательная эмоциональная установка, о чем мы будем подробно говорить при описании неврастении и псевдоневрастении.

П с и х и ч е с к и е ф а к т о р ы. Психические причины являются «самыми важными и богатыми источниками сумасшествия, как потому, что они готовят, так и, главным образом, потому, что они непосредственно вызывают заболевания» (Г р и з и н г е р). Таков был взгляд во второй половине XIX в. на роль психических факторов

¹ Следует оговориться, что у нас алкоголизм в детском возрасте встречается в настоящее время лишь в виде крайне редкого исключения. Что касается других интоксикаций у детей (кокаинизм, морфинизм и пр.), то с ними в детской психиатрической практике сейчас встречаться совершенно не приходится, а потому мы на них здесь совсем не останавливаемся.

в этиологии душевных болезней. Этот взгляд до известной степени в широких слоях публики удержался и до настоящего времени. Неспециалисты склонны почти всякое душевное заболевание объяснять психическими моментами, в то время как специалисты резко ограничивают роль психических факторов в этиологии душевных болезней. Без сомнения, в отдельных случаях (преимущественно реактивные состояния) психическая травма является непосредственной причиной заболевания, в других же случаях (и притом значительно чаще) этот фактор играет больше роль предрасполагающего или провоцирующего момента. К числу таких наиболее часто встречающихся психических травм относятся: сильное горе, резкий испуг, страх, ужас и другие тяжелые эмоциональные переживания, действующие на психику или внезапно или исподволь. В одних случаях заболевание наступает непосредственно вслед за тяжелым, отрицательно окрашенным, эмоциональным переживанием, в других случаях — спустя некоторый промежуток, чаще после повторного или длительного воздействия.

Психическая инфекция (зараза) развивается у легко внушаемых субъектов под влиянием подражания, словесного воздействия, воспринятого без критики (например, мигание, икота, рвота, безудержный смех, заикание* и т. д.). Иногда психическая зараза может принять характер эпидемии, когда она захватывает большое количество лиц.

В детском возрасте, когда эмоциональная сфера особенно чувствительна и живо реагирует на различные внешние моменты, роль психической травмы приобретает сравнительно большее значение, чем у взрослых. Правда, у детей приходится считаться с меньшей глубиной переживаний, с физиологическим тяготением их к положительно окрашенным эмоциональным переживаниям, в силу чего, по сравнению со взрослыми, реакция их менее интенсивна, более кратковременна. У детей в качестве травмирующих психику моментов нередко встречаются несоответствующие возрасту по силе и содержанию различные впечатления, что иногда бывает связано с семейными конфликтами, неурядицами, когда ребенок становится их непосредственным участником или свидетелем. Не так уже редко, в качестве травмирующих психику ребенка моментов, встречаются: грубые окрики, запугивание, угрозы наказания, предъявляемые к нему непосильные требования, страшные рассказы и многое другое.

Эндогенные факторы. Н а с л е д с т в е н н о с т ь. Из эндогенных факторов на первом месте стоит наследственное предрасположение. В учении о наследственности можно отметить два направления, связанных с именами **М о р е л я** и **М е н д е л я**.

Первое направление имеет своим источником учение Мореля о вырождении (дегенерации): «первое поколение — нервный темперамент, нравственная несостоятельность, излишества; второе поколение — склонность к инсультам, тяжелый невроз, алкоголизм; третье поколение — психические расстройства, самоубийства, умственная несостоятельность; четвертое поколение — идиотизм, уродства и, наконец, бедность и гибель рода». Исходя из этого учения

Мореля, в наследственности больных отыскивались только что перечисленные отягощающие моменты, после чего методом массовой статистики вычислялся процент наследственного отягощения при различных заболеваниях. В зависимости от того, что авторы считали наследственным отягощением (одни принимали в расчет только нервные и душевные болезни; другие присоединяли сюда алкоголизм, дефекты развития, уродства; третьи — самоубийства, анти-социальные проступки и пр.), процент наследственного отягощения колебался у различных авторов от 5 до 95. Крепелин еще в 1883 г. указывал на недостаточность подобного изучения наследственности и настаивал на необходимости сопоставления данных о наследственности у больных и здоровых. Работы Дима и Коллера (Diem, Koller) резко подчеркнули несостоятельность данных массовой статистики, указав на то, что наследственное отягощение, в понимании последователей Мореля, встречается у душевно-больных в 78,2%, у душевно-здоровых — в 66,9%.

Подавляющее большинство современных авторов невысоко ставит подобные статистические данные наследственного отягощения и придерживается в учении о наследственности принципов Менделя.

Учение Менделя о наследственности покоится на том принципе, что в основе каждого отдельного свойства организма лежит соответствующий материальный, наследственный задаток — ген, заключающийся в идиоплазме (в хромосомах). Если гены обоих производителей (отца и матери) одинаковы (гомозиготы), то происходит простая передача данного свойства, признака; если они различны (гетерозиготы), то у потомства получается или смешанный признак, или же один ген (доминантный) получает преимущество, перевес над другим (рецессивный). Таким образом, согласно закону наследственности, потомству передаются идиотипические свойства родителей. В применении к психическим заболеваниям говорят, например, о шизоидном гене, циклоидном и т. д.

Законы наследственности по Менделю изучены у человека сравнительно мало, а потому в толковании наследственной передачи различных заболеваний у отдельных авторов нередко встречаются значительные расхождения друг с другом.¹

В дальнейшем, при описании отдельных форм психических заболеваний, мы будем говорить о роли в их этиологии наследственного отягощения, сейчас же, несколько обобщая, должны сказать, что по сравнению с прошлым, когда наследственность резко переоценивалась, в настоящем ей отводится более скромное место, и акцент в этиологии психических уклонений ставится на социальные и экзогенные факторы.

Совершенно иначе смотрят на вопросы наследственности фашисты: они приписывают ей решающую роль в происхождении огромного

¹ Для изучения наследственности у человека подробно исследуется родословная больного, в силу чего прежний статистический подсчет отступает на задний план, а его место занимают генеалогические таблицы — «родословные деревья» — систематический перечень и описание особенностей всех лиц, имеющих общее происхождение (лица одного рода).

числа психических заболеваний. Так, по фашисту Рюдину, процент наследственно обусловленных психозов у больных, помещенных в психиатрические лечебные заведения, равен якобы 70.

Пытаясь объяснить значительный процент психических болезней как неизбежные последствия патологической наследственности, трактуя болезни и смерть как оздоровление «расы» от малоценных представителей, фашисты в то же самое время делают все, чтобы только ухудшить социально-бытовые условия трудящегося населения. В изображении «теоретиков» фашизма не ужасающие социальные условия (непосильный, изнурительный труд с детства, постоянное недоедание, граничащее с голодом, отвратительные жилищные условия и пр.), а мнимая биологическая обусловленность, «прирожденные» свойства пролетариата, городской и деревенской бедноты виноваты в их подневольном положении в капиталистическом обществе. В связи с этим, чтобы «не засорять» общества, сохранить «чистоту расы», они проповедуют стерилизацию «неполноценных», «наследственно больных», а также и преступников, так как и эти последние по данным фашистской «науки» являются в своем большинстве наследственно отягощенными. Под маской борьбы за чистоту расы фашисты сводят счеты со всеми неугодными им лицами, характерным примером чему может служить то обстоятельство, что в комментариях к закону о стерилизации имеется специальный пункт, оговаривающий возможность стерилизации политических преступников. Этим последних фашисты особенно стараются изобразить как душевно-больных, психопатов.

Таковы в общих чертах «взгляды» фашистов на наследственность. Само собой разумеется, что не стерилизация удержит растущий из года в год в капиталистических странах процент психических заболеваний, а изменение самого строя, являющегося источником болезней. Этого не могут не понимать и сами фашистские «ученые», почему они так злобно и критикуют наши достижения в области снижения процента психической заболеваемости, не будучи в состоянии опровергнуть бьющие в глаза факты оздоровления нашего населения.

Врожденное предраположение. Когда паратипические свойства развиваются во время внутриутробной жизни, то тогда они являются врожденными, а не наследственными, как их иногда неправильно называют.

Различие между наследственными и врожденными заболеваниями состоит в том, что наследственные — основаны на передаче определенного предраположения от предков к потомкам, при врожденных же заболеваниях дело идет не о передаче предраположения, а о повреждении зачатка или плода самыми разнообразными вредными факторами (инфекции, интоксикации, травмы матери во время беременности и т. п.). Особенно следует подчеркнуть, что при врожденных болезнях эндогенное для ребенка является результатом экзогенной болезни его родителей. Например, при сифилисе у родителей можно ожидать повреждения зачатка или плода, поэтому в таких случаях надо говорить о врожденном, а не о наследственном сифилисе у ре-

бенка; наследственным сифилис не бывает, так как в идиоплазме он не содержится.

Приобретенным предрасположением называется такое состояние организма, которое получается в результате перенесенных в течение жизни различных заболеваний, повреждений, отравлений и т. п. Эти факторы, изменяя реакцию организма на внешние раздражения, повышают (например, иногда после перенесенной инфекции организм соматически и психически как бы обновляется), чаще же понижают его сопротивляемость различным вредным влияниям.

Накопление в течение ряда поколений болезненных наследственных признаков приводит к вырождению (дегенерации), сказывающейся на всех членах данного рода (у одних более резко, у других менее значительно). Обыкновенно дегенерация выражается в физической и психической неполноценности, уродствах, извращении влечений и пр. Наиболее часто вырождение встречается в тех случаях, в которых представители различных семей, вступающие в брак, являются наследственно резко отягощенными. Особенно благоприятные условия для вырождения получаются при браках патологически отягощенных кровных родственников. Наряду с вырождением существует и биологическая тенденция к восстановлению (регенерации).

Как в понимании наследственности, так и социальной среды целым рядом наших авторов (в особенности бывшими педологами) был допущен ряд крупнейших ошибок, которые привели на практике к реакционным выводам, к клевете на советскую действительность. Ложнонаучные, антимарксистские положения нашли свое справедливое осуждение в постановлении ЦК ВКП(б) от 4/VII 1936 г. В этом постановлении говорится, что к подобным ложнонаучным, антимарксистским положениям «относится, прежде всего, главный «закон» современной педологии — «закон» фаталистической обусловленности судьбы детей биологическими и социальными факторами, влиянием наследственности и какой-то неизменной среды. Это глубоко реакционный «закон» находится в вопиющем противоречии с марксизмом и со всей практикой социалистического строительства, успешно перевоспитывающего людей в духе социализма и ликвидирующего пережитки капитализма в экономике и сознании людей».

Поскольку в педологии были различные направления, этот «закон» преломлялся в них по-разному. Так называемое биологизаторское направление в педологии (а равно и в других, занимающихся вопросами изучения и лечения ребенка дисциплинах — психологии, педиатрии, детской психиатрии и др.) исходило из неправильных предпосылок, что основным моментом в развитии и поведении ребенка являются биологические закономерности: согласно их «теориям» ребенок в своем развитии повторяет всю историю человечества вплоть до наших дней. Развитие ребенка есть процесс, развертывающийся изнутри; этот процесс предопределен наследственными факторами. Отсюда, таким образом, вытекала фаталистическая обусловленность судьбы детей. «Теории» эти были некритически перенесены из бур-

жуазной науки, в частности, из работ Стенли Холла, Кречмера, Бинэ и др.

Другое направление в педологии («социологизаторское») в противовес роковой обусловленности судьбы детей выдвигало не менее реакционное учение о неизменной социальной среде, давящей роковым образом на ребенка «извне». Это направление также наделяло социальные отношения фаталистическими свойствами, приписывая им, в свою очередь, качества неизменного закона. В результате оказалось, что ребенок связан, сдавлен в своих активных возможностях роковой, неизменной средой.

Такое утверждение находится в явном противоречии с жизнью; живого ребенка сводит к марионетке, судьба которой зависит всецело от внешних сил. В своей основе эти «теоретики» также опирались на буржуазные учения Штерна, Адлера, Хозе Инженьерос, Фрейда и др.

Аутоинтоксикации и болезни внутренних органов одними авторами относятся к экзогенным факторам, другими — к промежуточным между экзогенными и эндогенными факторами, так как заболевание органов по отношению ко всему организму является внутренним фактором, по отношению же к мозгу — фактором внешним.

Из этих факторов наибольшую роль в детском возрасте играют болезни обмена веществ (в частности, рахит), а также расстройства эндокринного аппарата. Рахит, чаще всего начинающийся на 3—6 месяце жизни ребенка и крайне редко после 3—4 лет, вызывает нарушения не только в костно-хрящевой системе, но производит изменения и расстройства в целом ряде других систем. Так, например, в легких случаях рахита уклонения со стороны нервно-психической сферы сказываются в пугливости, подавленном настроении, раздражительности, капризности, плохом сне (иногда упорной бессоннице). В более тяжелых случаях рахит вызывает стойкую задержку умственного развития, вплоть до значительных степеней олигофрении (имбецильность, идиотия). В этих последних случаях нередко отмечается гипертрофия мозгового вещества, водянка головного мозга. Наблюдаемые иногда своеобразные изменения при рахите отдельные авторы объединяют в понятие рахитического слабоумия (*dementia rachitica*), характеризующегося наличием некоторых шизофренических симптомов (преимущественно кататонические явления), психомоторным беспокойством, слабоумием. Нередко с рахитом сочетается спазмофилия.

В связи с нарушением функции желез внутренней секреции (эндокринного аппарата) иногда наблюдается аутоинтоксикация — самоотравление организма скопившимися в нем продуктами обмена веществ.

С аутоинтоксикацией приходится встречаться у детей также при заболевании желудочно-кишечного тракта; при этих заболеваниях дети реагируют иногда судорожными припадками. Явления интоксикации могут быть также иногда обусловлены наличием кишечных паразитов: по данным Бринда, Вейнберга и др. аскариды обладают известной ядовитостью, могущей вызвать судорожные припадки,

и действующей гемолитически (способность растворять или повреждать красные кровяные шарики), в результате чего образуется малокровие. Известную роль могут играть также острицы, являющиеся иногда (чаще у девочек) причиной упорного онанизма.

Расстройства со стороны носоглотки (в особенности аденоиды и гипертрофия миндалин) иногда могут быть причиной психических уклонений. Головные боли, нарушения сна, ночное недержание мочи, рассеянное внимание, быстрая утомляемость, апатичность, вялость, связанные с расстройством дыхания, вследствие наличия аденоидов и лимфатического или эксудативного диатеза (предрасположения), — могут в некоторых случаях быть причиной задержки интеллектуального развития (*aproselia nasalis* старых авторов — неспособность к сосредоточению внимания из-за заболевания носоглотки). В ряде случаев из-за затрудненного дыхания речь становится несколько прерывистой, приобретает гнусавый оттенок, иногда к этому присоединяются шепелявость, заикание и пр. В отдельных случаях, вследствие закрытия входа в Евстахиеву трубу, задержки секрета и хронического катара среднего уха понижается слух; тугоухость, зависящая и от других факторов, может быть причиной психических уклонений (подозрительность, недоверчивость, замкнутость, боязливость и т. д.).

На других заболеваниях внутренних органов мы не останавливаемся, так как, по сравнению со взрослыми, у детей при этих заболеваниях психические уклонения встречаются несколько реже. В частности это относится к заболеваниям сердца, при которых сравнительно не часто отмечаются раздражительность, боязливость, приступы страха и т. д.

Психические уклонения, зависящие от соматических (телесных) заболеваний, называются *симптоматическими*, чем подчеркивается, что они являются не основным страданием, а лишь реакцией на соматическое заболевание. Не следует забывать, что, в свою очередь, психогенные заболевания могут вызвать соматические расстройства, а также идти параллельно с ними.

В заключение мы должны еще раз напомнить об известной условности подразделения факторов на экзогенные и эндогенные.

III. СИМПТОМАТОЛОГИЯ.

Соматическая симптоматика.

Соматические (телесные) заболевания и аномалии нередко являются хорошим подспорьем при распознавании психических уклонений.

Признаки дегенерации. Старые авторы придавали большое значение так называемым признакам дегенерации (вырождения); в настоящее время роль этих признаков значительно ограничена, и только тогда, когда имеется их совокупность, они приобретают некоторое вспомогательное значение для диагноза, никогда сами по себе не являясь основными для установления психической неполноценности.

К признакам дегенерации относятся: асимметрия черепа, неравномерное развитие обеих половин лица, резко выдающаяся вперед нижняя челюсть (прогнатизм), неправильная форма ушей (оттопыренные уши, мясистые приросшие мочки, отсутствие их, раздвоение и т. д., рис. 1 и 2), изменения со стороны глаз (асимметричное расположение орбит, неодинаковый их размер, различный цвет радужных оболочек, неправильное положение зрачков и т. д.), неправильная расстановка и форма зубов (расположение в два или три ряда, широкие промежутки между зубами и пр.), изменения формы твердого нёба, расщепления его (обыкновенно вместе с заячьей губой, рис. 3), отклонения со стороны носа (недоразвитие, искривление), неправильности в строении языка и его уздечки мягкого нёба, различные аномалии в строении конечностей (шестипалость, отсутствие пальцев, сращение их между собой, рис. 4, 5, 6, 7, 8), недоразвитие, уродства половых органов и т. д.

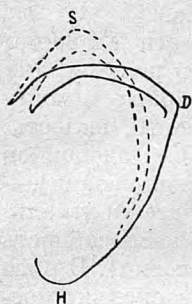


Рис. 1. Дарвинов бугорок (D); штриховой линией обозначена форма «уха сатира» (S). Задний край уха, завиток (H).

Некоторые из этих признаков, причисляемые раньше к дегенеративным, не стоят с ними ни в какой связи, а нередко обусловлены внутриутробными изменениями или вредностями, подействовавшими в первые годы жизни ребенка. Часть этих признаков в известной степени зависит от неправильной функции желез внутренней секреции.

Строение тела. При соматическом изучении важно обращать внимание не только на отдельные признаки, но и на общее строение тела, на его пропорции. Общепринятой классификации типов строения тела нет, чаще всего в клинической практике различают следующие типы: пикнический, лептосомный, атлетический и диспластические. *Пикнический тип* характеризуется развитием трех полостей (большая голова, грудь и живот), склонностью (в зрелом возрасте) к отложению жира, в особенности на животе, при сохранении стройности строения рук и ног. Фигура пикника коренастая, мягкое широкое лицо, короткая шея, кисти — мягкие, короткие, широкие. У *лептосомного типа* длиннотные размеры преобладают над широтными: длинное узкое лицо, вытянутая грудная клетка, узкий плечевой пояс, длинная шея и конечности, тонкие, узкие

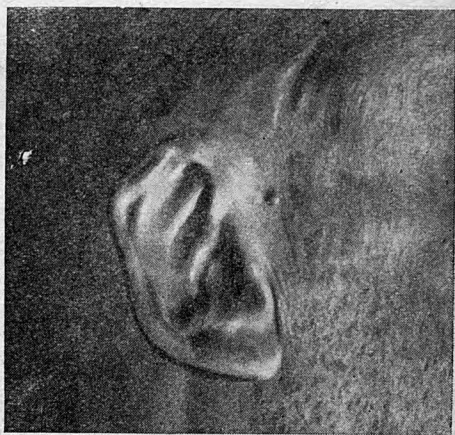


Рис. 2. Ухо с резко выраженным Дарвиновым бугорком и мясистой большой мочкой. (Собственное наблюдение. Институт им. проф. Г. И. Турнера.)

кисти с длинными пальцами. Небольшая голова напоминает укороченное яйцо, маленькая, недоразвитая нижняя челюсть, резко выступающий нос (угловой профиль, профиль длинного носа). В тех случаях, когда все перечисленные типические черты лептосома особенно резко выражены, говорят об *астетическом типе*. *Атлетический тип* имеет широкие плечи, хорошо развитую грудную клетку, крупные кисти и стопы; довольно резко выражен рельеф мускулатуры.



Рис. 3. Заячья губа. (Из патолого-анатомического музея нашей кафедры.)

К *диспластическим типам* относятся *евнухиоды*:

преобладание нижней половины тела над верхней, асексуальная (невыраженная в отношении пола) форма таза, слабо развитый волосистый покров и пр. Диспластическое строение, когда у мужчины преобладают черты женского строения (высокий таз, нежная кожа, сглаженный рельеф мускулатуры и пр.) носит название *феминизма*; обратные явления у женщин — *маскулинизм*.¹



Рис. 4. Резко увеличенные стопы и кисти. (Собственное наблюдение. Институт им. проф. Г. И. Турнера.)

Иногда можно встретить и другую классификацию, предложенную Сиго. Сиго различает следующие четыре основных типа: *дыхательный* (респираторный), *пищеварительный* (дигестивный), *мускулярный* и *мозговой* (церебральный). *Дыхательный тип* характеризуется особенно длинной грудной клеткой, низким стоянием ребер, относительно малыми размерами живота, длинной шеей, увеличением частей черепа и лица, служащих для дыхания. В основном этот тип совпадает с лептосомным типом. У *пищеварительного типа* нижняя треть лица развита более сильно (большой рот с несколько выдающейся, хорошо развитой нижней челюстью, сравнительно маленькие глаза; шея короткая, широкая, несколько укороченная грудная клетка; живот слегка выпячен, с на-

¹ На других диспластических типах строения тела мы подробнее остановимся в главе об «Эндокринопатиях».

клонностью к ожирению. Этот тип также более или менее совпадает с пикническим типом. *Мышечный тип* мы не будем описывать, так как он в значительной степени повторяет собой уже описанный атлетический тип. У *церебрального типа* бросается в глаза несоответствие между нежной, тонкой фигурой и большим черепом; сильно развита лобная часть лица; конечности короткие, особенно малы ноги. Кроме этих основных типов, Сиго и Мак-Олиф (Mac Auliffe) выделяют две группы неправильных типов: круглый тип (t. rond) и плоский (t. plat).

Гуревич выделяет *инфантильно-грацильный* тип, характеризующийся малыми детскими размерами, грацильностью моторики и гармоничностью отдельных частей, небольшими размерами головы; черты лица мягкие, правильные, эластичная нежная кожа, сглаженные контуры мышц.

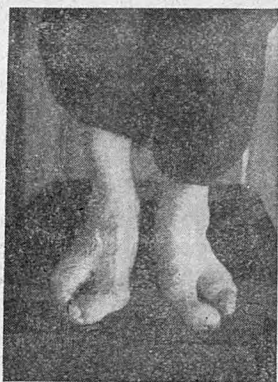


Рис. 5. Врожденное уродство стоп. (Оттуда же, что и рис. 4).

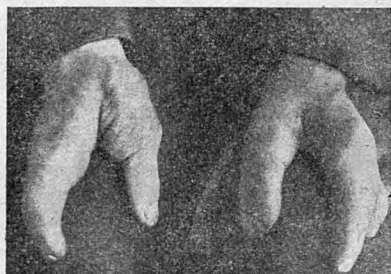


Рис. 6. Врожденное уродство кистей у того же больного, что и на рис. 5.

Кречмер пытается установить более или менее закономерную связь (афинность) между строением тела и характером. Так, например, пикническому типу соответствует по Кречмеру циклоидный, циклотимный характер; астеническому (лептосомному) — шизоидный, схизотимный характер.¹ В теоретическом обосновании своих положений Кречмер допускает грубое извращение: он механически переносит психические закономерности больного человека на здорового, совершенно неправильно утверждая при этом, что и строение тела и характер определяются в основном конституциональными свойствами (т. е. являются по Кречмеру почти исключительно генотипическими). Из этой чисто идеалистической «теории» с неизбежностью вытекает биологическая обусловленность, предопределенность характера, фатальность человеческого поведения.

Не говоря уже о характере, но и строение тела может (и иногда весьма резко) изменяться под влиянием социальных, экзо-

¹ Кречмер недостаточно четко разграничивает понятия темперамента и характера, подменяя иногда одно понятие другим.

генных и эндогенных факторов. Например, изменения тела в различные возрастные периоды, иногда после тех или иных заболеваний (параинфекционные энцефалиты, шизофрения), изменения строения тела в связи с профессией, а также у лиц длительно живущих в одних условиях и пр.

Таким образом «учение» Кречмера, проповедывающее врожденную неизменность темперамента и характера, является в корне порочным, реакционным.

Если, по только что указанным причинам, не следует искать афинности (связи) между строением тела и характером, так как этой связи нет, то само по себе изучение строения тела (разнообразные его нарушения, диспропорции, уродства и пр.) нередко является крайне ценным диагностическим признаком, при распознавании тех или иных заболеваний.

Строение тела определяется как путем антропометрических измерений: рост, вес, окружность груди, измерения черепа, конечностей и пр. (*соматометрия*), так и путем подробного описания этих признаков (*соматоскопия*).

Неврологические расстройства.

Особенно большое значение при диагнозе психических уклонений имеют неврологические расстройства, из которых здесь мы отметим лишь наиболее важные.

Исследование *сухожильных рефлексов* можно уподобить своеобразному заглядыванию в смотровые колодцы водопровода при определении места его повреждения. Водопроводная сеть имеет через известные промежутки колодцы; когда водопровод испорчен, то, заглядывая по очереди в колодцы, не трудно определить, в каком месте произошел перерыв, так как вода перестает поступать в колодцы, лежащие ниже места повреждения. При исследовании сухожильных рефлексов так же, как и при помощи смотровых колодцев, определяют целостность двигательного пути, так как каждый рефлекс имеет отношение к определенному участку спинного мозга. Например, рефлекс двухглавой мышцы проходит через 5 и 6 шейные сегменты, трехглавой — через 6 и 7 шейные сегменты и т. д.



Рис. 7. Врожденное уродство кистей и стоп.

Кожные рефлексы (брюшные, cremaster'a, подошвенные) играют

такую же роль смотровых колодцев, как и сухожильные. У младенцев брюшные рефлексы в норме отсутствуют; при дряблом, отвислом животе брюшные рефлексы, без всякого указания на патологию, являются пониженными. При поражении пирамидного пути брюшные рефлексы в противоположность сухожильным не повышаются, а понижаются.

Рефлексам *со слизистых оболочек* (конъюнктивальный — смыкание век при дотрогивании до слизистой оболочки века; глоточный — рвотные и кашлевые движения при раздражениях задней стенки глотки) придавалось раньше большое значение при диагнозе истерии. В настоящее время установлено, что эти рефлексы могут быть усилены у нормальных детей, боящихся исследования; с другой стороны, они могут быть также понижены без всяких указаний на патологию. Все же резкое повышение или понижение рефлексов со слизистых оболочек встречается чаще при неврозах, психопатиях и пр.



Рис. 8. Шестипалость у «циклопа». (Из фотоколлекции В. Парамонова.)

Исследование *патологических рефлексов* важно в том отношении, что при помощи их можно определить органическую или функциональную природу заболевания нервной системы, так как они встречаются только при органических поражениях. Наибольшее значение для диагноза имеет рефлекс Б а б и н с к о г о: при раздражении подошвы разгибается большой палец, в то время как четыре остальных слегка сгибаются. Наличие этого рефлекса указывает на поражение пирамидного пути выше 5 поясничного сегмента. В норме симптом Бабинского встречается у детей до года, что стоит в связи с еще недоразвившимся у них

корковым пирамидным путем. На поражение пирамидного пути указывают также рефлексы Мендель-Бехтерева, Россолимо, Оппенгейма.¹

¹ Рефлекс Мендель-Бехтерева вызывается поколачиванием молоточком тылу стопы (в области кубовидной и третьей клиновидной костей). При поражении пирамидного пути отмечается подошвенное сгибание пальцев. Рефлекс Россолимо вызывается легким коротким ударом пальцами руки экспериментатора по подошвенной стороне пальцев ноги больного. При поражении пирамидного пути наблюдается подошвенное сгибание пальцев. Рефлекс Оппенгейма вызывается путем проведения мякотью большого пальца (со значительным нажимом) по внутренней стороне голени сверху вниз вдоль большой берцовой кости. При поражении пирамидного пути наблюдается разгибание большого пальца, а иногда и всей стопы.

Расстройство *двигательных функций* наблюдается в виде параличей (полная утрата функции), парезов (ограничение функции), гиперкинезов (дрожание, тики, хореатические подергивания, атетоз и т. д.). Параличи разделяются на центральные и периферические. При центральном параличе питание мышц не нарушено, тонус мышц повышен (спастический, тугой паралич), сухожильные рефлексы также повышены, имеются патологические рефлексы (Бабинский, Опшенгейм, Россолимо и др.). При периферических параличах питание мышц нарушено (атрофия мышц), тонус их понижен (вялый паралич, гипотония), сухожильные рефлексы понижены или отсутствуют, патологических рефлексов не наблюдается.

Для большей иллюстрации сказанного мы приводим следующую таблицу.

Вид паралича	Центральный или спастический паралич	Периферический (вялый, атрофический) паралич
Анатомическая причина	Поражение двигательной области коры головного мозга или пирамидного пучка	Поражение передних рогов спинного мозга или двигательных волокон периферического нерва
Распределение паралича. Рефлексы.	Диффузное. Сухожильные рефлексы сохранены, повышены. Кожные рефлексы ослаблены или утрачены. Имеются.	Ограниченное. Сухожильные и кожные рефлексы утрачены или ослаблены.
Защитные рефлексы.		Отсутствуют.
Сопутствующие движения.	Имеются.	Отсутствуют.
Тонус.	Повышен (гипертония).	Понижен (гипотония, дряблость).
Патологические рефлексы.	Имеются симптомы Бабинского, Опшенгейма, Россолимо и др.	Отсутствуют.
Реакция перерождения. ¹	Отсутствует.	Имеется.
Атрофия мышц.	Отсутствует.	Имеется.

Из *гиперкинезов* (непроизвольные двигательные акты, как бы излишние движения) встречаются: тоническая судорога, сказывающаяся в длительном сокращении мышц, и фиксации конечности или части тела в каком-либо, независимом от воли больного положении; клоническая судорога, выражающаяся в том, что мышца то приходит в сокращенное состояние, то расслабляется для того, чтобы сократиться вновь; в результате происходят различные по темпу и ритму подергивания конечностей или туловища. К подобным клоническим судорогам относятся: тик (быстрое сокращение

¹ Реакция перерождения — уменьшение или отсутствие гальвано-фарадической возбудимости нервов и фарадической возбудимости мышц при повышенной их гальванической возбудимости; вместо нормальных молниевидных подергиваний медленное, вялое, червеобразное сокращение и, в отличие от нормы, анодные сокращения такие же сильные или даже сильнее, чем катодные.

определенных мышечных групп); хорейтические подергивания (сокращаются то те, то другие группы мышц без всякого порядка); атетоз (строго локализованные судороги, охватывающие определенные группы мышц, обычно антагонистов; внешне это про-

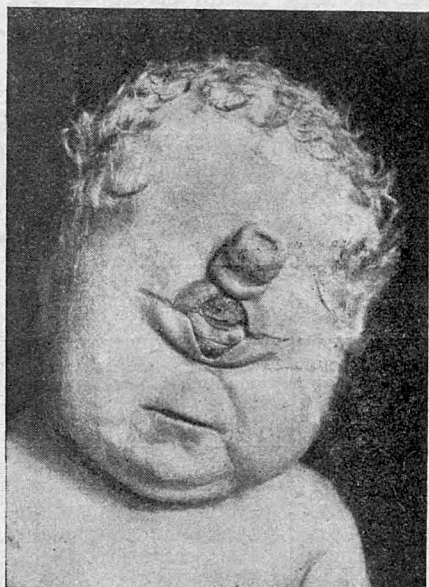


Рис. 9. Голова «циклопа» (увеличенные размеры рис. 8). Справа увеличенные размеры головы другого циклопа. (Приводится для сравнения.)

является в ритмическом медленном сгибании и отведении пальцев рук и ног, невозможности удержать их в одном каком-нибудь положении (рис. 10); тремор (мелкие, быстро следующие одно за другим, колебательные из стороны в сторону, движения).

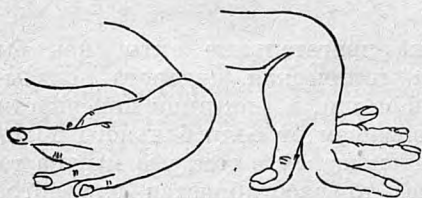


Рис. 10. Положение рук при атетозе.

Повышение *механической возбудимости* нервов и мышц является в виде так называемого симптома Хвостека (Chwostek): при легком ударе перкуссионным молоточком по месту выхода лицевого нерва перед ушной раковиной или при проведении рукояткой молоточка по щеке получается сокращение лицевых мышц на соответствующей стороне.

Расстройства чувствительности. Принято различать глубокую чувствительность (проприоцептивная чувствительность, от proprio — собственный) и поверхностную чувствительность (экстероцептивная чувствительность).

Проприоцептивная чувствительность — раздражения, возникающие в мышцах, суставных поверхностях, сухожилиях, надкостнице, костях. Наиболее важное значение в клинической практике имеет чувствительность мышц и суставов («мышечное и суставное чувство»), благодаря которой происходит правильная регуляция (координация) движений.

Для регуляции равновесия и положения тела и его частей в пространстве имеется специальный орган проприоцептивной чувствительности — *вестибулярный аппарат*, тесно связанный с мозжечком, системой красного ядра, с центрами глазодвигательных нервов, с вегетативно-вазомоторной системой. При заболевании вестибулярного аппарата наблюдается головокружение, иногда тошнота. При исследовании отмечаются пошатывания туловища при закрытых глазах (падение в сторону пораженного вестибулярного аппарата), горизонтальный и ротаторный (вращательный) нистагм (непроизвольные, быстрые, прерывистые движения глазного яблока), вазомоторные расстройства.

Помимо регуляции равновесия вестибулярный аппарат принимает также участие в образовании таких сложных функций, как восприятия пространства, схемы тела.

Схема тела (наше знание о собственном теле) представляет собой целостное образование, включающее в себя сложный комплекс (не разлагающийся на отдельные составные части) кожных, кинестетических (полученных от восприятия движений), висцеральных (относящихся к внутренним органам), оптических (зрительных) и лабиринтарных ощущений. Схема тела не является вторичным образованием, она представляет непосредственное переживание, в чем не трудно убедиться при рассмотрении ряда патологических фактов.

Например, после ампутации конечности больной в течение ряда лет ощущает боль в уже несуществующих (ампутированных) пальцах, жалуется на то, что пальцы сводит, они как-то онемели, кисть стала меньше и т. п. (*фантом ампутированных*). Непременным условием образования фантома является внезапность травмы или операции. Так, в случаях врожденного отсутствия конечности или при ампутации, произведенной в раннем детстве, фантом обыкновенно не обнаруживается. На нашем материале (Институт им. проф. Г. И. Турнера) мы ни одного раза не наблюдали фантома у детей с ампутацией конечностей в дошкольном возрасте. У школьников довольно часто отмечались жалобы на боль в пальцах ампутированной конечности, причем обыкновенно болевые ощущения усиливались при охлаждении конечности, иногда при надевании в первый раз протеза.

В противоположность этому фантому встречается (правда, сравнительно редко) обратное явление: кажущееся исчезновение реально существующей части тела. Подобные явления наблюдаются в особенности у эпилептиков.

Иногда наблюдаются случаи, когда больной не может назвать свои пальцы, ни перечислить их, ни действовать определенным пальцем, ни отличить раздражение одного пальца от раздражений других (*Fingeragnosie* — Герстман).

Нередко этот симптом сопровождается акалькулией (утрата способности к счету) и аграфией (неспособность правильно писать буквы или слова при сохранности интеллекта и при отсутствии расстройства координации других движений руки и кисти).

В некоторых случаях отмечается, что все тело или отдельные его части (голова, конечности, туловище) резко увеличиваются или уменьшаются (или вовсе исчезают), становясь иногда крайне легкими или же, наоборот, чрезвычайно тяжелыми. Подобное состояние легко себе можно представить, если рассматривать себя в кривом зеркале. Эти нарушения схемы тела обыкновенно наблюдаются при опухолях, кровоизлияниях в мозг, шизофрении, эпилепсии и т. д.

Участие вестибулярного аппарата в изменении схемы тела называется в нарушении восприятия перспективы, формы и подвижности предметов и пр. (*оптико-вестибулярные расстройства*).

В качестве иллюстрации подобных оптико-вестибулярных расстройств приведем следующий случай.

Л. В., 15 $\frac{1}{2}$ лет поступил в клинику в октябре 1937 г. В наследственности по обеим линиям ничего патологического не отмечается. Испытуемый от 9 беременностей, протекавшей физиологически, родился в срок. Его братья и сестры умерли в раннем детстве от различных инфекционных заболеваний (корь, скарлатина, дифтерит и др.).

Раннее физическое развитие испытуемого протекало с некоторым запозданием: поздно начал ходить (около двух лет) и говорить (на третьем году). Из заболеваний перенес только корь (в возрасте 6 лет), протекавшую без всяких осложнений. С детства рос тихим, спокойным ребенком, предпочитал играть с детьми младшими по возрасту. 8 лет поступил в школу, учение давалось с трудом; дублировал первый и второй классы, после чего был переведен в специальную школу. В ней пробыл до 14 лет, учился средне; из 4 класса школы ушел, так как хотел поступить на работу.

Настоящее заболевание началось в начале октября 1937 г. Отмечалось угнетенное настроение, страхи (чего-то боялся, но и сам отчетливо не знал чего). Жаловался на то, что в голове у него «что-то трещит», голова стала непомерно тяжелой, как будто она чем-то набита. Неожиданно голову как-то схватывает, сжимает. Боялся, что он «помешался», скоро должен ослепнуть (в глазах все время мелькают искры), глаза у него проваливаются и т. д. Видел окружающие предметы и лица в искаженном виде. Так, например, ему казалось, что картины криво повешены, двери перекошились, стены стали выпуклыми, лица окружающих как-то изменились: «не то кривые стали, не то какие-то непохожие». Когда он ходил по комнате, то пол поднимался кверху, «совсем как на плоту: встанешь на доску, а она вверх ползет». При укладывании в кровать он боялся, что упадет на пол, так как изголовье опускалось вниз, ноги поднимались вверх. Сама кровать была неподвижной, но окружающие предметы начинали двигаться. «Как в трамвае едешь; нет только не так, там трамвай идет, а предметы стоят, а здесь, наоборот, предметы двигаются, а кровать стоит».

Больному начинало казаться, что окружающие видят, догадываются о том, что с ним происходит, а потому он совершенно перестал выходить из комнаты, по целым дням сидел на одном месте. Родным и врачу, к которому обратились за помощью, охотно рассказывал о своем болезненном состоянии, прося поскорее его вылечить.

При исследовании в клинике было отмечено: физическое развитие соответствует возрасту, астеник, черепно-мозговые нервы без отклонений, патологические рефлексы — abs. Глазное дно — N. Со стороны ушей никаких патологических симптомов не найдено. WaR в крови и спинномозговой жидкости — отрицательная.

Энцефалография дала следующие результаты: люмбальным путем извлечено 50 см³ спинномозговой жидкости и этапно замещено 45 см³ воздуха. На рентгенограммах, произведенных в вертикальном и горизонтальном положениях больного, определяется наличие органических изменений со стороны вещества головного мозга. Эти изменения выражаются в изолированном расширении центрального и нисходящего отделов левого бокового желудочка и его заднего рога. Особенно значительное расширение желудочка определяется в области желудочкового треугольника. Здесь верхняя стенка желудочка резко подтянута в направлении к коре (*gyrus angularis*). В соответствии с этим в теменной области, в заднем ее отделе, отмечается умеренное, локальное расширение подболобочного пространства, которое указывает, возможно, на местный фокус атрофии, сморщивания вещества мозга.

Правый боковой желудочек особенностей не представляет. Третий желудочек округлой формы и незначительно расширен. Определяется также отчетливое расширение субтенториального пространства.

Рентгенологический диагноз. Органическое заболевание головного мозга. Крупный патологический фокус (сморщивающий процесс), расположенный,

повидимому, подкорково, преимущественно в заднем отделе левой темной области.¹

Больной все время в ясном сознании. Ответы всегда по существу. Интеллектуально незначительно снижен. Поведение упорядоченное. Жалобы, с которыми он поступил, держатся до настоящего времени (декабрь 1937 г.). Клинический диагноз: *Органическое поражение центральной нервной системы (Residua post encephalitides)*. Явления после энцефалита, перенесенного внутриутробно или в раннем детстве. Оптико-вестибулярный симптомокомплекс.

Экстероцептивная (поверхностная или кожная) чувствительность подразделяется на: болевую, осязательную, температурную. Расстройства экстероцептивной чувствительности могут проявляться в виде понижения или потери ощущений (гипестезия, анестезия), или же в виде повышения их (гиперестезия). Ненормальные ощущения, при которых нет видимого внешнего раздражения, называются парестезиями (например, ощущение «ползания мурашек», «песок под кожей» и т. п.). Наиболее частым симптомом расстройства экстероцептивной чувствительности являются всевозможные боли, подразделяемые на произвольные боли, когда они возникают без видимой причины, и боли, вызываемые каким-нибудь внешним воздействием. При распознавании болей имеют значение их локализация, характер, течение.

Из органов чувств наибольшее значение в диагнозе психических уклонений имеют различные *глазные симптомы*. При параличе или парезе глазных мышц наблюдается косоглазие, двоение в глазах, опущение верхнего века и т. д. Крайне важным для диагностики заболеваний головного мозга является исследование глазного дна: застойный сосок, невриты, атрофия зрительного нерва, наиболее часто наблюдаемые при опухолях мозга, прогрессивном параличе, сифилисе мозга и других заболеваниях.²

Не меньшее диагностическое значение имеет величина зрачков, их форма. Узкие зрачки (миоз), наблюдаемые в норме при сильном освещении, глубоком сне, наркозе и т. д., обыкновенно как патологический симптом, встречаются при отравлении табаком, морфием, сухотке спинного мозга. Широкие зрачки (мидриаз), встречающиеся как нормальное явление при сильных аффективных переживаниях, слабом освещении, сравнительно нередко наблюдаются у невротиков, психопатов.

Известное значение при распознавании имеет явление со стороны зрачков, носящее название «зрачкового беспокойства», «игры зрачков»: зрачки постоянно то расширяются, то суживаются. Подобная «игра зрачков» свойственна норме, отсутствие ее свидетельствует о расстройствах аффекта и является до известной степени признаком, наблюдаемым при шизофрении. При шизофрении вначале пропадает «игра зрачков», после чего исчезают изменения зрачков под

¹ Энцефалография произведена доц. Гольдштейном и д-ром Кудиенко.

² Термин «глазное дно» употребляется в клинике для обозначения тех частей глаза, которые можно рассмотреть при его внутреннем исследовании (это главным образом сетчатка, начало зрительного нерва и сосудистая оболочка). Глазное дно — единственное место в человеческом теле, где сосуды и нервы лежат открыто и доступны наблюдению.

влиянием психических факторов и, наконец, пропадает реакция зрачков на болевые раздражения (Б у м к е). По данным различных авторов, частота этого симптома при шизофрении колеблется в широких пределах от 15 до 92%.

Неравенство зрачков (анизокория), встречающееся в норме при неравномерном освещении обоих глаз, может быть также и врожденным или наблюдаться у невротиков, психопатов, особенно же часто при сифилисе нервной системы. Неправильная форма зрачков (удлиненные, зазубренные по краям, грушевидные и т. д. зрачки) и их расположение (эксцентричность) могут быть как врожденными, так и приобретенными в результате органического заболевания нервной системы (обыкновенно сифилиса). Следует также отметить западение глазного яблока (Enophthalmus) — симптом, характерный для паралича симпатического нерва, и пучеглазие (Exophthalmus) — глазные яблоки более или менее сильно выдаются вперед из орбит, что, повидимому, происходит вследствие раздражения симпатического нерва.

Почти патогномичным (т. е. свойственным только данным заболеваниям) для прогрессивного паралича и сухотки спинного мозга является отсутствие или вялая реакция зрачков на свет при сохранности реакции зрачков на конвергенцию (симптом А р ж и л ь - Р о б е р т с о н а — Argill-Robertson). Абсолютная неподвижность зрачков (отсутствие реакции зрачков на свет и конвергенцию) наблюдается при сифилисе мозга, реже при прогрессивном параличе.

Крайне необходимым является определение у детей остроты зрения, так как целый ряд нервных и психических уклонений (головные боли, повышенная утомляемость, рассеянное внимание и пр.) могут зависеть от того, что из-за понижения зрения ребенку при занятиях, работе приходится сильно напрягаться. У маленьких, не говорящих детей для исследования зрения пользуются следующими приемами: 1) на расстоянии $1\frac{1}{2}$ —2 м неподвижно ставят источник света; начиная с конца второй недели, ребенок должен уметь фиксировать источник света; 2) меняя местоположение источника света, следят за тем, поворачивает ли ребенок за ним голову, нет ли у него расстройств в координации глазных мышц (в норме расстройство координации может иметь место до 3 месяцев жизни). Наблюдают также за тем, правильно ли оценивает ребенок расстояние до находящихся в отдалении от него предметов, когда он тянется к ним, чтобы схватить.

Расстройства со стороны *слуха* обыкновенно сказываются в понижении, утрате слуха, реже в его повышении. При исследовании очень важен наружный осмотр уха (зарощение слуховых проходов, течь из ушей), а также специальное исследование. Обыкновенно восприятие звука начинается у ребенка с момента рождения (на 10 минуте после рождения), локализовать звук, поворачиваться к источнику звука большинство детей уже умеет с 3 месяцев. В амбулаторной практике исследование слуха производится при помощи различных раздражителей (хлопанье в ладоши, стук, звонок и т. д.), следят за реакцией ребенка: смыкание век при сильных раздражителях, повертывание головы к источнику звука, испуг, плач и т. д.

Расстройства *обоняния* наблюдаются в виде понижения, повышения, извращения. Полная утрата обоняния (anosmia), чаще же

понижение его, наблюдается при заболеваниях слизистой оболочки носа; кроме того, этот симптом встречается при опухолях, сдавливающих обонятельный нерв, воспалительных процессах на основании передней черепной ямки, водянке головного мозга. Повышение обоняния (*hyperosmia*) встречается крайне редко; наблюдается оно при истерии, а также иногда в период беременности. Извращения обоняния (*parosmia*) нередко встречается у шизофреников, утверждающих, например, что пища издает скверный запах, запах серы и т. д.

Остановимся еще в нескольких словах на заболеваниях некоторых *черепно-мозговых нервов*. При заболеваниях тройничного нерва (параличе его) жевание на больной стороне затрудняется или делается совершенно невозможным. Очень часто заболевание тройничного нерва является причиной болевых ощущений в иннервируемой им области (невралгия). При параличе лицевого нерва на больной стороне сглаживаются морщины лба, носогубная складка, весь рот перетягивается в здоровую сторону; бровь на здоровой стороне поднята кверху. При попытке закрыть глаза здоровый глаз закрывается, больной глаз остается открытым, глазная щель зияет. Из явлений раздражения в области лицевого нерва наблюдаются тонические и клонические судороги; последние выражаются в виде подергиваний лицевых мышц, носят характер гримас (тик). При выпадении двигательной части пучков блуждающего нерва наблюдается паралич мягкого нёба, пищевода и голосовых связок. В результате паралича мягкого нёба расстраивается акт глотания (поперхивание пищей, жидкая пища попадает в нос через носоглотку), голос больного приобретает носовой, гнусавый оттенок. Из явлений раздражений этого нерва серьезное значение имеют судороги голосовой щели (преимущественно наблюдается у детей — спазмофиликов). При параличе добавочного нерва (*n. accessorius*) ослабляется поворот головы в сторону, голова наклонена набок. При раздражении нерва наблюдаются тиковые подергивания трапецевидной мышцы (подергивание плечом, пожимание плечами) и грудинно-ключично-сосковой (поворот головы в сторону, одновременное сокращение мышц на обеих сторонах дает кивательную судорогу). При параличе подъязычного нерва язык при высовывании отклоняется в сторону пораженного нерва. Явления раздражения нерва сказываются подергиваниями, произвольными движениями (высовывание языка, облизывание губ и т. д., что наблюдается у детей при хорее).

Нарушения вегетативной нервной системы сравнительно часто встречаются при самых разнообразных психических заболеваниях. Подробнее об этих расстройствах мы будем говорить при описании отдельных форм заболеваний, сейчас же суммарно перечислим наиболее частые симптомы вегетативных расстройств: сужение и расширение зрачков, замедление и ускорение пульса, запоры, поносы, отсутствие аппетита, расстройства сна, потоотделение, слюноотделение, покраснение, побледнение и т. д.

Из расстройств специальных функций большое значение имеют разнообразные *расстройства речи*. Двигательной или моторной

афазией называют утрату произвольной речи при сохранности понимания чужой речи. Двигательный центр речи (центр Б р о к а) помещается у правшей в левом полушарии, в заднем отделе третьей лобной извилины, у левшей он помещается также в третьей лобной извилине, но в правом полушарии. Сенсорной афазией называется потеря способности понимать чужую речь; в одних случаях при этом произвольная речь и письмо сохранены, в других случаях больной не понимает того, что он сам говорит и пишет, как не понимает и чужой речи. Сенсорный центр (центр В е р н и к е) помещается слева в первой височной извилине. В тех случаях, когда больной забывает некоторые слова, не может их произносить сам без подсказывания, так как отдельные слова ускользают у него из памяти, говорят об амнестической афазии.

При некоторых заболеваниях (чаще при схизофрении) больные совершенно перестают говорить (мутизм). Употребление больным одного слова вместо другого (при достаточно развитой речи) называется парафазией.

Неспособность грамматически правильно изменять слова (склонять, спрягать) или соединять их в фразы называют аграмматизмом.

Нарушения, затруднения в произношении слов, слогов и звуков (дизартрия) обыкновенно встречаются при органических заболеваниях центральной нервной системы (в частности, при прогрессивном параличе), а также иногда и при некоторых неврозах (истерия, невроз ожидания). К дизартрии относят: скандированную речь, при которой отдельные слоги, особенно в длинных словах, разделяются интервалами; спотыкание на слогах — пропуск отдельных слогов и неправильное размещение их в слове; заикание — затруднение произношения некоторых звуков, вследствие судорог речевого аппарата; замедление речи.

В педагогической практике большое значение имеют различные недостатки речи в виде шепелявости, картавости, сюсюканья, пришепетывания и т. д.¹ В известном проценте случаев недочеты речи ребенка бывают связаны с общей задержкой его психического развития, сравнительно часто они бывают обусловлены также недостатками в устройстве речевого аппарата (губы, язык, зубы, твердое и мягкое нёбо, носоглотка). Нередко подобные недочеты речи бывают также в результате дефектов слуха (тугоухость в той или иной степени). Известную роль в задержке развития речи ребенка играют подражание, а также разговор с ним взрослых на его лепете.

¹ Эта обычная терминология из-за своей неопределенности мало пригодна для целей распознавания и коррекции речи, а потому обыкновенно пользуются терминологией, предложенной К у с с м а у л е м. *Ротацизм* — неправильное произношение или отсутствие звука «р». *Параротацизм* — замена звука «р» другими звуками. *Ламбдоцизм* — неправильное произношение или отсутствие звука «л». *Параламбдоцизм* — замена «л» другими звуками. *Сигматизм* — неправильное произношение звука «с» и близких к нему (з, ц, ч, ш, щ, ж). *Парасигматизм* — замена «с» другими звуками. *Гаммацизм* — неправильное произношение звуков «г, к, х» и т. д.

В первом случае дети с недостатками речи заражают иногда и детей правильно говорящих, перенимающих от сверстников их манеру произношения. Во втором случае чаще бывают повинны родители, когда они, подлаживаясь под лепет ребенка, содействуют закреплению в его речевом центре неправильных акустически-двигательных образов (фоном). Нередко торопливая, бормочущая, невнятная, избыливающая трудными для произношения словами речь взрослых вызывает у детей не только дефекты произношения, но также и заикание. Само собой разумеется, что это не единственная причина заикания у детей. Заикание может быть вызвано сильным аффективным переживанием (испуг), подражанием, иногда отставанием речи от чрезвычайного наплыва мыслей — речь не поспевает за мыслью.

Без сомнения в происхождении заикания большую роль играют особенности характера ребенка (неуверенность в себе, робость, повышенная смущаемость и т. д.), в свою очередь, заикание (а также и другие дефекты речи) нередко порождает эти черты характера, если до этого они у ребенка не отмечались. Побутно отметим, что характерологические особенности ребенка, страдающего речевой недостаточностью, да и самые дефекты его речи иногда являюся причиной неправильной оценки его как интеллектуально неполноценного.

Ко всему здесь сказанному необходимо еще добавить, что по наблюдениям многих авторов дефекты речи значительно чаще встречаются у левшей, чем у правшей. Так, например, левши нередко поздно и с трудом научаются говорить (Ш е ф е р, К а п у с т и н); форсированные попытки приучить левшу постоянно пользоваться правой рукой иногда влекут за собой появление заикания и косоглазия, которые сглаживаются, если прекратить эти попытки. В связи с этим большинство авторов высказывается против переобучения левшей в правшей.¹

Распознаванию леворукости помимо расспроса и динамометрии может помочь также так называемое «зеркальное письмо», встречающееся у левшей в значительном проценте случаев (по Шефферу в 42%). Патогенез «зеркального письма» мало известен. Д е ж е р и н рассматривает «зеркальное письмо», как нормальный способ писания левой рукой. Большинство авторов склоняется к тому, что во время упражнения в письме правой рукой происходит скрытое (латентное) соупражнение левой руки в зеркальном направлении и в то же время развитие в ней задержки для письма в обычном направлении. Во всяком случае у многих детей отмечается склонность к зеркальному письму, при этом у девочек чаще, чем у мальчиков; с возрастом эта склонность падает, уготмение ее усиливает. Если «зеркальное письмо» держится долго (повторяем, что при начале обучения оно

¹ Кстати сказать, существует твердо установленное мнение, что стремление развивать у правшей обе руки до таких пределов, когда между ними исчезает различие (так называемая *ambidextria* — обе правые), является нецелесообразным, так как, развивая одновременно оба центра, можно вызвать торможение более сильного из них, находящегося в левом полушарии (Шефер, Капустин и др.).

может встречаться у многих детей) и не прекращается после неоднократных попыток изменить его, оно указывает на левшество, или на интеллектуальное недоразвитие (нередки также в анамнезе указания на перенесенный менинго-энцефалит).

Наряду с «зеркальным письмом» у детей очень часто наблюдаются и другие недостатки *письма и почерка*. Сравнительно редко у детей, ранее умевших писать, приходится встречаться с полным расстройством этого умения (аграфия), значительно чаще на их письме сказываются недостатки речи, т. е. ребенок как произносит слова, так их и пишет. Также нередко при письме встречаются пропуски букв, недописание отдельных слов, перестановка букв и т. д. Это обыкновенно зависит от утомления, а также от легкой истощаемости внимания. (Последнее особенно часто встречается у детей невротиков, некоторых психопатов. Пропуск букв обыкновенно встречается также в письме больных прогрессивных паралитиков, которые, несмотря на то, что им указывают на сделанную ими ошибку, все же никак не могут ее найти.) При некоторых заболеваниях (схизофрения) письмо становится вычурным с завитушками, росчерками, прерывается символическими знаками. (См. рис. 47 данной книги.) Иногда перед началом припадка при эпилепсии бывает заметное дрожание руки при письме, в силу чего резко меняется почерк больного.

Нередко наряду с расстройствами речи и письма у детей также отмечаются *нарушения чтения*, которые могут быть и вполне самостоятельными. Полное отсутствие способности к чтению (алекия) у детей, ранее умевших читать, встречается крайне редко. Обыкновенно у них приходится отмечать разнообразные дефекты чтения в виде замедления или ускорения темпа чтения, перестановки букв, неверного считывания слов, проглатывания слогов, неправильной расстановки ударений и т. д. Некоторые считают, что ошибки при чтении могут происходить: 1) из-за недостаточности узнавания и различения зрительных форм (букв), 2) из-за дефектов речи, 3) из-за «ошибок мысли», т. е. недостаточного понимания текста, а отсюда — ошибочные ассоциации. Ко всему этому следует добавить дефекты внимания, а также изменения эмоционального тонуса (в виде депрессивного или гипоманиакального настроения) и характерологические особенности ребенка (смущающиеся, застенчивые дети). Без сомнения сюда могут быть присоединены и еще многие другие причины, объясняющие неправильности чтения у детей, но и приведенных здесь вполне достаточно для того, чтобы рекомендовать осторожность при оценке затруднений в обучении детей чтению. Затруднение обучения детей чтению (а также письму и счету) представляет собой особый недостаток, как видно, часто не идущий параллельно с интеллектуальной недостаточностью ребенка.¹

¹ На затруднениях обучения детей счету мы здесь специально не останавливаемся, так как многое из того, что было сказано в отношении чтения и письма, до известной степени приложимо и к счету. Следует лишь подчеркнуть, что полная неспособность к счету иногда свидетельствует о психическом недоразвитии; с другой стороны, понижение этой способности может встречаться

В связи со всем здесь сказанным становится ясным необходимость умения разбираться в симптомах расстройств и недоразвития речи, нарушения чтения и письма. С этой точки зрения особенно важным является определение запаздывания развития речи у ребенка. Опознавательными признаками может до известной степени служить то, что в 1½ месяца наблюдается «гуление», в 6 месяцев ребенок умеет улавливать интонацию чужой речи, в 9—10 месяцев понимает отдельные простые слова; к 1—1½ годам — произносит несложные предложения; словарь его в это время до 30 слов.¹

Двигательная недостаточность. В заключение соматической симптоматики остановимся в нескольких словах на общей двигательной недостаточности, систематическое изучение которой началось сравнительно недавно. Различают следующие виды двигательной недостаточности: а) Двигательная недостаточность, так называемый моторный инфантилизм (Г о м б у р г е р а), при котором наблюдаются моторные проявления, свойственные раннему детству (например, запаздывание времени начала сидения и ходьбы, хватательные движения ног, вялость мускулатуры головы и шеи и т. д.). Причина моторного инфантилизма кроется в недоразвитии соответствующих механизмов, в неустановившихся еще взаимоотношениях пирамидной и экстрапирамидной систем. Этот вид недостаточности чаще всего встречается у глубоко умственно-отсталых детей. б) Двигательная недостаточность (*débilité motrice*) — форма Д ю п р е (D u p r é), встречающаяся как у детей и подростков, так и у взрослых, характеризуется: синкинезиями (излишние движения), являющимися следствием недостаточной дифференцированности движений — например, при изолированном закрывании одного глаза закрывается и другой, паратонией (сопротивлением при пассивных движениях из-за недостаточной денервации — расслабления мускулатуры), повышением сухожильных и понижением кожных рефлексов, неловкостью произвольных движений, длительным пребыванием в том или ином положении, позе, когда как бы забывают о частях своего тела, оставляя их в неудобном положении (симптом К о л л э н а — *oublie du membre*), дефектами речи и походки, недержанием мочи, левешеством, недостатком или отсутствием ритмичности. Форма Дюпре зависит от недостаточности многих двигательных систем; сам Дюпре связывал эту форму с недостатком развития пирамидной системы. Форма встречается как у нормальных

и как изолированный симптом без каких бы то ни было указаний на интеллектуальную недостаточность. Расстройства счета могут встречаться как в нормальном состоянии (например, утомление), так и при различных заболеваниях. Особенно характерно расстройство счета при прогрессирующем параличе, когда больной не может произвести несложные арифметические действия; например, при вычитании из двузначных чисел однозначных делает ошибки в десятках, нередко забывая число, из которого он вычитает.

¹ На расстройствах внутренних органов, имеющих определенное значение в симптоматологии многих психических уклонений, мы, чтобы не повторяться, останавливаться не будем, так как несколько выше говорили об этом подробно (см. «Аутоинтоксикация и болезни внутренних органов»).

детей, так чаще у умственно-отсталых; при систематических корригирующих упражнениях сравнительно заметно улучшается двигательная недостаточность. в) Экстрапирамидная недостаточность (Гомбургер, Якоб) характеризуется недостаточностью выразительных и изобразительных движений (мимика, жестикация, танцы, пластика), недоразвитием автоматических ассоциированных и защитных движений (походка куклы, манекена, скованность, заторможенность, связанность движений). Форма встречается как у отсталых детей, так и у детей с нормально развитым интеллектом; при коррекции наблюдаются значительно большие трудности, чем при форме Дюпре. г) Фронтальная недостаточность (Гуревич) — резкая психомоторная подвижность, кажущееся богатство движений, и, в то же время, отсутствие возможности производить целесообразно последовательные и продуктивные движения (ребенок не может сам одеться, самостоятельно есть и т. д.), очень часто недоразвитие или отсутствие речи при сравнительно хорошем понимании чужой речи. Обычно эта форма встречается у глубоких олигофренов, нередко у детей после перенесенного менинго-энцефалита. Коррекция при этой форме двигательной недостаточности крайне незначительна.

Психопатологическая симптоматика.

Психопатологическая симптоматика крайне разнообразна и в отдельных случаях настолько резко выражена, что обращает на себя внимание даже и неспециалиста, иногда же, и притом сравнительно не так редко (особенно в начале заболевания), с большим трудом распознается даже опытными специалистами.

Исключительно для большей наглядности изложения мы будем описывать здесь патологические симптомы каждый в отдельности, но, само собой разумеется, что в действительности в картине болезни подобные симптомы не встречаются изолированно, а наблюдаются в самом разнообразном (то более простом, то весьма причудливом и сложном) сочетании. В тех случаях, когда симптомы болезни имеют тенденцию складываться в более или менее однородную картину, так, что вся группа приобретает известное единство, говорят о комплексе симптомов (симптомокомплекс).

Например, маниакальный симптомокомплекс характеризуется аутохтонно (не зависящим от внешних раздражителей, немотивированным), повышенным настроением, ускорением течения идей и двигательным возбуждением, выражающимся в повышенном стремлении к деятельности. Депрессивный симптомокомплекс, в противоположность маниакальному, характеризуется аутохтонно пониженным, подавленным настроением, заторможенностью мышления и моторики.¹

Раньше (почти до начала XX в.) некоторые из отдельных симптомов и симптомокомплексов рассматривали как самостоятельные заболевания (например, влечение к поджогам — пиромания, вле-

¹ Когда симптомокомплексы усложняются, ближе подходят к картине болезни, говорят о синдромах. С этой точки зрения маниакальный симптомокомплекс так же, как и депрессивный, правильнее называть синдромами.

чение к бродяжничеству — дромомания и т. д.), в настоящее время этого не делают, так как достаточно хорошо известно, что одни и те же симптомы могут встречаться при различных заболеваниях, с другой стороны, одна и та же болезнь у различных людей (при различных социально-бытовых условиях, при различии в конституции, неоднородной локализации процесса и пр.) может проявляться неодинаковыми симптомами. Поэтому диагноз заболевания никогда не может быть поставлен на основании одного или нескольких болезненных симптомов, а должен ставиться лишь после всестороннего изучения личности больного в ее взаимосложных отношениях с окружающей жизнью.

Иллюзии и галлюцинации. Человек с расстроенным восприятием иначе познает окружающее, чем остальные люди, но это еще не всегда значит, что он воспринимает это окружающее болезненно. Например, слепые, глухие, у которых имеется частично выпадение того или иного органа чувств, само собой не являются психически больными. Лишь те восприятия, которые резко расстраивают познание окружающего, дают материал для построения психоза, принято считать болезненными (патологическими). К таким расстройствам восприятия, прежде всего, относятся иллюзии и галлюцинации. Подобное деление принято со времени Э с к и р о л я (Esquirol), указавшего и различия между ними.

Иллюзии (неправильные, ошибочные восприятия) — восприятия реальной действительности, не адекватные (не равнозначущие) чувственному раздражению; в основе иллюзий всегда лежит то или иное чувственное раздражение, но воспринимается оно в искаженном, неправильном, превратном виде. **Галлюцинации** (мнимые восприятия) — восприятия, возникающие при отсутствии внешнего воздействия на органы чувств, но имеющие при этом вполне реальную чувственную окраску.

В зависимости от того органа чувств, с которым связано неправильное или ложное восприятие, иллюзии и галлюцинации подразделяются на: зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные и осязательные. Можно привести бесчисленное количество примеров иллюзорного восприятия: висящие на стене картины, пятна, рисунки принимают очертания каких-то фигур, людей, животных; в шуме мотора, стуке колес, завываниях ветра слышатся отдельные слова, фразы, пение; в запахе и вкусе пищи чувствуется примесь чего-то постороннего, какой-то отравы и т. д.

Сами по себе иллюзии еще не являются признаком психического расстройства, так как они, в зависимости от самых разнообразных условий, могут наблюдаться и у совершенно здоровых людей. Близорукость, плохое освещение и т. д. могут быть причиной зрительного иллюзорного восприятия; нередко в темноте мы можем принять пенек за человека, увидеть в рисунке обоев очертания знакомого лица; точно так же при ослаблении слуха услышать в уличном шуме оклик по имени; при известной подозрительности — почувствовать какую-то постороннюю примесь к пище, ее дурной запах и т. д.

Утомление, рассеянность, тоскливость, страх, напряженное ожидание, одиночество и прочее особенно благоприятствуют иллюзорному восприятию у здоровых людей.

У детей с их богатой живой эмоциональностью, яркими образами фантазии, их повышенной внушаемостью, отсутствием жизненного опыта и знаний по сравнению со взрослыми более широко открыта дорога к иллюзорным восприятиям. Этому особенно благоприятствует неправильный воспитательный подход (запугивание ребенка, рассказывание ему страшных сказок), одиночество и пр.

У здоровых детей иллюзии чаще наблюдаются при полной сохранности сознания, сравнительно реже — при измененном сознании (например, при затемнении сознания во время инфекционных заболеваний). У психически больных детей иллюзии встречаются как при полной сохранности сознания, так и при изменении его. Наиболее часто иллюзорные восприятия наблюдаются у детей невротиков, психопатов, эпилептиков, схизофреников и т. д. В психиатрической детской практике чаще встречаются зрительные иллюзии, несколько реже слуховые и совсем редко обонятельные, вкусовые и осязательные иллюзии.¹

Галлюцинации представляют более серьезное расстройство восприятия. У здоровых людей они встречаются значительно реже, чем иллюзии. Благоприятствующими моментами для возникновения галлюцинаций у здоровых людей является раздражение органов чувств (заболевание глаз, воспаление среднего уха, десен и т. д.), напряженное эмоциональное состояние, связанная с переутомлением, одиночеством, тревожной обстановкой и пр. У больных ко всему этому благоприятствующим моментом для галлюцинаций могут быть бредовые идеи.

Галлюцинации бывают или весьма элементарными (мелькание искр, оклик по имени, шум, стук, звон и т. д.), или более сложными (слова, разговоры, мелодии, видение отдельных сцен, картин и пр.). В одних случаях галлюцинации вполне соответствуют тому, что может встречаться в реальной жизни, в других случаях к ним примешивается фантастический налет (видение чудовищных зверей и людей, великанов и пр.).

У детей значительно чаще приходится встречаться с элементарными галлюцинациями и при этом нередко при измененном сознании, хотя они вполне возможны и при ясном состоянии сознания. При слуховых галлюцинациях больные слышат крики, голоса, шум, звон, напеваемую мелодию, музыку и т. д. Иногда это длинные разговоры, в которых больной или принимает участие, или остается посторонним слушателем. В одних случаях это разговоры, не отно-

¹ Близкие к иллюзиям расстройства представляют парейдолии — те психические переживания, когда к иллюзорно воспринятому образу, благодаря игре фантазии, добавляются несуществующие в действительности подробности. В таких случаях иллюзорно воспринятый облик меняет свои очертания, нередко красочно расцвечивается и причудливо сочетается с другими, в силу чего получаются восприятия разнообразных фантастических картин, причудливых ландшафтов и т. д.

сящиеся непосредственно к больному, в других случаях — голос носит императивный, повелительный характер, заставляя больного выполнять то или иное приказание (ударить, плюнуть, уйти, замолчать и т. д.). Голоса слышатся вполне отчетливо, иногда они принадлежат знакомым, иногда же совсем неизвестным больному лицам или сверхъестественным существам. В некоторых случаях больному кажется, что голоса идут из-под пола, из-за стены, локализируются у него в животе, произносятся животными, птицами. Слуховые галлюцинации могут длиться месяцами, годами, но могут держаться и всего несколько дней, что у детей бывает сравнительно чаще. При отвлечении внимания больного, при работе, в присутствии окружающих галлюцинации ослабевают, иногда и совсем исчезают на этот период времени.

«Жить не хочу, я плохая — говорит больная схизофренией девочка 15 лет. Сначала слышала голоса людей, а теперь слышу голоса зверей. Они говорят каких я дел наделала. Всех погубила, весь мир... все умерло».

Больная прячется по углам, иногда залезает под кровать. На вопрос: зачем она это делает? — отвечает: «Мне велели... Мужчины незнакомые все ругаются... прятаться велят... в городе смерть ходит». (Волнуется, плачет, пытается вырваться, когда ее удерживают).

Другой больной, мальчик 15 лет (схизофреник), рассказывает о себе следующее: «Во мне болезнь сидит, влетела в меня при рождении. Когда другие есть, она молчит, когда я один, разговаривает. Ругает меня. Не велит делать по-моему. Сердится, когда ее не слушаю. С горы толкает, коленку мне расшибла, ногам делает больно. Сама у шеи сидит и все шепчет. Сказала: «поезжай лечиться в больницу», и вдруг тут заинулась. А то три дня только и кричала «а-а-а». Здесь в больнице она домой просится, говорит: «Иди домой, я там тебя оставлю, перелечу к другому мальчику, он мне больше нравится». (Говорит все это монотонным, спокойным голосом, с застывшим лицом.)

Зрительные галлюцинации чаще бывают в виде отдельных образов людей или животных, мелькания огня, яркого пламени и т. д. Иногда они носят устрашающий характер, когда, например, больной видит себя окруженным дикими зверями, на него нападают разбойники, он находится на костре и т. д. По сравнению со слуховыми галлюцинациями зрительные бывают менее продолжительными, да и встречаются они у детей несколько реже.

«Я по вечерам, когда спать ложусь, страшные рожи вижу. Кривляются они, языки показывают, дразнятся, мне подмигивают. Засну голову под подушку и жду, подойдут или нет. Не подходят. Я снова голову выну. Потом, как закричу. Прибежит мама, они и пропадут, как сквозь стену уйдут. Я их иду, а их нет». (Это дословно записанный рассказ о галлюцинациях 12-летней девочки, страдающей истерией. К ее словам надо отнестись с известной осторожностью, так как наряду с несомненными бывшими у нее галлюцинациями, в ее передаче имеется известное приукрашивание, желание порисоваться своей болезнью.)

Обонятельные и вкусовые галлюцинации, бывающие у детей нечасто, иногда крайне трудно бывает отдифференцировать от соответствующих иллюзий. Больным обыкновенно воспринимается дурной запах, исходящий от окружающих, он чувствует примесь отравы в пище и т. д. Галлюцинации в области кожного и общего чувства, трудно отличимые от иллюзии, чаще всего сказываются разнообразными парестезиями: ползающие мурашки, «червячки под ко-

жей». Иногда — это ощущения пропускаемого через тело электрического тока, переливания в голове, разбухание мозга и пр.

«Меня мачеха отравила. Все мне в суп чего то подсыпала. Он кислый стал. Я не ел. Она ругается, говорит: «жри, что дают». Из супа пар, в пару запах... дурной, дурной такой. Я и понял, что она меня травит. Сохнуть стал. В животе что-то булькает. А то в голову ударит. Меня теперь не обманешь. Здесь мальчики некоторые тоже сохнут, тоже травленные» (14-летний схизофреник). «Внутренности у меня сгнили. Под веками червяки ползают». (Ты их видела когда-нибудь?) «Нет, я чувствую, как они там шевелятся» (15-летняя схизофреничка).

В одних случаях больные совершенно не рассказывают о своих галлюцинациях, и только по их поведению можно сделать заключение о наличии у них галлюцинаций (мимика, жестикуляция, поза, в частности, разговор в виде диалога и пр.), в других случаях больные охотно рассказывают о своих галлюцинациях, иногда во время заболевания, иногда после того, как закончился приступ болезни. Крайне важно для постановки диагноза выявить отношение больного к галлюцинациям (боязнь, безразличие, нежелание вспоминать о них, как о чем-то неприятном, тяжелом; рассказ о них с увлечением, удовольствием, прикрасами и пр.). Нередко галлюцинации могут быть настолько характерными для заболевания, что подробный рассказ о них значительно помогает диагнозу. Например, яркие зрительные устрашающие галлюцинации при эпилепсии; слуховые, осязательные, обонятельные галлюцинации при схизофрении, часто нелепые по своему содержанию и характерные в смысле безразличного отношения к ним больных.

Следует запомнить, что у одного и того же больного иногда могут быть одновременно обманы не одного, а нескольких органов чувств; например, зрительные и слуховые галлюцинации, слуховые и обонятельные и т. д. Сравнительно часто, как это видно и из приведенных нами примеров, галлюцинации сочетаются с бредовыми высказываниями больных.

Все же следует отметить, что в картине разнообразных психических заболеваний, встречающихся у детей, галлюцинации, как известный симптом, не занимают такого большого места, как это бывает у взрослых.

Для объяснения механизма образования обмана чувств предложено несколько теорий, которые в основном можно свести к двум: центростремительной и центробежной. Центростремительная теория придает значение изменению периферических воспринимающих раздражение органов (отсюда ее другое название — периферическая). Например, заболевания глаз, уха, языка и прочее вызывают соответствующие галлюцинации.

В настоящее время эта теория почти совершенно оставлена, так как против нее говорят те клинические случаи, при которых отмечается наличие периферического раздражения, а в то же время галлюцинации у больного отсутствуют; с другой стороны, галлюцинации имеются в тех случаях, когда функции периферических органов выпали полностью (слепота, глухота). Эта теория, не объясняя общего механизма образования обманов чувств, может быть

лишь сохранена для тех случаев, когда периферические моменты являются фактором, predisposing к галлюцинациям. Большим признанием в настоящее время пользуется центробежная теория, объясняющая механизм образования галлюцинаций раздражением центральных отделов (центров высших органов чувств), причем, по мнению большинства современных авторов, возбуждение с коры одновременно распространяется и на периферию, т. е. в направлении, обратном нормальному проведению раздражения (отсюда и название теории — центробежная). В зависимости от раздражения того или иного центра будет соответствующий вид галлюцинации (например, при раздражениях, повреждениях затылочной доли — зрительные галлюцинации), что подтверждается анатомо-клиническими работами последнего времени.

Расстройства памяти. В деятельности памяти принято различать: запечатление, сохранение воспринятого и воспроизведение.¹

Расстройства памяти сказываются в ее повышении (гипермнезия), понижении (гипамнезия) и извращении (парамнезия). При *гипермнезии* обыкновенно облегчаются и запоминание и воспроизведение, но возможны случаи, когда на первый план выступает или тот или другой из этих актов. Например, иногда во время лихорадочных состояний обостряется воспроизведение давнишних переживаний, вспоминающихся до мельчайших деталей, подробностей. Описаны случаи, когда перед смертью больные начинали говорить на том языке, на котором они не разговаривали в течение нескольких лет и казалось, что уже его забыли. В некоторых случаях приходится встречаться с изощрением памяти (гипермнезией) в каком-нибудь одном отношении: одни прекрасно запоминают лица, другие цифры, третьи — детали тех или иных событий и т. д. Подобные изощрения памяти наблюдаются иногда у олигофренов, сравнительно нередко при водянке головного мозга, в отдельных случаях эхизофрении, при эпилептических сумеречных состояниях, в гипнозе и т. д. Так, например, мальчик-олигофрен после двукратного прочтения ему вслух 100 слов мог их тотчас же повторить как в том порядке, в котором они ему были прочтаны, так и в разбивку; через несколько часов он не помнил ни одного из этих слов.

Значительно чаще в клинической практике встречается *гипамнезия* (ослабление, понижение памяти).

Прогрессирующее ослабление памяти встречается или как физиологический процесс в старческом возрасте, или как результат органического заболевания мозга.

Обратное развитие памяти (Р и б о) сводится к тому, что ослабление идет в направлении от настоящего к прошлому: сначала за

¹ Когда запечатление из произвольного процесса становится сознательной операцией, говорят о *запоминании*; в случаях превращения запоминания в систематическую деятельность, употребляют термин *заучивание*. Воспроизведение имеет несколько видов, из которых мы упомянем здесь наиболее часто встречающиеся: *воспоминание* — произвольное воспроизведение предшествующего опыта, *припоминание* — сознательное воспроизведение из прошлого опыта того, что необходимо в настоящем.

бываются недавно воспринятые, ближайшие, текущие события, но еще помнится прошлое, в котором в дальнейшем все чаще и чаще начинают встречаться пробелы. Таким образом, ослабление памяти идет от нового к старому, от сложного к простому.¹

У детей аналогичное прогрессирующее ослабление памяти обыкновенно наблюдается при сифилитических психозах (некоторые формы сифилиса мозга, прогрессивный паралич).

Понижение, ослабление памяти (*гипамнезия*) может, как временное явление, встречаться иногда также и у здоровых лиц, что обыкновенно стоит в связи с резким переутомлением, истощением, чрезмерным аффективным напряжением и т. д. С устранением вредных моментов, вызвавших ослабление памяти (покой, отдых, усиленное питание), функции ее восстанавливаются полностью. В тех случаях, когда запятование, забывание касается переживаний ограниченного отрезка времени, или из памяти выпадает более или менее значительное количество воспоминаний, говорят об *амнезии*. Сюда, прежде всего, относится сравнительно чаще встречающаяся потеря памяти слов, например, забывают собственные имена, фамилии, название предметов (больной ждет, когда ему подскажут нужное слово), цифр, событий и т. д. Иногда эта амнезия, связанная с расстройством сознания, бывает при сильных аффективных переживаниях, когда из памяти выпадают все или часть переживаний, происходивших в это время. Так, например, при некоторых психических заболеваниях после выздоровления больные совершенно не помнят или отрывочно сохраняют воспоминания о периоде болезни; аналогичное явление наблюдается также после соматических заболеваний, протекавших с расстройством сознания. В тех случаях, когда из памяти выпадают события, происходившие не только во время заболевания, но также и за период времени, предшествовавший болезни, говорят о ретроградной амнезии. Например, после мозговой травмы больной не может вспомнить не только о самом событии, во время которого произошла травма, но забывает и о предшествующих травме событиях, причем выпавший из памяти период жизни больного может быть очень значительным (иногда изглаживаются события за несколько лет жизни, предшествующие травме, заболеванию).

К расстройствам памяти относятся также обманы памяти (*парамнезии*). Например, иногда встречается такое явление, когда кажется, что переживаемое в настоящее время уже было пережито раньше при

¹ Учение Рибо об обратном развитии памяти встречает со стороны некоторых авторов целый ряд весьма веских возражений. Так, например, Станойевич указывает, что прогрессивные паралитики помнят недавние события значительно лучше, чем события из прошлой жизни.

Вейсфельд отмечает ряд методических ошибок, допущенных Рибо (недостаточная проверка качества воспоминаний давнишних событий, свободный рассказ больного о своем прошлом, а не ответы на вопросы, в силу чего большой касается именно тех событий, которые он лучше помнит, игнорирование фактов из прошлого, которые не воспроизводятся больным и т. д.). Эти возражения заставляют согласиться с тем, что выводы Рибо об обратном развитии памяти нуждаются в пересмотре при помощи более строго поставленных эксперимента и клинического наблюдения.

совершенно аналогичных условиях. Бывает и так, что, видя что-нибудь новое, воспринимают его как уже виденное раньше, знакомое («déjà vu» — «уже виденное» — французских авторов). Аналогичное явление представляет собой déjà raconté — «уже рассказанное», когда создается убеждение, что то, о чем больной собирается рассказать, было уже им однажды рассказано.

Подобные расстройства памяти у детей наблюдаются сравнительно часто; у взрослых они встречаются при эпилепсии, шизофрении, при маниакально-депрессивном психозе, иногда также и у совершенно здоровых людей (при значительном переутомлении).

Под названием *криптамнезии* описывают такие обманы памяти, когда услышанное от других, вычитанное из книг, через некоторое время начинает казаться своим собственным, придуманным самим. В тех случаях, когда память более или менее глубоко расстроена, остающиеся пробелы заполняются переживаниями, придуманными на основании ложных воспоминаний (*конфабуляциями*). Например, неподвижно лежащий в постели больной уверяет, что он только что вернулся с прогулки, и при этом рассказывает, кого он видел, с кем вел беседу.

Приведенные здесь расстройства памяти бывают иногда настолько характерными, что могут являться хорошим диагностическим признаком при распознавании различных психических заболеваний.

Расстройства мышления. Мышление является одним из наиболее сложных видов психической деятельности человека.

При помощи мышления рационально перерабатываются данные опыта, вскрываются, устанавливаются новые связи, зависимости, отношения между явлениями окружающего мира. Расстройства мышления при психических отклонениях играют чрезвычайно важную роль; здесь мы остановимся на наиболее важных с клинической точки зрения.

Заторможенность мышления сказывается в медленной смене представлений. Явления заторможенности встречаются как у здоровых людей (при утомлении, огорчении), так и при различных психических заболеваниях (особенно часто при маниакально-депрессивном психозе — депрессивная фаза). Субъективно заторможенность мышления сказывается в том, что больному трудно о чем-нибудь подумать, мысли у него путаются, мыслей мало, они бедны, неинтересны, малозначащи, текут медленно, вяло. Объективно это выявляется в экспериментально установленном замедлении течения ассоциаций, в медленной по темпу, нередко, односложной речи, прерываемой иногда длинными паузами.

Противоположным заторможению является *возбужденность мышления* («скачка идей»), при котором одно представление быстро сменяется другим. Субъективно это сказывается наплывом мыслей, быстро сменяющих одна другую, кажущимся богатством их содержания, в то время как в действительности они нередко отличаются большой поверхностностью. Внимание неустойчивое, легко отвлекаемое; при резких степенях возбуждения отвлекаемость внимания настолько значительна, что почти каждое новое впечатление немедленно вплетается в речь. Хотя в каждый отдельный момент мышление и не лишено цели, но цель эта постоянно меняется, что в неко-

Торых случаях создает неверное впечатление «беспечности мышления». Речевое оформление мыслей иногда крайне пышное, красочное; при резких степенях возбуждения речь за мышлением не поспевает, отстает от него, и тогда оформление мыслей страдает; мысль передается отдельными словами, незаконченными фразами. Экспериментально доказать быстроту мыслительного процесса обыкновенно не удается. При помощи эксперимента определяется не количество возникающих представлений, а количество произнесенных слов, а так как при возбуждении мышления одновременно возникает множество представлений, то на выбор их затрачивается известное время, что и замедляет ответную реакцию при эксперименте. Подобный наплыв представлений может послужить причиной полного речевого заторможения; больной не в состоянии остановиться на каком-нибудь одном представлении, не может сделать между ними выбора, а потому упорно молчит (вихревая заторможенность идей).

С этим явлением мы встречаемся иногда в общезитии у совершенно здоровых людей, когда, чем-нибудь особенно пораженные, они умолкают, будучи не в состоянии из множества впечатлений выбрать необходимые и словесно их оформить.

Вот пример скачки идей у резко возбужденного мальчика-органика 15 лет. (Как тебя зовут?) Зовут зовутка, а прозывают утка. Ванька звать. На что тебе? Как не зови, а от больницы не уйдешь. Зван, званка, зовут Ванька. (Вертится на стуле, перебирает предметы.) Давай что делать. Так зря сидим. Вот в школе так не сидим. Там, брат, не побалуешь. Живо выгонят. У меня по предметам «хор» было. А Иван Павлович один раз меня выгнал. Кошкой мяукнул. (Проходит по корридолу больной Егоров.) Егоров вон здоровый какой. Спит и жрет, чего ему делается. Ну, а мы чего делать будем? Без дела сидим, в окошко глядим. Что это у тебя такое? (Берет секундомер.) Дай мне. Все равно утащу. Я таскал не такие... Вот раз мне таску задали... Здорово били. (Говорит, не умолкая ни на одну секунду, размахивая руками, жестикулирует.)

Случаи, когда между отдельными представлениями нарушена, разорвана связь, называются *разорванностью мышления* (*Zerfahrenheit des Denkens* — К р е п е л и н); при этом речевое оформление часто грамматически вполне правильное. При подобном расстройстве мышления крайне трудно уловить основную идею, так как побочные мысли переплетаются с главной, основной, ясное целевое направление отсутствует. Мышление поражает своей непонятностью, неожиданностью выводов, иногда их бессмысленностью. На вопрос: «как зовут?» — следует неожиданный ответ: «там все будем». Когда при разорванном мышлении бессмысленно нанизываются слова, то говорят о «словесной крошке», «словесном салате» (*Wortsalat*).

«Мы из земли взяты, а говорят мы от воды, от обезьяны... и там грубость страшная. Откуда же могли живые букашки стать, если в них большой силы не было... (Это спонтанные высказывания шизофреника, 16 лет. Он без умолку говорит, жестикулирует, то выкрикивает отдельные слова, то говорит почти шопотом, наклоняясь к собеседнику.)

...Какой же дух перебивает наши мысли? Это просто навозный дух, который от навоза бывает. Это невозможный дух, который выходит на землю. Он затмит солнце хочет. Он стоит как столб на экваторе. Как 2 столба. Вы, когда солнце видите, может быть замечали эти 2 столба (рисует). Вот это небо, а это земля, солнце все светит в небо и землю, но не может сразу обе половины осветить. Эти столбы, хотя считать с 2-х сторон солнце. Зачем же они снимают солнце.

Вот и думает зверь, как бы ему стать. А в воде, в океане, по всему миру книжка плавает. Звериная книжка это стекло. Зачем же попала книжка в воду? Она не в воде книжка, а это зверь думает, что она в воде.

А вот другой пример разорванности мышления, в котором совершенно нет никакой руководящей идеи, больная стереотипно задает вопросы, не требуя на них ответа. На обращенные к ней вопросы не отвечает, продолжая разговаривать сама с собой.

— Как поживаешь?

— «А мы куда пойдем? А что нянечка сказала? Тебя как зовут? Лариса Павлова не ругается. Мы обедали? Спать надо. Ах ты (циничное ругательство). Мы спать будем? Тебя тошнит? А мы куда пойдем? Что ты обещал? Лариса не ругается. Как тебя зовут? Нянечка что сказала? У (циничное ругательство). Я пойду. Не надо ругаться». (Это дословно записанная спонтанная речь 13-летней девочки с остаточными явлениями после инфекционного энцефалита. Больная говорит без модуляций, с одним и тем же выражением лица.)

Обстоятельным, детализированным мышлением называют такое, при котором детали, мелочи загружают основную мысль. К цели идут не прямым путем, а блуждают кругом да около, нанизывая не идущие к делу детали, сообщая случайные подробности, по многу раз употребляя одни и те же слова, понравившиеся обороты речи, словом, топчутся на месте. В этой путанице, лабиринте деталей основная мысль все же не теряется, и, проделав длинный окольный путь, в конце концов приходит к цели (лабиринтарное мышление — другое название этого симптома). Этот симптом нередко встречается при эпилепсии, а также иногда при олигофрении.

«Брат есть Филипп, Филипп его кличут. Он с городу приехал, он в городе служил, с города приехал. Наград много имеет. Он, ух, какой сильный. Во, возьмет так пуд в руки и тинет (показывает, как бы поднимая гиру с полу). Ему все нипочем. Раз пьяным с возу упал. Он сильный, ему ничто. Встал, песни запел. В деревне его дядя Филипп кличут, уважают. Жене платок привез, полу-ботинки. Все знают, он с городу приехал, уважают его».

Это дословно записанный ответ мальчика-эпилептика, 12 лет, на вопрос: «кто у него есть родственники?» Больной еще долго рассказывал о Филиппе и с такими же излишними подробностями говорил о других родственниках.

Навязчивые идеи. Идеи, насильственно вторгающиеся в течение нормальных представлений, нарушающие это течение, называются навязчивыми. Несмотря на критическое отношение к навязчивым идеям, больной не может от них отделаться, они снова и снова настойчиво возвращаются в сознание, что создает для него мучительное состояние беспокойства, своеобразной напряженности.

А р т у р К р о н ф е л ь д говорит, что «единственным правильным критерием навязчивости является способ ее переживания: переживающий в момент возникновения навязчивых идей не переживает их, как принадлежащие к своему «я». Напротив, «я» защищается от них, и эта защита переживается как бессилие».

От навязчивых идей следует отличать *сверщенные идеи*, которые В е р н и к е определяет как «воспоминание о каком-либо особенно полном аффекта переживании или о целом ряде подобных, связан-

ных между собой переживаний». ¹ В зависимости от характера переживаний (например, потеря близкого, тяжелое оскорбление, неправильное обвинение и т. д.) содержание сверхценных идей может быть весьма разнообразным. Сверхценные идеи не воспринимаются человеком как чуждые его сознанию, наоборот, он их рассматривает как выражение своей собственной личности, считает их разумными и обоснованными. В отличие от сверхценных идей навязчивые идеи характеризуются незначительностью своего содержания, критическим отношением к ним больного, как к чему то для него чуждому, постороннему, ясным сознанием их ненужности, беспечности.

Наряду с навязчивыми идеями различают навязчивые страхи, влечения, воспоминания, частью вытекающие из навязчивых идей, в значительном же проценте случаев непосредственно с ними сливающиеся, почему в таких случаях и говорят о навязчивых состояниях.

В клинической картине часто встречаются навязчивые идеи в виде *болезненного сомнения* (*folie du doute*), когда постоянно беспокоит мысль о том, что то или иное действие не выполнено, или выполнено неправильно. Например, большой все время сомневается, закрыта ли дверь, потушен ли огонь, приготовлены ли уроки, не потерян ли трамвайный билет, туда ли он идет и т. д., и, получив подтверждение, убедившись в правильности своих действий, успокаивается на короткий момент с тем, чтобы снова начать их проверку. При известном эмоциональном состоянии (волнения, забота, тревога), при переутомлении, подобные болезненные сомнения могут возникать и у совершенно здоровых людей, у которых они все же не достигают большой интенсивности и держатся до тех пор, пока не исчезает вызвавшая их причина.

Болезненное мудрствование (*Grübeln*) — навязчивое стремление думать о различных, малозначащих предметах, высказывать интерес к вопросам ненужным, незначительным или неразрешимым: «Отчего мы ходим на ногах, а не на руках?», «Почему у нас нет хвоста?», «Почему предметам даны такие названия, почему кровать называется кроватью, а не как-нибудь иначе?» — вот приблизительный (конечно, далеко не исчерпывающий) перечень вопросов, которые задают больные, отыскивая на них ответ.

Навязчивые страхи (фобии) весьма разнообразны, среди них у детей наиболее часто встречается боязнь покраснеть (эрейтрофобия); боязнь чужого взгляда, когда кажется, что все обращают на них внимание, пристально смотрят, в силу чего дети начинают глядеть исподлобья, постоянно вертятся, чтобы избежать взгляда посторонних. Нередко также встречается боязнь, что непременно подумают на них, когда случается какое-нибудь неприятное происшествие (пропадает вещь, кто-нибудь набедокурил и т. д.); в отдельных случаях встречается боязнь прикосновения, когда боятся дотрагиваться до вещей, чтобы как-нибудь не заразиться.

¹ По Бумке сверхценные идеи — это «мысли или группы мыслей (комплексы), которые достигают перевеса над всеми остальными мыслями благодаря своему аффективному тону и удерживают этот перевес стойко, на длительный срок».

Навязчивые действия обыкновенно вытекают из навязчивых мыслей и страхов, когда, чтобы отделаться от них, больной по несколько раз совершает то или иное действие: при боязни прикосновения бесконечное количество раз моет руки; при болезненном сомнении постоянно подходит к двери и пробует, заперта ли она и т. д. В других случаях навязчивые действия не являются моментом, имеющим цель освободиться от навязчивых страхов и мыслей, а возникают как бы сами по себе. В таких случаях больные пересчитывают сделанное ими количество шагов; в театре считают количество лысых, не могут пройти мимо вывески, объявления, чтобы их не прочесть и т. д.

Навязчивые воспоминания часто встречаются и у психически здоровых людей, когда, например, человека неотвязно, в течение некоторого времени, преследует отрывок когда-то слышанной фразы, стихотворения, мелодии и т. д. Если у здоровых эти состояния недолгительны, скоро проходят, то у больных очень часто заполняют все психическое содержание, составляя подчас крайне тягостное для них явление, от которого они никак не могут избавиться. Навязчивые мысли, страхи, действия, воспоминания могут встречаться в качестве известного симптома при различных психических уклонах (психастения, шизофрения, эпидемический энцефалит, различные виды психопатий и т. д.).

«Я опять ругаюсь», заявляет четырнадцатилетний мальчик врачу; тут же выясняется, что он прекрасно понимает, что ругаться не следует, но ему хочется это делать; при этом не то, чтобы он на кого-то сердился и бранил его, а просто «хочется ругаться», и он никак не может удержаться от этого. Выходя после обследования из кабинета врача он тихонько повторяет несколько раз «дураки». На предложение перестать ругаться, он отвечает тихим, почти жалобным голосом «а вот буду, буду ругаться».

«Не трогайте меня, не прикасайтесь ко мне», говорит девочка 12 лет, переболевшая эпидемическим энцефалитом. «Вы меня запачкаете, вы грязные... я боюсь». Она никому не позволяет до себя дотронуться (при попытках это сделать или поздороваться с ней за руку начинает пронзительно визжать), бесконечное количество раз моет руки, никогда не берет за ручку двери, не прихватив ее предварительно платком или какой-либо тряпочкой, по несколько раз перекладывает свою подушку, пока не положит ее в определенном положении и т. д.

Бредовые идеи. Бредовые идеи — ложные мысли, ошибки суждения, суждения, противоречащие действительности. От других ошибок суждения (например, различных заблуждений в виде предрассудков, суеверия, ходячих, но ложных, неправильных мнений и пр.) бредовые идеи, прежде всего, отличаются тем, что они возникают *болезненным образом* и не поддаются коррекции (исправлению) ни путем убеждения, логических доводов, наглядных доказательств, ни путем других различных видов психического воздействия.

Отличием от ошибок суждения является также и то, что бредовые идеи *индивидуальны*, т. е. они присущи именно данной психической личности.

Таким образом бредовые идеи отличаются от заблуждений механизмом развития (индивидуальность и болезненная основа), а не своим содержанием, которое в целом ряде случаев может быть оди-

наковым как при бредовых идеях, так и при заблуждениях. Например, и в бреде больного и в заблуждениях могут фигурировать чудовища, сверхъестественные существа и пр., но у больного это будет не просто взятое, воспринятое от других, а своя личная продукция, развившаяся вследствие болезненного изменения его психики, причем зачастую развившаяся у человека образованного, до заболевания крайне далекого от подобных суеверий.¹

Механизм возникновения бредовых идей у различных больных бывает неодинаковым. В одних случаях бредовые идеи являются результатом неправильного истолкования того аффективного состояния, которое переживает больной. Например, депрессивный больной, пытаясь объяснить изменение своего самочувствия, находит причину во внешних моментах. Это галогимический (holos целый, весь, и thumos — желание) момент в бредообразовании. Эта аффективная теория образования бреда не может все же объяснить целого ряда случаев.

Французские авторы в бредообразовании придают известную роль галлюцинациям и болезненным ощущениям. Например, обонятельные и вкусовые галлюцинации могут быть причиной бреда отравления; потеря чувствительности может породить мысль об исчезновении, подмене какой-нибудь части тела. Большинство авторов склонно смотреть на галлюцинации и болезненные ощущения лишь как на материал для бреда, а не на первопричину его образования.

Ряд авторов вслед за Крепелиным считает, что в основе бреда лежит общее психическое расстройство, при котором изменения сознания стоят на первом месте. В объяснение способов возникновения бреда приводится также интеллектуальная слабость (так называемый индуцированный бред — возникновение бредовых идей путем заимствования от другого лица); другие авторы, наоборот, считают сохранность интеллекта необходимым условием для бредообразования, указывая на поблдение и исчезновение бредовых идей в связи с нарастающим слабоумием, отсутствие бреда у глубоких олигофренов.

Приведенное (далеко не полное) перечисление различных теорий, объясняющих бредообразование, говорит о том, что для настоящего времени этот вопрос еще не может считаться вполне разрешенным.

Бредовые идеи принято различать по их содержанию; в основу различия кладется тот или иной характерный признак, по которому они и получают свое название: бред величия, бред преследования и т. д. Из отдельных бредовых идей мы здесь опишем лишь те, которые наиболее часто встречаются в детской практике.

Бред величия сказывается в резкой переоценке больным своей личности (способностей, возможностей и пр.): больной необыкновенный силач, всемирно признанный гений, непревзойденный богач, неподражаемый актер, талантливый музыкант и т. д.

Больной шизофреник, 15 лет, говорит про себя, что он необыкновенный, особенный, исцеляет различные болезни. Он все может, он людям помогает, а они его обижают, мучают: «люди меня замучали, замучали, я выкручиваюсь»

¹ Бред, довольно часто встречающийся у детей при лихорадочных заболеваниях, не следует смешивать с бредовыми идеями, являющимися симптомом психического расстройства: здесь происходит известная путаница понятий, когда термином «бред» обозначаются совершенно различные (по механизму образования) состояния. Некоторые авторы (Гильероский и др.) совершенно правильно предлагают говорить о бреде (делириозных состояниях) и о бредовых идеях. Бред (делириозное состояние) — психопатологический симптомокомплекс, характеризующийся сноподобным состоянием сознания, той или иной степенью расстройства мышления (бессвязность), яркими (преимущественно зрительными) галлюцинациями.

своей головой, я всех исцеляю, силу в себе большую имею». Окружают его «мертвяки», которые были раньше закопаны в землю, а потом их оттуда выкопали, он их воскресил, «теперь они могут есть и двигаться, хотя все же они мертвяки».

Больной прогрессивный паралитик, 14 лет, говорит про себя: «Я три дома имею... десять домов... тысячу... не сосчитать». «Я борцом буду, всех побегу, я — сильный, за облака улечу и не вернусь».

Бредовые идеи самоуничтожения, наоборот, кроются в резкой недооценке своей личности, среди них чаще встречаются идеи самообвинения, когда больной обвиняет себя в тяжких преступлениях, в ужасных пороках, считает себя неисправимым, ничтожным, никуда негодным человеком.

«Я перед всеми виноват, я плохой, дурной человек. Это я всех подвел. Всем вам плохо из-за меня будет». (Больной мальчик, 15 лет, маниакально-депрессивный психоз — депрессивная фаза.) Он недостоем сидеть за общим столом, ему не надо давать обедать, он во всем виноват. На вопрос, что же он такое сделал, больной отвечает, что он не слушался матери, не исполнил приказа врача (встал с кровати и надел халат), обругал нянечку и т. д. При этом он плачет горькими слезами, умоляя не сердиться на него, простить его за то, что «он делает не то, что надо».

К бредовым идеям самоуничтожения также относится ипохондрический бред, при котором больной фиксирует свое внимание на здоровье, постоянно отыскивая у себя различные болезненные симптомы, резко преувеличивая их значение. Иногда (чаще при схизофрении) ипохондрический бред бывает крайне нелепым: у больного сгнил мозг, нет внутренностей, он заживо разлагается. Известную разновидность бреда самоуничтожения представляет нигилистический бред, бред отрицания: у больного нет имени, нет головы, сердца, исчезли все органы.

«Я сифилисом болен, внутренности гниют, пахнет от меня дурно», говорит 15-летний схизофреник. «Кишки из меня по ночам выходят, сердце нутряное стало, маленькое».

В противоположность бреду самообвинения при бреде преследования больной обвиняет не себя, а других лиц в стремлении причинить ему неприятности, нанести ущерб его личности, испортить его общественное положение и пр. Разновидностями этого бреда являются: бред отношения, влияния, воздействия. При бреде отношения больной все происходящее относит к себе, к своей личности, неправильно оценивает эти отношения, придавая им символический смысл: кто-то улыбнулся — это над ним издеваются, в газетах написано про него, а фигурирующая при этом описании другая фамилия напечатана с умыслом, чтобы больной об этом не сразу догадался и т. д. Бред влияния, постороннего воздействия: на больного влияют при помощи гипноза. через него пропускают электрический ток, ему внушают мысли на расстоянии и т. д.

«Меня заразить хотят, может отравить. Смерти моей хотят. Градусник мне бездушный ставят. Спать не дают. Зачем к кровати подходят, на меня смотрят? Это нарочно. Не буду спать, так скоро умру. Все мне спать мешают: нянечка это для меня кашляет, чтобы не спал. В. Н. и С. Д. (соседи по палате) нарочно

стучат. У меня кровь разгоняют, крови совсем не стало. Воск мне в кашу под-
кладывают, либо чем другим мажут». (Схизофреник, 15 лет.)

Другой больной схизофреник, 14 лет, по ночам будил свою мать: «Мама, не спи, нас зарезать хотят: тебя, меня и Галку (сестру)». Или просил ее: «Смотри на меня, я у тебя последние дни, скоро умру». В больнице уверял, что на него «действуют гипнотическими способностями», «вынимают из него душу». Его преследуют за то что он открыл «секрет». (Что это за секрет, так и не удалось установить, так как при расспросе больной или умолкал, или отвечал: «так, секрет и секрет», «не частый секрет» и т. д.)

Бредовые идеи различают не только по их содержанию, но также по их структуре и по той роли, которую они играют в общей картине психического заболевания.

По структуре бредовые идеи могут быть отрывочными, не связанными друг с другом, в отдельных случаях даже противоречить одна другой. Иногда бредовые идеи складываются в определенную систему, в центре которой находится одна объединяющая их мысль. Подобный систематизированный бред носит название паранойяльного (от болезни паранойя — стойкая система бреда, представляющая переработку жизненных переживаний). У детей систематизированный бред встречается сравнительно нечасто.

Роль бредовых идей в общем течении психического процесса и влияние на поведение больного бывает неодинаковой. В одних случаях бредовые идеи как бы изолированы от остального содержания психики, они высказываются вскользь, мимоходом, совершенно не отражаясь на поведении больного. Например, больной жалуется на то, что у него нет внутренностей, сгнил кишечник, пища вываливается наружу. Говорит об этом без какой бы то ни было эмоциональной окраски, безразличным, равнодушным голосом. Подобная бредовая идея в этом случае не только не препятствует питанию больного, но бывает и так, что он сердится, раздражается, когда ему не в-ремя подают пищу.

В других случаях бредовые идеи занимают в психическом содержании больного очень видное место, значительно отражаясь на его поведении. Например, уверенный в том, что его отравляют, больной отказывается от еды или же принимает пищу только из рук тех лиц, которым он доверяет. Иногда, прежде чем начать есть, больной требует, чтобы кто-либо из присутствующих предварительно попробовал пищу.

У детей бредовые идеи сравнительно чаще проскальзывают в их высказываниях, или же о них бывает не трудно судить по поведению больных; лишь в отдельных случаях больные крайне неохотно говорят о бредовых идеях или даже иногда их скрывают.

Вообще же следует сказать, что в картине психических болезней у детей бредовые идеи наблюдаются не так часто, как это бывает у взрослых. Чаще всего бредовые идеи встречаются у детей при схизофрении, несколько реже при прогрессивном параличе, маниакально-депрессивном психозе и сравнительно нечасто при других заболеваниях.

Расстройство эмоциональной сферы. Эмоции характеризуются следующими отличительными признаками: 1) они выражают состоя-

ние субъекта и его отношение к объекту, 2) отличаются полярностью, т. е. обладают положительным или отрицательным знаком: удовольствие — неудовольствие, веселье — грусть, радость — печаль и т. д.; в сложных человеческих чувствах эмоции часто образуют сложное противоречивое единство: в ревности страстная любовь сплетается с ягучей ненавистью, 3) они весьма тесно связаны с «я», с основным стержнем личности.

Резко выраженные, обостренные эмоции называют *аффектами*.¹ Со времени Канта аффекты делят на стенические, возбуждающие (гнев, радость) и астенические, тормозящие (тоска, печаль, смущение). В свою очередь аффекты делятся на физиологические, когда реакция адекватна переживанию, и патологические аффекты, когда реакция является настолько бурной, что теряется способность управлять своими действиями, отдавать отчет в своих поступках; как правило в таких случаях наблюдается расстройство (помрачение) сознания с последующим запоминанием того, что произошло во время аффекта.

Аффективные состояния обыкновенно сопровождаются соматическими изменениями: расширением зрачков, побледнением, покраснением лица, учащением, замедлением пульса, повышением потливости, слюноотделением, расстройствами выразительных движений (мимика, жестикуляция).

В свою очередь, и соматические расстройства могут оказывать влияние на аффекты: аффект страха у сердечных больных, тоскливое, подавленное состояние при болезнях кишечника и т. д. Отражаются аффекты и на интеллектуальной деятельности, в одних случаях тормозя ее, в других возбуждая.²

Из наблюдающихся в детской психиатрической практике разнообразных расстройств эмоциональной сферы сравнительно часто встречаются расстройства настроения, сказывающиеся в его повышении или понижении.

Длительные повышения самочувствия обозначаются термином *эйфория*. При эйфории — веселое, приподнятое настроение, обыкновенно не вяжущееся с тем положением вещей, с той обстановкой, в которой находится больной: у больного неприятности, его преследуют постоянные неудачи, но настроение его веселое, жизнерадостное, приподнятое, он бурно всему радуется; неприятности, неудачи скользят мимо него, совсем не отражаясь на его настроении. Повышенное настроение обыкновенно сопровождается психомоторной возбудимостью, а также и соматическими явлениями — учащение пульса, покраснение лица, расширение зрачков и пр.

Противоположным состоянием является пониженное, подавлен-

¹ Эмоциональные переживания, соответствующие процессам растительной жизни, называются низшими или органическими эмоциями (переживания, связанные с чувством голода, жажды, половым влечением и т. д.).

² С целью резче подчеркнуть влияние аффективности на волевые и центробежные функции, Блейлер объединяет аффективность, влечения, волю в одно понятие, которому он присваивает название «эргии». По Блейлеру многие психопаты — тимопаты, т. е. люди, страдающие расстройством аффективности.

ное самочувствие (*депрессия*), возникающее или без всяких, скольнибудь видимых, внешних поводов (эндогенная, аутохтонная депрессия), или как реакция на тяжелые переживания (реактивная депрессия). В последнем случае она считается болезненной тогда, когда выявляется более интенсивно и бывает более длительной, чем обычная реакция на неприятные раздражители у здорового человека. Депрессия сопровождается общей психомоторной заторможенностью, а также и соматическими расстройствами, из которых особенно часты различные вазомоторные (сосудодвигательные) расстройства. Нередко эти последние сопровождаются тяжелым субъективным чувством напряженности в области сердца (так называемая предсердечная тоска).

Повышение и понижение настроения обыкновенно встречаются при маниакально-депрессивном психозе, иногда (чаще депрессивное настроение) при шизофрении, при различных психопатиях (особенно при циклоидной, эпилептоидной и др.).

Наряду с расстройством настроения отмечается *понижение эмоциональной возбудимости*, проявляющееся в апатичности, безучастности, равнодушии к тем или иным внешним раздражителям. Часто это наблюдается в отношении раздражителей, непосредственно не связанных с личностью больного. Например, больной становится совершенно безучастным к радости, горю, страданию нередко очень близких ему лиц. Подобное понижение возбудимости может дойти до полного эмоционального оупения, когда больной становится совершенно безразличным, равнодушным как к переживаниям других, так и к своим собственным.

В норме понижение эмоциональной возбудимости наблюдается после сильных душевных потрясений, чаще же оно встречается при различных психических заболеваниях и аномалиях (олигофрения, шизофрения, некоторые виды психопатий).

На вопрос: «Как поживаешь?» мальчик шизофреник, 14-лет, ответил: «Я не поживаю, я совсем не живу. Я мертвый какой-то стал. Пустой какой-то. Мне все равно, ничего не надо, ничего не хочется».

Повышенная эмоциональная возбудимость, свойственная (в качестве возрастной особенности) здоровым детям, является патологической тогда, когда к ней присоединяется раздражительная слабость: больной легко, по незначительному поводу, выходит из состояния равновесия, начинает кричать, плакать, сравнительно быстро успокаивается при отвлечении его внимания другими раздражителями.

При эпилепсии и некоторых других психических отклонениях обычно такого легкого отвлечения не наблюдается, больной как бы прилипает к аффекту, подолгу «пережевывая» это состояние, снова и снова к нему возвращаясь.

Когда эмоциональное переживание перестает тормозиться, когда оно проявляется во-вне, в то время как по существу оно должно было быть задержано, подавлено, или нерезко выявлено, — говорят об *эмоциональной невожатерсанности*. У маленьких детей эмоциональная невожатерсанность является физиологической: они бурно,

- Б. Не пойду, я сяду (садится). Вы сами уходите, я буду здесь одна.
 В. Ну, идем.
 Б. Нет, не пойду.
 В. Ну, не ходи.
 Б. Ну, пойдемте (встает). Только не так. Вы не идите так, вы перекрутитесь.
 В. Ну, идем.
 Б. Нет, не пойду (садится).
 В. Ты же только что хотела идти.
 Б. Я не пойду с этого места. Вы идите, если вам хочется. Не хочется, посидите. Я вас не задерживаю.
 В. Ты долго так будешь сидеть?
 Б. Все время. Вы уходите. (Возбуждается, кричит.) Не пойду, честное слово не пойду.
 В. (Пытается приподнять больную со стула.)
 Б. (Кричит.) Уходите сами, мне и здесь хорошо. Слышите вы, уходите прямой дорогой налево.

К расстройствам волевых функций относится также *манерность*, когда простые действия извращаются, становятся вычурными, преувеличенно развязными или, наоборот, чересчур скромными, приобретают своеобразный, часто надуманный характер. Например, особая манера образоваться, когда подают руку лодочкой, сжатую в кулак, или чрезмерно растопыривают пальцы. Стереотипии — однообразно повторяющиеся в течение длительного времени слова, выражения, жесты.

Вербигерацию — беспорядочное нанизывание слов одно на другое, часто слов совершенно бессмысленных, можно рассматривать и как чрезвычайно яркое проявление сильного аффективного переживания, и как своеобразную стереотипию, свидетельствующую об известной бедности мыслей, недостаточности умственного кругозора. Вербигерация встречается как у психически здоровых людей, так и у душевно больных (в последнем случае чаще всего при шизофрении, шизоидной психопатии).

Яркие примеры вербигерации у здоровых детей, а также и у взрослых можно найти у К. Чуковского.¹

«Четырехлетний младенец лежит на постели и пускает изо рта пузыри, а его мать, охваченная внезапным любовным экстазом, вдруг бросается на него с поцелуями и выкрикивает дикие слова:

Буцики, дуцики, муцики,
 Руцики, пуцики, бум,
 Куценьки, вы, таракуценьки,
 Пуценьки, вы, мирабук.

Этих слов она никогда не слышала и ни разу никому не говорила. Обычно ее речи бывали банальны и скучны. И вдруг такой праздничный расцвет творчества, такие фейерверки экзотических звуков!»

Или другой пример.

«В моем дневнике о двухлетней Мурке записано: каждый день приходит ко мне, садится на чемодан и, раскачиваясь, начинает рифмовать нараспев:

Кунда, мунда, карамунда,
 Дунда, бунда, парамун.

Это продолжается около часу, иногда дольше».

¹ К. Чуковский. От двух до пяти лет. Детиздат, 1936 г. Стр. 102 и 107.

К волевым расстройством относятся также навязчивые действия, о которых речь была раньше.

Под названием «соскальзывание воли» Шюле описал такие изменения в действиях, когда больной начинает одно движение, а заканчивает его другим: берет стакан, чтобы пить, а вместе этого выливает его содержимое.

Крайне важным симптомом является расстройство влечений (*нарабулли*). Под влечениями понимают унаследованные сложные рефлекторные реакции, группирующиеся вокруг жизненных целей (пища, размножение, самосохранение), возрастающие закономерно по мере развития организма. Влияние внешних (преимущественно социально-классовых) воздействий среды сказывается на времени и силе проявлений влечений у человека, их связи с внешним объектом, изменении содержания входящих в их состав частичных реакций. Это влияние для различных влечений неодинаково: для влечения к пище оно сравнительно незначительно, наоборот, на половом влечении сказывается более интенсивно.

Расстройства влечения к пище наблюдаются в виде повышения влечения (например, обжорство, отмечаемое иногда при глубоких степенях олигофрении), в понижении его (отказ от пищи при депрессии, шизофрении), или в извращении (поедание собственных экскрементов при шизофрении). Извращения влечения к пище встречаются иногда и у психически здоровых детей в раннем возрасте, когда они, например, поедают песок, глину, мел, что нередко бывает связано с недостатком в организме минеральных солей или других веществ.

При понижении инстинкта самосохранения отмечается резкое игнорирование опасности. При глубоких степенях олигофрении, дементности, это связано с интеллектуальной недостаточностью, вследствие которой опасность не осознается. При некоторых других психических отклонениях понижение инстинкта самосохранения наблюдается при сохранности интеллекта. Например, пациент нашей клиники, перенесший эпидемический энцефалит, неоднократно клал голову на рельсы при приближении трамвая, отдергивая ее лишь в самый последний момент. Это проделывалось с целью испытать, действительно ли так страшно умирать, как об этом рассказывают. Повышение инстинкта самосохранения часто сказывается в чрезмерной трусливости, в преувеличении опасности.

Расстройства полового влечения сказываются как в его понижении, так, в особенности часто, в его повышении, когда оно или слишком рано пробуждается или интенсивно выражено. С повышением полового влечения приходится встречаться при олигофрении, психопатиях, иногда при эпилепсии; с понижением при некоторых формах психопатии, депрессии. Извращения полового влечения у детей чаще наблюдаются в виде онанизма. Об онанизме, а также и других половых извращениях (мазохизме, садизме и пр.) подробно говорится в специальной части в разделе психопатий.

Расстройства сознания. «Мое отношение к моей среде есть мое сознание» (Маркс). В этом определении ясно подчеркивается способ-

ность сознания к избирательной деятельности, к выбору поведения, т. е. к планомерному регулированию взаимоотношений с окружающими. Планомерное регулирование своих взаимоотношений со средой предполагает способность предвидения, которая невозможна без способности мышления понятиями, т. е. абстрактного мышления. С точки зрения диалектического материализма сознание есть ступень развития психического. Ступень развития, на которой появляется сознание, свойственна только высокоорганизованной материи (нервной системе человека). «Мышление и сознание... являются продуктами человеческого мозга» (Энгельс). Таким образом, сознание — качество психического, это комплексное качество высокоорганизованной материи, с помощью которого осуществляется процесс познания, отражающий объективную действительность. Но отражение природы в мысли человека надо понимать не мертво, не абстрактно, не без движения и не без противоречий, а в вечном процессе движения, возникновения противоречий и разрешения их.

Расстройства сознания, с которыми приходится встречаться у психически больных, крайне разнообразны. Прежде всего (в данном случае пользуются аналогией с глазом) может изменяться поле сознания. О *сужении поля сознания* принято говорить в тех случаях, когда в центре сознания находится одна-две идеи, целиком заполняющие собой все содержание психики. Такое сужение поля сознания нередко наблюдается при сильных аффектах, когда, например, в гневе сознание целиком заполнено только представлениями, связанными с этим переживанием. Другое изменение (сужение поля сознания) сказывается в избирательной узости, когда в него могут проникать только определенные (иногда многочисленные) представления, в то время как для других представлений доступ в сознание совершенно закрыт.

В тех случаях, когда расстройства сознания напоминают собой состояния, бывающие у здорового человека во время засыпания, сна, пробуждения, говорят о сомноленции (состояние сонливости), про-сновочном (или сумеречном) сознании, сновидном сознании.

При *сомноленции*, как это бывает, когда очень хочется спать, до сознания доходят только сильные впечатления, слабые совершенно не воспринимаются. Когда эти явления более резко выражены, имеется некоторое расстройство ориентировки во времени, пространстве, окружающем (но не в сознании «я», которое сохранено), говорят об оглушенности.

Просновочное или *сумеречное* состояние сознания напоминает собой те состояния, которые бывают у здорового, внезапно разбуженного ночью человека. В момент просыпания у одних людей (наблюдается чаще) очень недолгительно, у других более длительное время бывает такой период, когда человек еще не совсем пришел в себя: сознание «я» возвратилось, но ориентировка в месте, времени, окружающем еще отсутствует. Нередко эту ориентировку затрудняют еще обрывки, остатки только что виденных сновидений. Сознание туманно, неясно, как бывает в сумерки (отсюда другое название этого расстройства — сумеречное состояние

«ознания»), когда знакомые предметы теряют свое очертание, кажутся другими (иллюзорное восприятие). У психически больных это состояние сознания держится не один короткий момент, как у здорового человека спресонок, а более длительное время.

Сновидное состояние сознания характеризуется тем, что реальность сочетается с фантастикой, невероятность, несовместимость фактов не кажется странной (животные разговаривают, деревья двигаются и пр.), способность логического мышления отсутствует, критического отношения к происходящему нет; сознание «я», представление о времени, пространстве отсутствуют. Восприятия внешнего мира, доходящие до сознания, преподносятся ему в извращенном фантастическом виде. Подобное состояние сознания бывает у здоровых людей во сне, из болезней оно чаще наблюдается при шизофрении.

Делириозное (бредовое) состояние сознания, обычно кратковременное (чаще во время инфекционных заболеваний) характеризуется массовым наплывом галлюцинаций, сознание своего «я» нередко сохранено, но ориентировка во времени, пространстве, окружающем обычно резко нарушена.

Наиболее глубокие расстройства сознания — коматозное и ступорозное. При коматозном состоянии сознания — резко расстроено сознание своего «я», внешние раздражители, как бы сильны они ни были, совершенно не доходят до сознания больного: при резком уколе больной не отдергивает руку, не смыкает глаз при раздражениях конъюнктивы (соединительной оболочки глаза) и т. д. Если при таком состоянии у больного на сильные внешние раздражители все же получается защитная реакция, говорят о ступорозном состоянии.

К кратковременным расстройствам сознания относятся малые припадки (*petit mal*), длящиеся несколько секунд, а также обмороки.

В противоположность бреду расстройства сознания у детей встречаются сравнительно чаще. Уже на втором году жизни у ребенка должно быть отличие своего «я» от окружающего. Если отмечается запаздывание сознания «я», то можно думать о задержке интеллектуального развития. Довольно часто расстройства сознания у детей наблюдаются при инфекционных заболеваниях; у детей невротиков и психопатов это случается даже при нерезких повышениях температуры. Расстройства сознания — обычное явление при эпилептических припадках. Расстройство сознания в виде сомнамбулизма, снохождения, по сравнению со взрослыми, является также довольно частым у детей.

IV. ПАТОПЛАСТИКА, ТЕЧЕНИЕ, ИСХОД И ПРОГНОЗ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ.

Патопластика. Недоразвитие анатомо-физиологических механизмов, бедность, по сравнению со взрослыми, содержания психики (отсутствие опыта, навыков, знаний), своеобразие несформировавшегося интеллекта, свойственные детям особенности эмоционально-

волевой сферы (живость, неустойчивость эмоций, повышенная внушаемость и т. д.), неоформившийся характер — все это вместе взятое накладывает на симптоматику психических болезней и аномалий у детей своеобразный отпечаток. В одних случаях эта симптоматика неотчетливо выражена, бледна, расплывчата; в других — совершенно отсутствуют симптомы болезни, встречающиеся в картине психических заболеваний у взрослых, в третьих — симптомы болезни носят нестойкий, изменчивый характер и т. д. Например, при юношеском прогрессивном параличе психические симптомы заболевания (в частности, бред) нередко бывают настолько неотчетливо выражены, что вся картина болезни сводится лишь к постепенному запустению, оскудению психики, к постепенно нарастающему слабоумию (дементности). Или другой пример, когда ребенок с выраженными эпилептическими припадками не обнаруживает никаких особенностей характера, зачастую наблюдающихся при этой болезни у взрослых, да нередко и сами припадки, прежде чем они станут вполне выраженными, носят более или менее длительное время атипичский характер.

Известное влияние на симптоматику оказывают и те возрастные периоды, которые принято называть переходными в развитии ребенка.¹

Во время этих периодов развития у ребенка заостряются отдельные черты характера, иногда же появляются несвойственные болезни симптомы. Появление подобных симптомов может повести к неправильному диагнозу или быть неверно истолковано, как признак ухудшения болезни. В свою очередь и исчезновение, побледнение некоторых симптомов после того, как миновал этот период развития, также может быть неправильно расценено, как признак начавшегося улучшения.

Течение. По сравнению со взрослыми течение отдельных болезней у детей также представляет известные своеобразия. Прежде всего, это относится к длительности течения: одни болезни протекают более медленно, другие более быстро, чем это наблюдается у взрослых. Так, например, юношеский прогрессивный паралич (в нелеченных случаях) длится в среднем 7—8 и более лет, в то время как у взрослых длительность заболевания прогрессивным параличом исчисляется в 3—4 года. Длительность отдельных фаз при маниакально-депрессивном психозе, а также течение некоторых реактивных состояний бывает у детей более коротким, но, по сравнению со взрослыми, эти состояния у них рецидивируют (повторяются) чаще.

Как своеобразии течения следует также отметить наличие при некоторых болезнях у детей (например, отдельные формы шизофрении) более частых ремиссий (ослаблений болезни), которые к тому же нередко длятся более продолжительный срок.

¹ Переходные периоды в развитии ребенка, хотя и являются связанными с биологическими особенностями организма (изменения в эндокринном аппарате, внутренних органах и пр.), но при правильно поставленном воспитании они проходят обычно, ничем не нарушая общего хода развития.

Наличие добавочных факторов, хотя бы в виде тех же инфекционных (заразных) заболеваний, значительно чаще встречающихся в детском возрасте, также нередко влияет на течение болезни, то обостряя, подталкивая, ускоряя процесс, то замедляя его и даже приостанавливая.

Отзываются также на течении болезни у детей изменения кровообращения, вегетативной иннервации, изменения внутричерепного давления и пр., происходящие в связи с ростом организма. (Например, вегетативно-эндокринные сдвиги, наблюдающиеся в те или иные возрастные периоды, изменения промежуточного пространства между объемом мозга и вместимостью черепа и т. д.). Эти изменения нередко привносят в картину болезни целый ряд новых патологических симптомов, часто тем самым осложняя течение процесса. Например, у детей спустя 5—7 и более лет после энцефалита (мозгового заболевания) появляются иногда судорожные припадки, причину возникновения которых можно поставить в связь с только что упомянутыми изменениями, обусловленными ростом организма. В свою очередь, эти же причины (изменения кровообращения, вегетативной иннервации, внутричерепного давления) могут привести к побледнению, исчезновению ряда болезненных симптомов, смягчая тем самым характер дальнейшего течения болезни.

Исходные состояния и прогноз. Исходные состояния некоторых болезней у детей нередко значительно отличаются от исходных состояний при аналогичных заболеваниях у взрослых. В детском возрасте, когда организм еще не достиг своего развития, болезнь инвалидизирует значительно сильнее, нередко задерживает или приостанавливает дальнейший рост развития, что впоследствии иногда крайне затрудняет приспособление таких детей к жизни. Как на иллюстрацию к сказанному, можно сослаться на те последствия, которые наблюдаются у детей после менингита (заболевания мозговых оболочек) или после энцефалитов (заболевания вещества мозга) различной этиологии. Обыкновенно в этих случаях наряду с задержкой развития интеллекта (иногда подобной задержки развития интеллекта может и не наблюдаться) у них отмечаются своеобразные изменения характера, нередко напоминающие собой картину тяжелых психопатических состояний. В некоторых случаях однократный кратковременный приступ шизофрении в раннем детстве кончается глубоким распадом психики, сближающимся с тяжелыми степенями олигофрении (имбецильность, идиотия).

Даже в тех случаях, когда психическое заболевание по своему характеру таково, что оно, казалось бы, должно было кончиться полным выздоровлением (что обыкновенно и наблюдается у взрослых), все же оно иногда оставляет у детей временную задержку, замедление темпа интеллектуального развития, заострение отрицательных черт характера и пр. Это чаще всего наблюдается в случаях длительных психических заболеваний, которые на продолжительный период времени изолируют ребенка от коллектива сверстников, лишают обычных для его возраста занятий, развлечений, игр и пр., приучают к ничегонеделанию, к излишней заботливости, ненужной помощи

со стороны взрослых, беспрекословному исполнению ими его капризов, прихотей, необоснованных желаний и пр.¹

Если по сравнению со взрослыми психические болезни сильнее инвалидизируют ребенка, то зато у детей, благодаря большей пластичности организма, имеются и большие возможности компенсации дефекта, что всегда необходимо учитывать при оценке исходного состояния. В практике известны случаи, когда ребенок после перенесенного мозгового заболевания (например, цереброспинальный менингит) вначале обнаруживает значительную умственную отсталость, которая иногда со временем более или менее выравнивается.

Аналогичное выравнивание наблюдается и при других психических заболеваниях и аномалиях (например, иногда при эпидемическом энцефалите, сравнительно часто при различных формах патологического развития и т. д.), в силу чего при прогнозе (предсказании) всегда следует иметь в виду не только количественные и качественные особенности дефекта от перенесенного заболевания, но также всесторонне учитывать и те способности растущего организма, благодаря которым возможна в той или иной степени компенсация этого ущерба.

Современные успехи психогигиены и психопрофилактики, лечения и педагогического воздействия при различных психических отклонениях дают возможность говорить в настоящее время в целом ряде случаев о более благоприятном прогнозе, чем это было раньше, когда большинство психических отклонений считалось совсем неподдающимися коррекции.²

V. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

Данные вскрытия и патолого-анатомические исследования в той или иной степени помогают выяснению этиологии и патогенеза целого ряда психических заболеваний.³ Поэтому мы здесь на них коротко и остановимся.

Систематические вскрытия мозга психических больных, начатые в XVIII в., обнаружили, что при некоторых психических болезнях

¹ Принято различать: *обратимые болезни*, при которых наступает возврат к прежнему состоянию, бывшему до заболевания, и *необратимые болезни*, при которых возврата к доболезненному состоянию не наблюдается, т. е. болезнь причиняет личности тот или другой ущерб. Поэтому про необратимые болезни говорят также, что они прогрессивны (от *progrediō* — поступать вперед), т. е. они в своем течении приводят к стойким изменениям, к деградации личности. Если речь идет о последствиях давно закончившейся болезни, оставившей в нервной системе стойкие изменения, обуславливающие неполноценность личности — говорят о резидуальных (*residua* — рубец), остаточных явлениях.

² Подробнее об этом смотри в специальной части книги.

³ При некоторых психических болезнях самые тщательные микроскопические исследования не обнаруживают сколько-нибудь значительных изменений.

в мозгу находятся более или менее постоянные изменения. Наряду с изменениями мозга, которые, как было подтверждено впоследствии, действительно обуславливали те или иные психические расстройства, большое значение приписывалось в то время также и случайным находкам, случайным патолого-анатомическим изменениям мозга.

Одна из первых попыток локализовать отдельные психические способности, связать их с определенными участками мозга принадлежит Галлю (конец XVIII — начало XIX в.). Галль, на основании изучения большого количества черепов людей и животных, а также и их мозгов, пришел к мысли, что особенно сильное развитие тех или иных психических особенностей вызывает чрезмерное развитие определенной части мозга, в свою очередь, чрезвычайно развитый мозг, давая на черепную крышку, изменяет форму черепа. Таким образом, изучая на черепе западения и бугры, можно сделать заключение о психических способностях, об особенностях характера того или иного субъекта. Это учение, названное френологией (от греческого слова, между прочим, сохранились еще в некоторых кругах публички, когда, например, говорят о «математических шишках на лбу» и пр.), подверглось резким нападкам еще при жизни Галля.

Общепринятой точкой зрения, нашедшей своего выразителя в лице Флуранса, была та, которая признавала равноценность для нервно-психической деятельности всех участков мозга. Первые сомнения в правильности взглядов Флуранса посеял Брока, указавший на существование центра речи. Работы Фрича и Гитца (вторая половина XIX в.) с раздражением электрическим током коры в основе опровергли взгляды Флуранса. В связи с этим начинают говорить об очаговых симптомах, т. е. о соответствующих центрах, очагах, при нарушении, заболевании которых расстраиваются, выпадают те или иные функции. Благодаря успехам анатомии и физиологии того времени Мейнерт строит учение о психозах, как о болезнях головного мозга, состоящего из двух более или менее независимых одна от другой частей: переднего мозга или полушарий и подкорковых центров. С подкорковыми центрами он связывает более или менее простые признаки психических расстройств (иллюзии, галлюцинации). Эта точка зрения Мейнерта привела к одностороннему пониманию психических болезней — исключительно как заболеваний мозга. Грингер — современник Мейнерта — значительно шире и правильнее расценивал сущность психоза, считая важным для его происхождения не только изменения в мозгу, но и во всем организме. Современная точка зрения очень близка к той, которая была высказана Грингером: только высоко организованной материи (нервной системе) свойственно качество психического, но источники раздражения психики лежат не только в нервной системе, но и во всем организме; нередко в мозгу находится преимущественная локализация изменений процессов, затрагивающих весь организм.

Успешно начатое в начале второй половины XIX в. учение о локализации психической деятельности продолжалось и в дальнейшем. Флексиг высказал гипотезу о локализации психической деятельности в ассоциационных центрах. Эта гипотеза лишь в самое последнее время встретила резкие возражения со стороны Бродмана, Ц. и О. Фогта, Экконмо и других, выдвинувших положение

о неодинаковом строении различных участков мозговой коры, состоящей из большого числа центров — полей.¹

Бродман показал, что чем выше стоит животное в филогенетическом ряду, тем более дифференцирована у него кора, тем многочисленнее поля (агеа), т. е. участки коры с определенными особенностями строения. Наиболее сложна и разнообразна архитектоника коры человека, у которого поля, имеющиеся у других животных, сохраняются, но усложняются и нередко дифференцируются на более мелкие участки. Кроме того, у человека появляется целый ряд новых полей (преимущественно в лобной, теменной и височной долях), не встречающихся у животных.

Несмотря на все возрастающую в филогенетическом ряду сложность и более тонкую дифференцированность отдельных полей, все же эти поля сохраняют некоторые основные особенности, по которым их более или менее легко можно узнать у всех млекопитающих.

Бродман описал у человека 52 поля; на его карте мозговых полушарий поля обозначаются цифрами. Другие авторы (Экономо, Фогт) выделяют еще большее количество полей; на карте Экономо поля обозначаются буквами. Одноименные поля у животных и человека (для удобства сравнения) всегда обозначаются одним и тем же номером.

Многие авторы считают, что полям соответствуют определенные функции и границы этих полей не только анатомические, но и функциональные (рис. 11).

Необходимо запомнить следующие наиболее важные поля: 4 поле — двигательное поле, начало пирамидного пути; 6, 8, 9, 10, 11, 45, 46, 47 — лобные поля; 44 поле — центр речи Брока; 1, 2, 3 — центры общей чувствительности; 17, 18, 19 — зрительные поля; 41, 42, 43, 22, 21, 38 — слуховые поля (22 поле — центр Вернике); 40, 39, 37 — нижне-теменные, психо-сензорные поля.

К сказанному о полях следует добавить, что анатомической почвой для различных психических функций является не одно какое-нибудь отдельное поле, а целые системы, состоящие из нескольких центров и соединяющих их путей; эти центры находятся не только в коре, но и в других участках мозга. В силу этого функция может быть расстроена или поражена при нарушениях в различных участках данной системы. Так, например, двигательные расстройства речи могут быть обусловлены не только поражением центра Брока, но и других участков мозга (хвостатое тело, мозжечок).

Особенно следует подчеркнуть, что различные системы, находясь между собой в тесной связи, взаимно влияют друг на друга. Поэтому, в зависимости от изменения влияний, идущих от других частей нервной системы, возможны нарушения функций и в других системах, остающихся структурно целыми. В свою очередь, компенсация за счет

¹ Область анатомии, изучающая особенности строения коры головного мозга, называется архитектурикой; соответственно этому изучение коры по особенностям нервных элементов называется цитоархитектоникой, изучение расположения волокон — миелоархитектоникой.

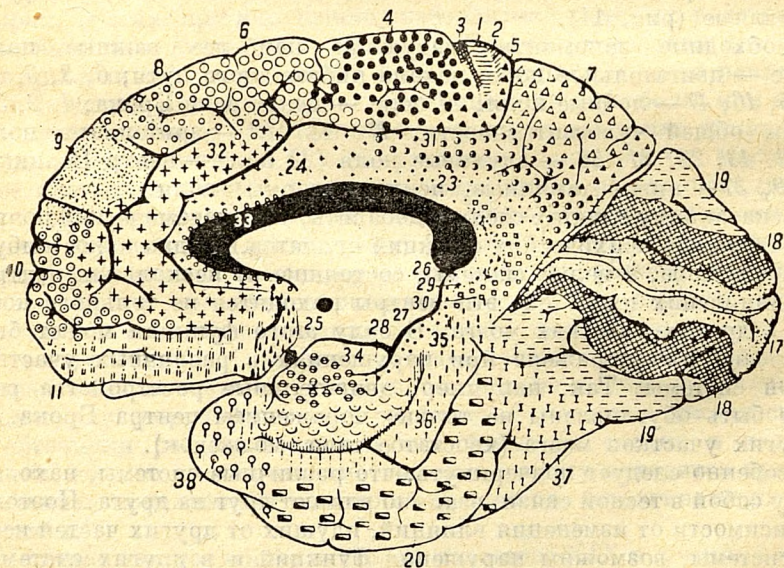
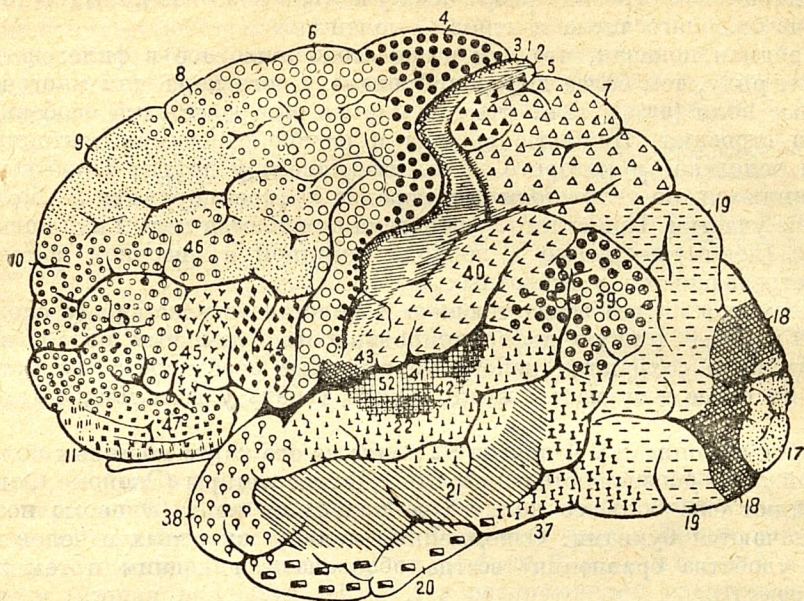


Рис. 11. Архитектонические поля на наружной (вверху) и внутренней (внизу) поверхностях полушария мозга (по Бродману).

Цифрами обозначены различные поля. Важнейшие из них: 4 — двигательное поле, начало пирамидного пути; 44 — двигательный центр речи (Брока); 6, 8, 9, 10, 11, 45, 46, 47 — лобные поля; 1, 2 и 3 — чувствительные поля; 17, 18 и 19 — зрительные поля; 41, 42, 43, 22, 21, 38 — слуховые поля; 40, 39, 37 — нижне-теменные, психо-сензорные поля.

других систем может исказить или не выявить недостаточность функции пораженной системы.

Как ни велики достижения последнего времени в анатомии и физиологии нервной системы, все же следует признать, что вопрос о локализации психических функций и до настоящего времени остается еще во многом не разрешенным.

В последнее время особенно часто говорят (Лешли и др.) о том, что на различные поражения мозг реагирует, как одно целое, вследствие чего независимо от места поражения наблюдаются общие симптомы, недоступные локализации. Это в основном правильное положение нуждается в существенной поправке: авторы, придерживающиеся этого взгляда, совершенно игнорируют наличие кроме общих еще и местных симптомов, весьма различных в зависимости от места локализации. Только об этих местных симптомах, когда мы говорим о локализации, и может идти речь. Лишь диалектически правильно понимаемое отношение целого и части даст возможность избежать в вопросе о локализации одностороннего толкования, которым страдают как ярые приверженцы локализации, так и представители ее полного отрицания, называющие существующие объяснения локализации психических функций «мифологией мозга».

Что касается патолого-анатомических изменений, то следует иметь в виду, что исследования мозга психически больных детей насчитывают сравнительно немного времени, а потому указать различия в картине изменений, наблюдаемых у детей и у взрослых в целом ряде случаев, пока еще невозможно.

В одних случаях отмечаются патолого-анатомические изменения, свойственные только этим заболеваниям, в других случаях также отмечаются патолого-анатомические изменения, не являющиеся, однако, специфическими для данных психозов, так как они встречаются и при других психических расстройствах; наконец, в третьих случаях патолого-анатомические изменения мозга вовсе не обнаруживаются. В этих последних случаях также имеются изменения, отклонения в строении нервной ткани, но более тонкие, малозаметные, в силу чего современные способы исследования пока не в состоянии их обнаружить.

Из патолого-анатомических изменений, которые можно констатировать невооруженным глазом, мы упомянем здесь наиболее важные.

В ряде случаев отмечается, как следствие воспалительных процессов, утолщение и помутнение твердой и мягкой мозговых оболочек. Утолщение мягкой мозговой оболочки чаще всего бывает выражено на выпуклой стороне полушарий мозга; при сифилисе мозга подобные утолщения обыкновенно встречаются на основании.

При воспалительных процессах (в хронической стадии заболевания) вокруг измененных мозговых сосудов нервная и глиозная ткани омертвевают, подвергаются распаду, образуя дефект мозгового вещества — порэнцефалию (poros — дыра, отверстие, encephalon — мозг); образующаяся в результате дефекта мозгового вещества, полость восполняется жидкостью (киста) (рис. 12). Значительно

чаще дефект мозгового вещества заполняется глиозной тканью, образующей плотный рубец.

Сравнительно часто встречаются также переполнение сосудов мозга кровью (гиперемия) и кровоизлияния (геморагия). При разрыве крупных сосудов кровоизлияние занимает обширное пространство, при разрыве мелких сосудов обыкновенно пространство, занятое кровоизлиянием, невелико, имеет вид красных точек.



Рис. 12. Порэнцефалия — полость в мозгу. (Из патолого-анатомического музея нашей кафедры.)

Нередко при патолого-анатомическом исследовании отмечается атипическое строение борозд и извилин мозга: они могут быть или слишком широкими — макрогирия, или очень тонкими — микрогирия (рис. 13), может произойти отшнурование отдельных участков серого вещества коры и погружение их вглубь белого мозгового вещества (гетеротипия), атрофия, истончение отдельных участков мозга, неодинаковое развитие обоих полушарий (нередко бывают выражены в мозжечке), мозговая грыжа (рис. 14).

Частое явление представляет также водянка головного мозга, при которой, вследствие большого скопления спинномозговой жидкости, в боковых желудочках происходит их расширение с последующим истончением вещества мозга.

При патолого-анатомическом исследовании макроскопически (невооруженным глазом) отмечается и еще целый ряд изменений, которые мы здесь лишь перечислим: опухоли, изменения объема мозга, склероз сосудов, аномалии в расположении мозговых сосудов, аномалии в спинном мозгу в виде его удвоения, резкого расширения центрального канала и т. д.¹

При патолого-анатомических исследованиях нельзя ограничиваться исследованием одного только мозга, так как психические заболевания связаны с изменениями всего организма. Здесь особенно полезно напоминать о роли экзогенных и эндогенных факторов в этиологии психозов, чтобы яснее стала необходимость патолого-анатомического исследования внутренних органов (в особенности сосудисто-сердечной системы), а также и эндокринного аппарата. Необ-

¹ При описании отдельных психических заболеваний мы будем подробнее говорить и о той патолого-анатомической картине, которая наблюдается при том или ином психозе.

ходимым также является исследование строения тела, отдельных его частей; в особенности важны изменения со стороны черепа (резкое утолщение костей или, наоборот, истончение их, преждевременное срастание швов и пр.).

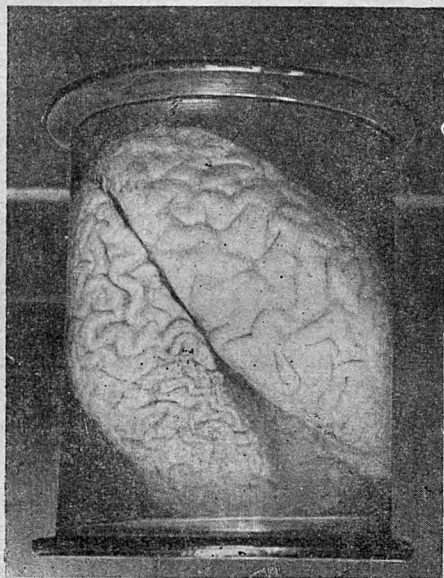


Рис. 13. Недоразвитие борозд мозга — микрогирия. (Из патолого-анатомического музея нашей кафедры.)



Рис. 14. Мозговая грыжа. (Из патолого-анатомического музея нашей кафедры.)

Только подробное патолого-анатомическое исследование бывает в состоянии в ряде случаев (но не всегда) пролить свет на наблюдавшуюся при жизни больного клиническую картину.

VI. ИСТОРИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ.

Этой главой мы заканчиваем общую часть и переходим к части специальной. Для лучшего понимания отдельных форм психических заболеваний и аномалий, о которых речь будет идти в специальной части, мы считаем необходимым коротко остановиться на истории детской психиатрии.

Несмотря на то, что психические заболевания у детей, без сомнения, наблюдались в медицинской практике в самые отдаленные времена, история детской психиатрии все же поразительно бедна достойными памяти фактами.

До второй половины XVII в. врачам была известна лишь только одна форма психического расстройства в детском возрасте: врожденная или приобретенная «душевная слабость», которая подразделялась на эндемическое (существующее в данной местности) слабо-

умие (кретинизм) и спорадическое (единичное, случайное) слабоумие (идиотия). Возможность психозов у детей попросту отрицалась, так как в то время полагали, что психоз может развиваться лишь у взрослого человека, «изведавшего трудности жизни и роковое влияние страстей». В силу этого, а также элементарности и сравнительной простоты мозговых актов ребенок вполне гарантирован от психического заболевания.

Лишь после выступления психиатрии, как самостоятельной науки, из границ общей патологии начинают появляться описания отдельных (чаще единичных) случаев острых психических расстройств у детей (Г р е д и н г — 1781 г., П е р ф е к т — 1794 г., Г а с л а м — 1809 г., Р у з — 1825 г.). Так, например, Перфект описал у 11-летнего мальчика острое психическое расстройство, сопровождавшееся спутанностью сознания, бредовыми идеями и сильным психомоторным возбуждением.

Подобные описания отдельных случаев психических заболеваний у детей еще не могли поколебать господствовавшего в то время взгляда, что у детей наблюдается только слабоумие, но никогда не бывает острых процессов. Эту мысль особенно стойко защищал К а р у с в своем учебнике «Психология».

Все же брешь была пробита, и в первые десятилетия XIX в. психиатрическая литература обогатилась целым рядом казуистических статей, касавшихся учения о детских психозах (И о р д е н с, Э с к и р о л ь, В е р и н г, Ф о г е л ь, Б е р е н д, Ф о в и л ь, Ш п у р ц г е й м и др.). В этих работах встречаются попытки выяснения этиологии детских психозов (начало психоза после страха, острых инфекционных заболеваний, умственного переутомления, травмы головы, периферического нервного раздражения и т. д.). Некоторые из этих работ касаются также симптоматологии и лечения психических заболеваний у детей. В известной связи с разбираемой литературой вопроса стоит работа К а с п е р а (1825 г.), касающаяся самоубийств в детском возрасте; последние рассматриваются им как результат сильных огорчений, вызванных несправедливыми обидами, наказаниями, угрозами и т. п.

В 1830 г. литература о детских психозах пополняется многочисленными сочинениями Ф р и д р е й х а, который в противовес моралистической теории душевных болезней, ставившей психическое заболевание в причинную связь с наказанием за грехи, с распутством, порочностью и т. д., выдвигал то положение, что психозы встречаются не только у взрослых, но и в равной степени и у детей, т. е. в этом «наиболее невинном периоде жизни».

В 1835 г. появляется работа П р и ч а р д а, в которой им описан случай извращения «нравственных чувств и привязанностей», с резко выраженной наклонностью к антисоциальным поступкам (*pathomania, moral insanity* — нравственное помешательство). Случай этот касается девочки 7 лет, которую Причард наблюдал в 1827 г.: интеллектуальное развитие ее было выше возраста, послушная, приветливая, она внезапно изменилась — стала грубой, агрессивной, эротичной, начала брать потихоньку чужие вещи, которые прятала или портила. Ее поступки носили импульсивный характер, так как она уверяла, что в этот момент совершенно не могла удержаться и «должна была это сделать».

Интересен, оставшийся в то время сравнительно малозаметным, случай **Гислена** (1838 г.), в котором он рассказывает о развившемся спустя 3 года после травмы (удар по носу) острым психическим заболеванием у ребенка («мания»).

Мысль о возможности «меланхолии» (термин не соответствует тому, какое современная психиатрия вкладывает в его содержание) в детском возрасте можно найти в судебно-медицинском «Руководстве» **Марка**. Особенно отчетливо эта мысль формулируется **Целером**, который наблюдал у детей следующее течение болезни: вначале «меланхолия», переходящая в «манию» и заканчивающаяся слабоумием (дементностью).

Первым, опубликовавшим историю болезни с результатами патолого-анатомического вскрытия ребенка, был **Штольц** (1844 г.). У ребенка, после периода сильного возбуждения, развилось слабоумие с расстройством речи и симптомами паралича; при вскрытии были найдены тяжелые изменения в обеих передних долях мозга. По клиническому описанию и результатам вскрытия этот случай напоминает картину юношеского прогрессивного паралича, но такого диагноза ребенку в то время поставить еще не могли, а потому рассматривали этот случай как «психическую слабость с афазией после мании».

Уавен, ученик Эскироля, в течение ряда лет заведывавший отделением для эпилептиков и идиотов в Бисетре, выпустил в 1842 г. «Трактат об идиотизме», в котором он, указывая на возможность динамики психического развития у идиотов, требовал индивидуализированного подхода к ним. **Сеген**, также из школы Эскироля, отстаивая необходимость наглядного обучения олигофренов, предложил свой способ сенсомоторного воспитания; свои взгляды он изложил в монографии «Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно-ненормальных детей».¹

Монография **Гризингера**, опубликованная в 1845 г. и являющаяся для психиатров образцом в течение десятков лет, дает в сжатой форме изложение существовавших в то время представлений о психических заболеваниях. В этой монографии **Гризингер** уделяет место также и психическим заболеваниям в детском возрасте, причем он утверждает, что подобные заболевания непременно ведут, хотя бы и к временной, задержке психического развития, по выздоровлении всегда остается опасение возврата болезни (легко наступающие рецидивы).

В том же году, что и монография **Гризингера**, опубликована работа **Гессе** о ночных страхах у детей, а несколько позднее (1849 г.) работа **Торе**, также занимавшегося изучением ночных страхов, но выбравшего для своей статьи мало подходящее название: «Галлюцинации в первом детстве». **Энгелькен** сообщает о случае детского психоза, протекавшего с явлениями хореи и поддавшегося излечению опиумом.² В 1854 г. опубликована обстоятельная работа **Веста**, в которой он упоминает о таких мягко протекающих психических заболеваниях у детей, что у окружающих до поры до времени не возникает ни-

¹ Попутно отметим, что в то время (исключительно на основе частной и общественной благотворительности) организовывались учреждения лишь для глубоко умственно-отсталых или слабоумных детей (идиоты, эпилептики), причем главным образом французские психиатры занимались их изучением. В других странах врачи, работавшие в подобных учреждениях, были крайне далеки от научных поисков в этом направлении.

² Появившиеся в этот же период времени работы **Голя**, **Ромберга**, **Винслова**, **Альберса**, **Роша** представляют интерес лишь в том отношении, что они увеличивают казуистику случаев детских психозов. Диссонансом звучит работа **Иделара** (1853 г.), который трактует о детских психозах, придерживаясь моралистической точки зрения.

каких подозрений о психозе. В своей работе Вест также останавливается на роли психического переутомления в этиологии душевных заболеваний у детей.

В начале 50 годов в Бисетре (Париж) открывается специальное отделение для психически больных детей и подростков и в 1856 г. П о л ь м ь е, директор этого учреждения, защищает диссертацию «О психических расстройствах у детей, особенно о мании». (Это первая диссертация на тему о детских психозах.) Диссертация содержит подробные статистические сведения относительно частоты психических заболеваний в детском возрасте и дает клиническое описание «мании» у детей.

Г ю н т ц выделяет особый вид заболевания «сумасшествие школьных детей», описывая под этим названием ряд собственных наблюдений, касающихся симптоматиологии, течения и исхода тех состояний, которые современная психиатрия относит в группу психопатий и неврозов. Эти заболевания он ставит в связь с переутомлением в школе.

Н е й м а н в учебнике психиатрии (1859 г.), посвящая несколько параграфов врожденному слабоумию (идиотии), говорит о других психических расстройствах в детском возрасте, как о встречающихся в виде исключения.

Трактат Мореля о душевных болезнях (1860 г.) в части, касающейся детских психозов, содержит всего 2 собственных наблюдения, но зато довольно подробно касается слабоумия (идиотии) у детей. Морель впервые употребляет термин «раннее слабоумие» (*démence précoce*), которому он придавал другое значение, чем, например, Крепелин (см. главу о схизофрении). В этом же году публикуется новая работа Веста, в которой в введении дается краткий обзор душевных качеств детей в сравнении со взрослыми. В этом введении Вест упоминает о слабо выраженной психической индивидуальности детей, их терпении, малой чувствительности по отношению к тяжелым нравственным страданиям других, жизни настоящим моментом, склонности к фантазированию, к эгоизму, который легко приводит их к преувеличениям и лжи. Вест особенно подчеркивает склонность детей к преувеличению (аггравации — от *gravis* — тяжелый) и симуляции своих страданий с целью вызвать к себе сочувствие окружающих.

Весьма интересна, появившаяся также в 1860 г., работа М а р е с, описывающего симптомы психических расстройств при хорее (*chorea minor*). Он сообщает о наблюдавшихся им почти в половине всех случаев хореи галлюцинациях, маниакальном возбуждении, бреде и «моральном извращении».

К о н о л л и (1862 г.) описал форму психического заболевания, зародыш которого кроется, по его мнению, в переходящем или стойком извращении «психических чувств». Сравнительно мало внимания детским психозам уделяет Снэ, хотя он все же включает, как особую форму заболевания, «психоз периода полового развития».

Первый, если не учебник психопатологии детского возраста, то более или менее полный для того времени очерк детских психозов дает в 1863 г. Б е р к а н. Материал работы, включая сюда и собственные наблюдения автора, охватывает 55 случаев психических расстройств у детей до двенадцатилетнего возраста.

Здесь встречаются такие формы заболеваний: 1) меланхолия, 2) мания, 3) галлюцинаторное расстройство, 4) слабоумие и тупоумие. Тупоумие по Беркану является или результатом (исходное состояние — *Endzustand*) неиз-

лечимых маний и меланхолии, или же трудно отделимых от идиотий форм слабоумия, которые развиваются в первые годы жизни у здорового до того ребенка, сопровождаясь судорогами и психомоторным возбуждением. Причины этого заболевания автор усматривает в страхе, физических травмах, лихорадочных болезнях.

Очень важным, не утратившим значения и до настоящего времени, является замечание Беркана о том, что нередко при тщательном анамнезе у взрослых можно отметить начало заболевания еще в детском возрасте, что обыкновенно просматривается, так как такие больные вначале сравнительно мало отличаются от здоровых. Само собой разумеется, что формы заболевания, выделяемые Берканом, современной психиатрией диагностируются иначе; все же значение его работы весьма велико, так как он ею окончательно утвердил то положение, что в детском возрасте могут встречаться разнообразные психические расстройства, а не только врожденное слабоумие.

Дальнейшую классификацию детских психозов можно найти в работе Ф и л ь д и н г а Б л а н д ф о р т а (1867 г.), который различал следующие 4 формы: 1) врожденный идиотизм (соответствует современному пониманию олигофрении), 2) идиотизм, развивающийся вследствие судорог (соответствует эпилепсии и некоторым эпилептиформным заболеваниям), 3) специальная форма патологического душевного состояния, близко стоящая к идиотизму, при которой, однако, на первый план выступают: негативизм, злобность в соединении с неохотой и неспособностью к учению (форма, до известной степени, сближающаяся с шизофренией), 4) настоящее психическое заболевание, крайне редко встречающееся у детей и выражающееся симптомами невращения головного мозга (эта форма очерчена автором очень неясно).¹

В том же году (1867 г.) появляется монография М а у д с л и «Физиология и патология души», в которой он систематизирует и оформляет накопившийся до него казуистический материал.

Он предлагает следующую классификацию детских психозов:

1. Мономания или частичное расстройство представлений (убийство, самоубийство, поджоги, воровство).
2. Бред при хоре с своеобразной спутанностью сознания, галлюцинациями и различного рода автоматическими симптомами.
3. Каталептическое помешательство, встречающееся преимущественно у маленьких детей (сам Маудсли не может достаточно четко отграничить эту форму от хорейного и эпилептического психозов).
4. Эпилептическое помешательство.
5. Мания.
6. Меланхолия.
7. Аффективное или моральное помешательство, большую часть наследственное, подразделяющееся на: а) инстинктивное помешательство, которое состоит «в извращении основного инстинкта» или «ненормальном наступлении болезненного влечения», б) моральное помешательство — нарушение всей системы моральных задержек, это помешательство совпадает с интеллектуальной слабостью.

¹ Годы 1863/69 пополняют казуистический материал детских психозов (Миллер, Нассе, Вебер, Либермейстер, Сандерс, Штейнер и др.). Интересны статьи Ш т е й н е р а о большой хоре (chorea magna), катаlepsии и религиозном экстазе у 13-летнего ребенка, и К у н а (1865 г.), в которых он описал эпидемию «истеродемонопатии» у девочек в возрасте 12—13 лет. К этому же периоду времени (1868 г.) относится работа Г е к к е р а (хотя она была опубликована в 1871 г.) об особой форме психоза, наблюдающегося в юношеском возрасте, которой автор дает название «Юношеского слабоумия» (Heberfrenia); это название удержалось до настоящего времени для обозначения одной из форм шизофрении.

Та форма, которую Маудсли выделяет как каталептическое помешательство, есть не что иное, как разновидность шизофрении, в чем убеждает описание приводимого им случая: ребенок по часам и даже целым дням лежал в состоянии «мистического самосозерцания, с членами ригидными или имеющими странное положение». «Иногда», по словам автора, «замечается нечувствительность к внешним впечатлениям, в других случаях больные дают безрассудные ответы... Часто внезапно вскрикивают диким голосом».

В 1875 г. К е л ь п, исключив из подсчета случаи врожденного слабоумия, подтверждает господствовавшую в то время точку зрения, что число острых психозов в детском возрасте весьма незначительно. Это утверждение делается несмотря на то, что количество описаний казуистических случаев острых психических заболеваний у детей растет из года в год.¹

В 1887 г. появляется монография Э м м и н г а у з а «Психические расстройства в детском возрасте», которая по справедливости может быть названа первым учебником по психопатологии детского возраста. Автор не только приводит литературу вопроса (имеется специальная глава, посвященная истории детских психозов), но обобщает и анализирует целый ряд опубликованных до него казуистических случаев, а также сообщает о большом количестве собственных наблюдений.

Он выделяет у детей следующие заболевания: 1) церебральная неврастения, 2) меланхолия, 3) мания, 4) острое слабоумие (*dementia acuta*), 5) ипохондрия, 6) паранойя (сумасшествие), 7) душевное расстройство в форме наильственных представлений, 8) транзиторное помешательство, 9) периодическое и круговое помешательство, 10) психическое вырождение, так называемое моральное помешательство детей, 11) идиотизм, 12) эпилептическое душевное расстройство, 13) истерия, 14) хореическое помешательство, 15) токсическое помешательство.

В прибавлении к книге автор приводит описание 5 случаев прогрессивного паралича (один из них он ставит под сомнение в смысле правильности диагноза), своей точки зрения на это заболевание он не высказывает.²

В 1884 г. выходит учебник К р а ф т - Э б и н г а (русский перевод в 1890 г.), в котором приводится подробная классификация психозов; в основу их подразделения положены антрополого-этиологический принцип. Идея вырождения (дегенерация) является одним из

¹ Этой казуистикой особенно богаты годы 1874—1883; из нее мы приведем наиболее экзотичные случаи. Френкель (1874 г.) рассказывает о случае дементности (слабоумия), наступившей у 7-летнего ребенка после заболевания оспой. Браш (1878 г.) и Бушу (1877 г.) сообщают о случаях стойких галлюцинаций после испуга, а Бушу кроме того приводит ряд случаев психических расстройств у детей после острых заболеваний среднего уха. Клоустон (1877 г.) описывает случай юношеского прогрессивного паралича, Саванс (1879 г.) — случай послетравматического психоза. Лэр, П. Нассе, Снелле сообщают о случаях детских психозов и неврозов в связи со школьным переутомлением. Ковалевский (1883 г.) приводит случаи острого психического расстройства после кори и скарлатины, с последующим выздоровлением.

Из литературных трудов этого периода времени следует особо отметить работы Бурневила «Об идиотизме и психической отсталости»; в этих работах имеются весьма ценные указания на лечение и педагогическую работу с детьми олигофрениами.

² Отметим, что в 1895 г. Альцгеймер имел в своем распоряжении 41 случай прогрессивного паралича. Из русских ученых в том же году, что и Альцгеймер, писал о юношеском прогрессивном параличе А. Ющенко.

руководящих начал всей системы классификации, а «симптоматологическая точка зрения служит тем способом, посредством которого достигается обрисовка клинических картин» (Каннабих).

В части, касающейся детских психозов, в этой классификации можно найти лишь один раздел: Б. Состояния психического недоразвития. Идиотизм (при соединении его с телесными признаками вырождения — кретинизм). а) С преобладанием умственного недоразвития (прирожденное слабоумие и безумие). б) С преобладанием нравственного недоразвития (прирожденное нравственное помешательство).

Восьмидесятые и особенно девяностые годы прошлого столетия можно назвать периодом классификации, так как почти каждый автор, выпуская учебник или публикуя работу, давал свою классификацию, критерии для которой были весьма различны: психологические признаки, этиология, патогенез, соматика и т. д. В основном господствовало симптоматологическое направление, т. е. почти каждый симптом рассматривался как самостоятельная болезнь, в силу чего в клиническом обиходе встречалось бесконечное количество разнообразных «болезней». Например, клептомания (непреодолимое стремление к воровству), дромомания (влечение к бродяжничеству), пиромания (влечение к поджогам) и т. д. рассматривались в качестве самостоятельных болезненных форм.

Крепелин, учитывая, что симптоматологическая классификация является лишь моментальной фотографией состояния больного и ни в какой степени не отражает динамики и генетической структуры психоза, предложил (в 1896 г.) нозологическую классификацию, удержавшуюся до настоящего времени.¹ В основу этой классификации положен учет совокупности данных (этиология, симптоматология, течение, исход и патологическая анатомия), полученных путем всестороннего изучения, исследования и клинического наблюдения больного. Без сомнения, нозологическая классификация имеет ряд недостатков, уязвимых мест (например, не для всех болезней ясна этиология, при некоторых болезнях не обнаруживается патолого-анатомический субстрат), но все же при всем этом для настоящего момента нозологическая классификация является наиболее обоснованной и выдержанной.

В учении о детских психозах того перелома, который внес в психиатрию взрослых Крепелин, к сожалению, не произошло, так как выходявшие отдельными выпусками (1902—1904 г.) и получившие большую известность исследования Ц и э н а «Душевные болезни детского возраста» попрежнему рассматривали психозы с узко симптоматологической точки зрения. Последнее утверждение нельзя полностью приложить к русской литературе, которая незадолго

¹ Название классификации «нозологической» (от *nosos* — болезнь) иногда вызывает сомнение в том отношении, что для обозначения болезни в медицине принят и другой термин — *pathos* (болезнь). Различие в терминах заключается в следующем: под *nosos* понимают болезнь как процесс, динамическое состояние, под *pathos* — болезненное состояние, более или менее стационарное, возникающее или в результате болезни, или являющееся аномалией развития.

до выхода в свет исследований Циэна обогатилась прекрасными «Клиническими лекциями по нервным и душевным болезням» — В. М у р а т о в а. В этих лекциях наряду с органическими заболеваниями нервной системы у детей автор много внимания уделяет детской истерии и эпилепсии, а также и паралическому слабоумию у детей в связи с общей патологией прогрессивного паралича.¹

В 1910 году выходят «Лекции по психопатологии детского возраста» Ш т р о м а й е р а (на русский язык переведены в 1913 г. под редакцией Россоломо). В учебнике 12 лекций, из них по две лекции посвящены истерии и эпилепсии, три лекции — врожденному слабоумию (последняя из этих лекций кроме того затрагивает вопрос «о моральном помешательстве» — *moral insanity*); лишь только в одной лекции автор касается «важнейших острых душевных заболеваний детского возраста» («раннего слабоумия», психозов истощения, мания-

¹ Литература о детских психозах в этот период времени значительно возросла, в силу чего охватить ее здесь целиком не представляется возможным, а потому мы ограничиваемся приведением наиболее выдающихся работ и монографий. Клинебергер (1908 г.) в своей работе собрал всю литературу (с 1899 по 1908 г.) о юношеском прогрессивном параличе. Комбе (1903 г.) и Штадельман (1907 г.) посвятили свои работы изучению нервности у детей, причем последний автор уделяет много внимания так называемым школьным неврозам. Т. Геллер (1907 г.) описывает психастению у детей. Фридман касается вопроса циклотимии в детском возрасте. Штрюмпель (1910 г.) посвящает свою работу «Педагогической патологии». Вопросы об истерии в детском возрасте касаются Брунс (1906 г.) и Дикс (1907 г.); последний, описывая эпидемию истерии в немецких школах, приводит в своей работе указатель литературы. (Кстати напомним, что впервые истерические припадки у мальчика были продемонстрированы Шарко 21/II 1888 г.). Ашаффенбург (1907 г.) публикует статью «Об эпилепсии и эпилептоидных состояниях в детском возрасте». Бени (1911 г.) пишет об этиологии пубертатной эпилепсии. Фохт (1910 г.) выпускает монографию об эпилепсии в детском возрасте, в которой приводится обширная литература вопроса. Фридман (1906 и 1912 г.г.) и Гейльброннер (1907 г.) описывают пикнолепсию. Т. Геллер (1908 г.) публикует работу о «*dementia infantilis*» (детское слабоумие). Шультгейс на эту тему защищает в 1910 г. диссертацию. Санкте-де-Санктис (1908 г.) под названием «*dementia praecocissima fatatonica*» описывает заболевание шизофренией в раннем детском возрасте. Рекаэ (1909 г.), описывая кататонию у детей, приводит список литературы по этому вопросу. Вейгандт (1907 г.) указывает на диагностические различия *dementia praecox* (раннего слабоумия) от идиотии.

О детских самоубийствах за этот период времени опубликованы работы Бера (1901 г.), Эуленбурга (1907 г.), Гаунна (1910 г.) и Гюбнера (1910 г.) (У Гюбнера приведена литература вопроса).

Из русских работ того времени необходимо отметить следующие: Мальяревская, «Отсталые дети», 1902 г.; Ковалевский (1906 г.), «Отсталые дети (идиоты, отсталые и преступные дети). Их лечение и воспитание»; Е. Грачева (1907 г.), «Руководство по занятиям с отсталыми детьми и идиотами»; М. Морозов (1902 г.), «Материалы к антропологии, этиологии и психологии идиотизма» (диссертация); Грибоедов, Записки лекций по патологической педагогике (Лекции читаны в 1909/10 г., составлены слушателями); Лесгафт (1910 г.), «Школьные типы»; Россоломо, «Общая характеристика психологических профилей: 1) психически недостаточных детей и 2) больных нервными и душевными болезнями» и «Психологические профили. Количественное исследование психических процессов в нормальном и патологическом состояниях. Методика»; Щеглов (1903 г.), «Об умственной работоспособности малолетних преступников»; Хлопин (1906 г.), «Самоубийства, покушения на самоубийства и несчастные случаи среди учащихся русских учебных заведений»; Егурнов (1911 г.), «Малоспособность учащихся детей и приемы борьбы с ней»; Бехтерев (1910 г.), «Вопросы общественного воспитания»; Хорошо (1912 г.), «Самоубийство детей»; Кащенко, «Дефективные дети и школа»; Никитин (1911 г.), «Вспомогательные школы для отсталых детей в Германии и Швейцарии».

кально-депрессивного психоза). В свое время эти лекции имели известное значение, так как они заменяли устаревший к тому времени учебник Эммингауза.

В России интерес к детской психиатрии начинает более или менее отчетливо вырисовываться лишь в конце XIX и в начале XX вв., причем на первых порах интерес, главным образом, центрируется на изучении олигофренов и эпилептиков, детские психозы и пограничные состояния еще не занимают в этом изучении сколько-нибудь значительного места.¹

Что касается учреждений того времени, то они в основном предназначались для глубоких форм слабоумия и носили филантропический характер, о чем свидетельствуют и самые названия этих учреждений: «Приют братства царицы небесной», «Приют св. Эммануила», «Убежище св. Марии».²

В 1906 г. в Петербурге Городская дума открывает школу с интернатом для умственно-отсталых детей (всего на 11 человек); в течение ряда лет своего существования этот приют не только не получил никакого расширения, но напротив педагогическое его значение с годами резко падало, и в 1911 г. это было просто «убежище для призреваемых».

В том же 1906 г. двумя дочерьми проф. Сикорского был открыт в Киеве Медико-педагогический институт для умственно-отсталых детей легкой и средней степени. В 1908 г. открыта Кашенко (Москва) частная школа-санаторий для дефективных детей. В 1908 г. при одной из московских школ был организован вспомогательный класс для 20 умственно-отсталых девочек, в 1909 г. при той же школе был открыт еще один класс и один класс в другой школе. В 1911/12 учебном году в Москве функционировали 17 вспомогательных классов (10 из них были выделены в 3 самостоятельных школы) с количеством учащихся 260 человек.

В 1909 г. в Петербурге была организована А. В л а д и м и р с к и м и Л. О р ш а н с к и м «Первая вспомогательная школа».

¹ Если не считать открытой в 1868 г. в г. Вольске прогимназии, куда ссылались юноши из кадетских корпусов, непригодные из-за малоуспешности в науках, чаще же из-за дурного поведения, и организованного в 70 годах при Николаевском сиротском доме отделения для малоспособных, то первым учреждением в России будет являться частное врачебно-воспитательное заведение для слабоодаренных детей, организованное Маляревским в 1881 г. Под ред. Маляревского в 1885 г. начинает издаваться «Медико-педагогический вестник» (в нем принимают участие Сеченов, Мержеевский, Лесгафт и др.). Этот журнал просуществовал очень недолго, и вопрос о воспитании и обучении умственно-отсталых детей снова возник лишь через 10 лет (в 1895 г.), когда на II Съезде деятелей по техническому и профессиональному образованию была организована под председательством Кожевникова специальная подкомиссия о «ненормальных школьниках». Постановления и пожелания подкомиссии о необходимости особого обучения умственно-отсталых детей, организации для этого специальных классов пролежали под срудом еще 11 лет и только в 1906 г. начинаются первые слабые попытки их претворения в жизнь.

² В 1898 г. при приюте «братства царицы небесной» была открыта первая в России школа для приходящих умственно-отсталых детей в возрасте от 8 до 14 лет.

В течение первых десяти лет в школу было принято 140 детей. Дальнейшая их судьба была такова:

Переведены обратно в школу для нормальных детей . . .	10 человек.
Определены на места в мастерские и фабрики	50 »
В приюты глухонемых и калек	4 »
В колонии «братства во имя царицы небесной»	22 »
Умерло, возвращено родным и выбыло из Петербурга . .	14 »
Продолжали учиться	40 »

В 1910 г. создан и оборудован Россолимо Институт детской психологии и неврологии (Москва). В том же году открыто Соколовой частное учебное заведение с пансионом для умственно-отсталых детей (Москва).¹

Изучением психически аномальных детей (преимущественно слигофренов) в тот период времени занимались: в Москве — Россолимо и его школа (С. Рабинович, Присман, Сурков, Забугин), В. Кашенко, Шуберт, Постовский и другие; в Петербурге — Владимирский, Грибоедов, Лазурский, Оршанский, Трошин; в Киеве — Сикорский.²

В 1914 г. Трошин опубликовал «Классификацию детской ненормальности»; через год выпустил два тома «Сравнительной психологии нормальных и ненормальных детей». В этом капитальном, по тому времени, труде трактуются о «процессах умственной жизни, чувства и воли» нормальных детей и олигофренов.

В 1916 г. выходят «Очерки психопатологии детского возраста О. Фельцмана, основавшего в Москве в 1915 г. школу-лечебницу для психически больных детей. В этих лекциях имеются разделы, посвященные истерии, неврозам и психоневрозам, хорее, спазмофилии, эпилепсии, патологическим характерам и психопатической неполноценности. Последняя глава касается вопросов предупреждения и лечения детской нервности.

Подлинный расцвет детской психиатрии начался лишь после Великой социалистической революции, когда вопросы обучения, воспитания, охраны здоровья детей и подростков были подняты на небывалую в научном отношении высоту и организация помощи психически больным детям действительно стала делом государственным. Для психически больных и аномальных детей открывается целый ряд новых учреждений, в основе реформируются старые приюты и убежища, расширяется сеть вспомогательных школ и классов, организуются новые учреждения для глубоко умственно-отсталых детей и эпилептиков, детские дома для олигофренов средней и легкой степени.

¹ В 1911 г. в Вологде была открыта первая специальная вспомогательная школа. В 1912/13 учебном году при начальных школах в Харькове, Екатеринодаре, Нижнем-Новгороде были открыты вспомогательные классы. В Нижнем-Новгороде с осени 1913 г. эти классы были выделены в самостоятельную школу.

² Интересно отметить, что в учебниках психиатрии того времени детским психозам уделяется крайне незначительное внимание. Так, например, в «Основах психиатрии» Сикорского (несмотря на то, что он сам занимался вопросами детской психопатологии) собственно детским психозам отведено всего 18 строчек. В учебниках психиатрии Чижая (1911 г.) и Сербского (1912 г.) в главе о «dementia praecox» затрагивается попутно вопрос и о юношеском возрасте; и в том, и в другом учебниках есть раздел, посвященный психическому недоразвитию. Оба автора почти обходя молчанием прогрессивный паралич у детей, также ничего не говорят и о других психических заболеваниях детского возраста. В посмертном издании «Курса психиатрии» Корсакова (1913 г.) о психозах в детском возрасте совершенно не упоминается; есть только глава, посвященная «Состоянию психического недоразвития». В руководстве по «Частной психопатологии» Суханова (1914 г.) имеется обстоятельная глава о «Недоразвитии умственных способностей» (специально говорится об отсталых детях). Кроме того, упоминается о психических расстройствах при хорее у детей, а также имеется глава об эндокринопатиях, в которой попутно говорится также и о детях. В учебнике психиатрии Рыбакова (1916 г.) в нескольких строках упоминается о прогрессивном параличе в юношеском возрасте, имеется также глава о «Психозах недоразвития», других указаний на заболевания у детей и подростков не встречается.

На первых порах отмечается тенденция к отрыву детской психиатрии от общей психиатрии, выделение ее в специальную дисциплину — «дефектологию». Этот период имеет как свои положительные стороны (сближение педагогической и врачебной работы, поиски наиболее эффективных путей лечения, выработка типологии детских учреждений и т. д.), так и целый ряд (и притом весьма крупных) недостатков: не только весьма неудачный, но и в корне неправильный, научно необоснованный термин «дефективный» (им выпукло подчеркивается стойкость, непоправимость, тяжесть, а нередко и приращенность психического недостатка, ущерба) применялся почти ко всей группе психически неполноценных детей, среди которых преимущественно выделялись две формы — «умственная дефективность» и «моральная дефективность». При широком, неразборчивом употреблении этого термина в группу «дефективных» попадал не малый процент психически здоровых, нормальных детей. Подобная классификация, научно совершенно невыдержанная, в корне носившая симптоматологический характер, далеко отбрасывала детскую психиатрию назад к уже пройденным ею этапам развития. В этой классификации полностью отразилось влияние старой точки зрения, господствовавшей в дореволюционной России, да и поныне находящей себе немало приверженцев в фашистских странах, на фаталистическую обусловленность судьбы детей биологическими факторами.

Также весьма крупную отрицательную роль сыграло увлечение экспериментально-психологическими методами (преимущественно разнообразными тестами), нередко перераставшими почти в единственно возможное, непогрешимое диагностическое средство при распознавании различных форм психических заболеваний с преобладанием количественной недостаточности.¹

Эти неправильные теоретические установки привели на практике не только к тяжелым диагностическим ошибкам, грубо искажавшим действительность (резкое преувеличение процента психически больных и аномальных детей), но и к организации для детей совершенно научно неоправданных, практически вредных, наносящих подчас неизгладимый психический ущерб, таких учреждений, как, например, дома «для морально-дефективных», «трудно-воспитуемых» и пр.

В дальнейшем детская психиатрия постепенно начинает изживать «дефектологические» тенденции, все более и более сближаясь с общепсихиатрическими дисциплинами. Подобному сближению значительно способствовали психиатры Москвы и Ленинграда, где к этому времени был организован целый ряд специальных детских психиатрических учреждений: детское отделение при психиатрической клинике 2 университета (Г и л я р о в с к и й, В и н о к у

¹ Если в дальнейшем детская психиатрия и сделала известную переоценку тестов, то все же полностью она не изжила их в своей практике, и лишь постановление ЦК ВКП(б) от 4/VII 1936 г. «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» положило этому конец. Об ошибках детской психиатрии последнего периода, вскрытых только что упомянутым постановлением ЦК ВКП(б), см. подробнее в главах о «Наследственности», «Олигофрении», «Психопатиях» и «Неврозах».

Рова), детская психоневрологическая клиника НКЗдрава (Гуревич, Озерецкий, Осипова, Сухарева), психоневрологическая клиника для младенческого возраста (Симсон), психиатрическая школа-лечебница для подростков (Азбукин), отделение для несовершеннолетних правонарушителей психопатов (Сегалов), детское отделение при Институте им. Бехтерева (Бехтерев, Голант-Ратнер, Иванов-Смоленский) и др.

С течением времени в ряде городов открываются детские отделения при психиатрических больницах для взрослых, организуются детские психоневрологические клиники, поликлиники, санатории, широко разворачивается научно-исследовательская, лечебная и профилактическая работа (последняя, преимущественно через пункты охраны здоровья детей и подростков).

Литература по детской психиатрии растет почти буквально не по дням, а по часам, в силу чего мы лишены возможности привести ее здесь полностью, а потому ограничиваемся весьма кратким перечислением отдельных учебников и монографий, в той или иной степени отражающих дальнейшее развитие этой дисциплины.

В 1926 г. вышел учебник Гомбургера «Психопатология детского возраста». Учебник Гомбургера, содержащий 49 глав, касается как вопросов общей психопатологии детского возраста, так и вопросов частной психопатологии, в которой подробно излагаются разнообразные, встречающиеся у детей, острые и хронические заболевания, а также психические аномалии и неврозы. Особо выделены главы, касающиеся отдельных симптомов и симптомокомплексов у нервных и психопатических детей (ночной страх, энурез, сексуальные проявления и т. д.). Отдельные главы посвящены патологии периода полового созревания, самоубийствам в детском возрасте, беспризорности. По сравнению с этим учебником руководство по детской психиатрии Циэна, вышедшее в том же году, значительно проигрывает как в полноте изложения детских психозов, так и в группировке некоторых из них исключительно по симптоматологическим признакам.

В 1927 г. опубликован М. Гуревичем учебник по психопатологии детского возраста — первое у нас, если не считать клинических лекций Муратова, касающихся более детской невропатологии, систематическое, вполне оригинальное руководство по детской психиатрии. В 1928 г. в качестве приложения к журналу «Народный учитель» Юдин издает краткое руководство по психопатологии детского возраста, предназначенное для педагогов; называется это руководство «Душевнобольные и психопаты».

Годом позднее (1929 г.) появляется работа Симсон «Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста» и сборник трудов сотрудников Донской лечебницы (под редакцией Гиляровского) по «Психопатологии и психопрофилактике детского возраста».

В 1931 г. выходит по общей психиатрии учебник Гиляровского, в котором выделен самостоятельный раздел, касающийся психопатологии детского возраста. В этом разделе, помимо главы о психическом недоразвитии, имеется также глава о психозах детского возраста (схизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпидемический энцефалит). Во втором издании учебника (1935 г.) психопатология детского возраста особо не выделяется, а о психических расстройствах у детей автор упоминает после изложения соответствующего заболевания у взрослых.

В 1932 г. появляется второе, значительно переработанное, издание учебника по психопатологии детского возраста М. Гуревича.

Мы здесь полностью приведем из учебника М. Гуревича «классификационную схему психических изменений в детском возрасте». Из сравнения этой схемы с классификациями других авторов, упоминавшихся нами ранее, яснее обрисуются пути развития детской психиатрии: от полного отрицания возможности психических болезней у детей через неясную, туманную симптоматику отдельных психических расстройств к более или менее строго очерченной этиологической группировке.

I. Олигофрения:

- 1) микроцефалия,
- 2) инфантилизм,
- 3) эндокринопатические формы,
- 4) гидроцефалия,
- 5) олигофрения в связи с ранними острыми инфекциями (менингиты, энцефалиты),
- 6) люэтические формы,
- 7) токсические формы,
- 8) травматические формы.

II. Психические расстройства, связанные с соматическими заболеваниями.

А. Острые инфекционные психозы без непосредственной мозговой локализации:

- 1) симптоматические психические расстройства,
- 2) экзогенные формы реакции: аменция, послеинфекционные состояния слабости.

Б. Психические расстройства после острых инфекций с непосредственной мозговой локализацией (менингиты, энцефалиты и пр.).

В. Изменения характера после острых инфекций.

Г. Психические расстройства в связи с подострыми и хроническими инфекциями с мозговой локализацией:

- 1) инфекционная хорей,
- 2) эпидемический энцефалит,
- 3) сифилис мозга; ювенильный прогрессивный паралич.

Д. Психические изменения в связи с хроническими инфекциями без прямой мозговой локализации (туберкулез).

Е. Симптоматические психозы при заболеваниях внутренних органов (сердца, печени, почек).

III. Эндокринопатии (базедова болезнь, микседема, тетания и пр.).

IV. Психические изменения в связи с отравлениями: алкоголизм, кокаинизм, эрготизм и пр.

V. Психические изменения в связи с травмами и другими тяжелыми экзогенными поражениями мозга: сотрясения мозга, контузии, травматическое слабоумие; изменения характера в связи с травмой; травматический психоневроз.

VI. Психические расстройства в связи с тяжелыми эндогенными поражениями мозга (опухоль, туберозный склероз и пр.).

VII. Психические изменения в связи с аутоинтоксикациями, уремия и пр.

VIII. Эпилепсия.

IX. Эпилептиформные реакции:

- 1) симптоматическая эпилепсия,
- 2) травматическая эпилепсия,
- 3) случайные припадки,
- 4) спазмофилия,
- 5) аффективные респираторные судороги,
- 6) нарколепсия,
- 7) аффект — эпилепсия,
- 8) пикнолепсия.

X. Шизофрения.

XI. Маниакально-депрессивный психоз.

XII. Реактивные изменения психики (психогения):

- 1) неврастения,
- 2) двигательные неврозы (тики, заикание),
- 3) примитивная психогения,
- 4) реактивная депрессия,
- 5) вазомоторно-эндокринные реакции,
- 6) шизоидные реакции,
- 7) истерия.

XIII. Пограничные состояния:

А. Врожденные болезненные состояния:

- 1) конституциональная нервность,
- 2) психастения,
- 3) расстройства влечений (импульсивное помешательство).

Б. Психопатические личности (психопатии в тесном смысле):

- 1) циклоиды,
- 2) шизоиды,
- 3) эпилептоиды (возбудимые, с повышенными влечениями и пр.),
- 4) реактивно-лабильные (истероиды, неустойчивые, луны и фантасты).

В дальнейшем (1934 г.) появляется наш учебник по психопатологии детского возраста; через год (1935 г.) — учебник Симсон, Модель и Гальперин.¹

На этом мы заканчиваем краткий обзор истории детской психиатрии. Мы лишь в самых общих чертах наметили здесь основные этапы ее развития, разумеется, далеко не исчерпав имеющуюся литературу вопроса. В заключении мы хотели бы подчеркнуть, что детская психиатрия лишь тогда достигнет наиболее ценных результатов, когда она, рука об руку с общей психиатрией, пойдет по линии методологической перестройки всей своей работы на основе марксистско-ленинского учения.

¹ Об имеющейся в настоящее время сети учреждений, психогигиенической и психопрофилактической работе см. заключительную главу в специальной части учебника.

VII. ОЛИГОФРЕНИЯ.

Под олигофренией понимают различные по этиологии (причинам) и патогенезу (сущности), но сходные по внешним проявлениям формы врожденного или приобретенного в раннем детстве психического недоразвития.¹ Признаком, объединяющим эти разнообразные формы, является непрогрессирующее, качественно своеобразное, разных степеней недоразвитие психики — малоумие (отсюда и термин олигофрения: *oligos* — малый и *phren* — психика, ум).

Олигофрению (малоумие) следует отличать от дементности (слабоумия). Первым, установившим точное разграничение этих понятий, был Эскироль, несколько перефразируя которого, можно сказать, что дементный больной — бывший богач, в настоящем разорившийся, олигофрен — бедняк, с рождения терпящий нужду, но все же в течение жизни кое-что (в зависимости от степени психического недоразвития) приобретающий. Не менее удачно другое сравнение: «между врожденным и приобретенным слабоумием существует различие, как между постройкой незаконченной и постройкой, обрушившейся после окончания ее». Другими словами, когда психическая болезнь приводит к слабоумию до этого здорового человека, то следует употреблять термин «дементность». (В зависимости от того, какая болезнь привела к слабоумию, название этой болезни употребляется в качестве прилагательного к термину дементность: шизофреническое слабоумие — шизофреническая дементность, эпилептическое слабоумие — эпилептическая дементность и т. д.)

Этиология. Причины олигофрении весьма разнообразны, но все же в основном их можно свести к повреждению зачатка, вредно подействовавшими на него факторами, или к позднейшим болезненным изменениям первоначально нормально заложенной нервной ткани.² (В последнем случае эти изменения могут быть

¹ Принципиально к олигофрении следовало бы относить лишь случаи психического недоразвития вследствие унаследованных или врожденных причин, но практически часто трудно отграничить случаи психической задержки развития, связанные с поражением центральной нервной системы ребенка в первые месяцы или даже годы его жизни. Поэтому обыкновенно расширяют рамки олигофрении, включая сюда и приобретенную в течение первых лет жизни ребенка психическую недостаточность, так как подобные формы психической недостаточности имеют тот же общий признак (малоумие) с формами унаследованными и врожденными.

² Приведенная формулировка, акцентируя решающую роль экзогенных факторов в этиологии олигофрении, ни в какой степени не отрицает и роли наследственного отягощения, отводя ему свое место в известном, все же сравнительно небольшом, проценте случаев. При этом наследственное отягощение в этиологии олигофрении следует понимать не в смысле передачи каких-то особых генов олигофрении, а лишь в смысле известного предрасположения (от-

или во время внутриутробного периода, или в первые годы жизни ребенка.)

Из этих причин на первом месте стоят сифилис и алкоголизм. При серологическом изучении олигофренов реакция Вассермана (WaR) в крови дает положительные результаты в 10,0% (по некоторым авторам — Липман — до 13%).¹ Следует иметь в виду, что при несомненно сифилитическом происхождении олигофрении WaR не редко бывает отрицательной, а потому, суммируя серологические и клинические данные, с большой долей вероятия можно утверждать, что сифилис в происхождении олигофрении играет весьма выдающуюся роль (Липман, Крепелин и другие считают, что число случаев несомненно сифилитического происхождения олигофрении достигает 40%; этот процент мы считаем все же значительно преувеличенным).

Не меньшее значение в происхождении олигофрении принадлежит и алкоголю, что подтверждается всеми исследователями, хотя цифры алкогольного отягощения у различных авторов колеблются в широких пределах: от 11,0% до 53,0% и больше. Так, Бурневиль на 1000 случаев олигофренов (имбециллы и идиоты) установил, что в 471 случае отец был обычным алкоголиком, в 85 случаях алкоголичкой была мать, в 65 — оба родителя; в 57 случаях все данные говорят за то, что зачатие происходило в пьяном виде. Ряд иностранных авторов отмечает, что зачатие детей, совпадающее с моментами усиленного употребления алкоголя (например сбор винограда, длительные сельские праздники и пр.), дает нарастание числа олигофренов.

Роль туберкулезной инфекции родителей в происхождении олигофрении берется большинством авторов под сомнение; для данного момента можно считать доказанным лишь отрицательное влияние на плод резкого истощения родителей в связи с туберкулезом. Истощение родителей, какого бы происхождения оно ни было, различные инфекционные заболевания матери в период беременности, физические травмы, наносимые плоду, — все это вместе взятое может послужить в отдельных случаях этиологическим моментом для олигофрении.

На что следует также обращать внимание — это на практикующиеся всевозможные домашние способы к перерыву беременности; беременность обыкновенно этими способами не прерывается, а сплошь и рядом происходит повреждение плода и в результате — олигофрения. Тяжелые затяжные роды, наложение щипцов, связанное с травматизацией черепа (кровоизлияния, повреждения вещества мозга), перенесенные ребенком в первые месяцы или годы жизни заболевания мозга, мозговых оболочек — все эти моменты также могут являться причиной олигофрении. Поскольку причины олигофрении в основном обусловлены экзогенными факторами, на них и должно

нудь не фатального) к пониженной сопротивляемости организма к влиянию различного рода вредностей.

¹ В дальнейшем изложении мы реакцию Вассермана обозначаем сокращенно WaR.

быть в первую очередь обращено внимание при профилактике этого заболевания.

Степени олигофрении. Преимущественно на основании количественного понижения интеллекта различают следующие три степени психического недоразвития: идиотия, имбецильность и дебильность.¹ Подобная группировка олигофрении по степеням страдает весьма существенным дефектом: она не учитывает структуры личности олигофрена, не вскрывает путей ее развития. К сожалению, изучение структуры личности олигофренов в ее связи с развитием началось сравнительно недавно; достаточного для обобщающих выводов материала в этом отношении еще не накоплено, а потому в нашей обрисовке различных степеней олигофрении мы не сможем полностью отказаться от принятого в психиатрии перечисления тех отдельных качеств и свойств, в отношении которых олигофрены стоят ниже своих нормальных сверстников. Переходим к описанию отдельных степеней психического недоразвития.

Наиболее тяжелая степень олигофрении — *идиотия* (от греческого ἰδιος — особенный, странный) — термин, по совершенно верному замечанию Эскироля, не является правильным ни грамматически, ни по своему содержанию. При идиотии отмечается настолько низкий уровень умственного развития, что ребенок нуждается в постоянном уходе, постоянной помощи окружающих. Идиоты обыкновенно долго не научаются, или совсем не могут научиться выделять из окружающих близких им лиц: ребенок не узнает среди других людей свою мать, остается совершенно безразличным, когда его берут на руки посторонние и т. д. Они с трудом или совсем не ориентируются в пространстве: не могут запомнить своего места за столом, отыскать свою кровать и пр. Самые элементарные навыки у них отсутствуют: не могут самостоятельно есть, нередко тянут в рот несъедобные предметы, неопрятны — мочатся и испражняются под себя и т. д. Чужую речь совершенно не понимают, не понимают также мимику и жестикуляцию: например, остаются спокойными при угрожающем жесте, резком окрике и т. п. Произвольная речь обыкновенно или совсем не развита (нередко это отдельные нечленораздельные звуки), или развита крайне скудно (2—3 слова); иногда однотонный протяжный или отрывистый крик является единственной речевой реакцией на приятные и неприятные раздражители. Одни из них апатичны, вялы, медлительны, другие раздражительны, злобны, крикливы, агрессивны. Движения плохо координированы,

¹ Провести четкую границу между отдельными степенями олигофрении крайне трудно (например, отличить тяжелую дебильность от легкой имбецильности), так как они имеют постепенные переходы и, кроме того, у одного и того же больного разные области интеллекта могут стоять не на одинаковой высоте. Ту или иную степень олигофрении (в особенности дебильность) можно с приблизительной точностью установить не ранее дошкольного возраста. В младенческом, преддошкольном и даже начале дошкольного возраста устанавливать степень умственной недостаточности, оценивать стойкость и величину дефекта следует с большой осторожностью, так как отмечаемые в раннем детстве задержка развития речи, отдельные западения, недочеты в интеллектуальной деятельности в дальнейшем могут выровняться.

много излишних сопровождающих движений (синкинезий), стереотипных движений (например, часами раскачивают туловище из стороны в сторону, ударяются о стену головой, в кровь расцарапывают лицо, руки), так называемые идиотские движения (Idiotenbewegungen). Выражение лица — тупое (facies idiotica — идиотский вид — термин старых авторов), мимика недифференцирована (нередко отсутствуют плач и смех).

При более легких степенях идиотии возможно наладить с больными некоторый контакт, так как у них есть элементарное понимание несложных вопросов, они знают назначение простых вещей, понимают обиходную мимику и жестикуляцию. Все же запас их представлений ничтожен, ограничивается исключительно конкретными вещами, крайне простыми действиями. Речь значительно недоразвита (часто их запас ограничивается 20—30 словами).

Имбецильность (in — без, bacillum — палка, не могущий обходиться без палки, т. е. без поддержки, без посторонней помощи) является средней степенью олигофрении. Переходные состояния от легких степеней идиотии к тяжелой имбецильности крайне незаметны. Имбециллы отличаются от идиотов более развитой произвольной речью, в которой все же нередко встречаются дефекты произношения (шепелявость, картавость, недостаточная артикуляция, аграмматизм и пр.). В анамнезе часты указания на запаздывания начала речи (начинают говорить на 3—5 году, иногда и позднее). Активный запас слов крайне невелик, преимущественно состоит из слов повседневного обихода. Чужую речь, мимику, жестикуляцию имбециллы понимают. К самостоятельному труду они обыкновенно не способны; если и могут работать, то по шаблону, причем даже и в этом случае должны работать под наблюдением других. Интеллект их недостаточно гибок, чтобы осмыслить новую, незнакомую им ситуацию, а потому они нуждаются в постоянных указаниях, руководстве. В более легких случаях могут вполне самостоятельно выполнять несложную работу, ориентируются в простейшей ситуации. Иногда (сравнительно редко), при очень низком интеллектуальном уровне, отмечается изолирование отдельных способностей: известны имбециллы с абсолютным музыкальным слухом, хорошей памятью на даты, числа и т. п. Одни из них добродушны, трудолюбивы, услужливы, другие злы, упрямы, ленивы, агрессивны.¹ Влечения их преимущественно низшего, органического порядка, чаще гастрические (влечение к пище), нередко встречается упорный онанизм. При отсутствии надзора могут или самостоятельно, а нередко под влиянием окружающих, совершить то или иное правонарушение (воровство, поджог, убийство и т. п.).²

Само собой разумеется, что подобные характерологические особенности имбециллов являются лишь новообразованиями, возникающими в процессе развития ребенка в связи с сложно переплетающимися его взаимоотношениями с окружающим.

¹ Более подробное описание судебно-психиатрической оценки отдельных психических заболеваний у детей и подростков, а также сведения о судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних см. в учебнике судебной психиатрии, издательство «Советское законодательство», 1936 г.

Подобное влияние окружающих возможно потому, что имбециллы отличаются повышенной внушаемостью, вследствие которой они без критики могут подчиниться тому или иному приказанию, как бы подчас нелепо оно ни было.

Двигательная сфера имбециллов часто недоразвита: движения плохо координированы, походка вразвалку, неуклюжая, отсутствует эластичность, грациозность. В анамнезе нередки указания на запоздывание начала ходьбы. Сравнительно часты случаи ночного недержания мочи. В известном проценте случаев встречается также левшество.

Легкая степень олигофрении — *дебилность* (*débile* — слабый, немощный, хилый). От нормального ребенка дебилный отличается пониженной способностью ориентировки в новой, более сложной ситуации, хотя по сравнению с имбециллом он уже более или менее умеет суммировать данные опыта и при случае их использовать. Память у дебиллов (особенно ее высшие функции) сравнительно плохо развита. Исследования Бахера, Дибера, Занкова и других устанавливают недостаточность у дебиллов словесно-логического мышления: сравнительно часто у них отмечается аффективный характер мышления.¹

Особенности поведения, характер дебиллов весьма разнообразны: многое зависит от системы воспитания, наличия или отсутствия руководства и надзора, играет при этом известную роль также и степень развития аффектов и влечений. Несколько обобщая, можно с практической целью разбить их на две большие группы, между которыми существует множество переходов.

Первая группа характеризуется апатичностью, вялостью, незлобивостью; иногда в числе дебиллов этой группы встречаются чувствительные, плаксивые, привязчивые до назойливости субъекты. Вторая группа характеризуется возбудимостью, неустойчивостью, несдержанностью, раздражительностью, что чаще наблюдается в тех случаях, когда олигофрения является результатом перенесенного в детстве мозгового заболевания или возникает на почве врожденного сифилиса.

При недостаточном надзоре, отсутствии воспитания, у олигофренов этой группы нередко отмечаются упрямство, взрывчатость, агрессивность, злопамятность и т. п.

Двигательная сфера дебиллов часто недоразвита, но все же количество двигательных-недостаточных дебиллов приблизительно в половину меньше, чем имбециллов. Нодаше (Naudacher) на большом

¹ При обрисовке дебиллов (а также имбециллов и идиотов) мы сравнительно мало касаемся особенностей развития их эмоционально-волевой сферы, так как это для настоящего момента наименее разработанная область психологии умственно-отсталого ребенка. В силу этого описание дебиллов дается нами исключительно в том виде, в каком они наиболее часто наблюдаются в клинической практике. Это описание не является исчерпывающим, так как оно ни в какой степени не отражает всего многообразия случаев, встречающихся в повседневной работе педагога. В педагогической практике более рельефно выступает все своеобразие структуры личности олигофрена как в отношении динамики ее развития, так и в системе качественных ее особенностей.

материале констатировал, что двигательная недостаточность типа Дюпре встречается у идиотов в 75%, у имбециллов в 44%, у дебилов в 24% и в 2% у нормальных детей (возраст исследованных от 9 до 16 лет). Указания на ночное недержание мочи, позднее развитие ходьбы и речи, левшество здесь также встречаются реже, чем у имбециллов. Мимика более развита, но все же это еще довольно плохой рисунок, в котором смазаны отдельные черты. При соответствующем обращении внимания на моторику возможна значительная коррекция двигательных недостатков, что значительно повышает жизненную приспособляемость олигофренов.

Воспитание и обучение дебильного ребенка должно осуществляться в условиях специальной школы или специального класса.

Отбор детей в специальную школу должен производиться на основании учета всех свойств личности ребенка, в связи с теми условиями, которые сформировали эту личность. Нередко конкретная живая личность ребенка выпадает из поля зрения исследователя, так как «совокупность данных» является механическим суммированием самых разнообразных, иногда взаимно противоречащих сведений о ребенке. Поэтому сведения должны быть не только собраны, но и тщательно проанализированы. То громадное значение, которое имеет отбор детей в специальную школу, заставляет предъявлять особенно строгие требования как в смысле клинической подготовки, так и практического стажа к лицам, производящим этот отбор, отстраняя от него тех, кто недостаточно для этой работы подготовлен. Только четко проводимый отбор оградит специальную школу от засорения ее неподходящими детьми, а самих детей от излишней травматизации, связанной с неправильным отбором.

Широко практиковавшийся у нас до последнего времени отбор детей в специальную школу на основании исследования методом тестов получил справедливое осуждение в постановлении ЦК ВКП(б) от 4/VII 1936 г. Практика педологов, как говорится в этом постановлении ЦК, «свелась в основном к ложно-научным экспериментам и проведению среди школьников и их родителей бесчисленного количества обследований в виде бессмысленных и вредных анкет, тестов и т. п., давно осужденных партией».

«Родоначалник тестов» А. Бинэ определял их как «короткие психологические испытания». Эти «испытания» в руках буржуазных ученых служили определенной цели доказать, что якобы умственные способности детей буржуазии значительно выше умственных способностей детей рабочих. Сам Бинэ, нисколько не стремясь завуалировать свои взгляды, писал о том, что его исследования, а также исследования многих других авторов, показали, «что ребенок бедного класса имеет маленький рост, меньший вес, меньшую голову, меньшую мускульную силу, чем ребенок богатого класса, он менее часто добивается свидетельства зрелости, он чаще отстает в своих занятиях». Отсюда он делал свои «социологические выводы», «указывая каждому его настоящее место». Не трудно догадаться, какие «настоящие места» были бы указаны каждому: экономическими, политическими, культурными и прочими привилегиями по «научным»

исследованиям Бинэ, должны пользоваться буржуазия и ее дети, как наиболее «биологически полноценные», «более одаренные»; рабочие и их дети должны довольствоваться скромным положением беспощадно эксплуатируемых слуг, так как они являются «низшей расой», — «биологически неполноценными».

Педологи, а также психологи, психоневрологи и педиатры некритически воспринимавшие принципы буржуазной науки о детях, хотели они того или не хотели, лили воду на мельницу расовой «теории» фашистов. Отсутствие достоятельной классовой бдительности, соблазнительная легкость исследования (кажущаяся простота метода, небольшое количество времени, затрачиваемое на эксперимент, «заманчивая возможность выразить умственный возраст в числовых данных» и пр.), слепое преклонение перед буржуазными авторитетами, а отсюда безусловная вера в подлинную научность, непогрешимость метода — все это вместе взятое было причиной того, что на основании (нередко однократного) исследования по тестам ребенок зачислялся в категорию умственно-отсталых, получая штамп «неполноценного» на всю жизнь.

Ряд советских ученых, беря под большое сомнение научность тестов, все же не возражал против них, как «вспомогательного метода исследования», что фактически также приводило к некритическому пользованию ими. Но и как «вспомогательный метод» тестирование было в корне порочно: 1) задания, предлагаемые в тестах, носили отвлеченный, нежизненный, а порой и абсурдный характер, 2) при исследовании ребенок попадал в искусственную обстановку, где он часто терялся и не давал полноценного ответа, 3) характерологические особенности ребенка (застенчивость, смущаемость, вялость, апатичность и пр.) при исследовании нередко игнорировались, в то время как они часто влияли на полноценность ответа, 4) вербальный (словесный) характер ответов нередко давал ложное представление об умственном развитии ребенка, не вскрывая творческих сторон интеллекта и направленности мышления, 5) крайняя искусственность подсчета, когда выполнение каждого теста засчитывалось ребенку в размере двух месяцев развития и, таким образом, на основании количества решенных тестов устанавливался его умственный уровень (возраст).

В широкой практике тестирование привело к тому, что в специальные (вспомогательные) школы направлялся значительный процент детей интеллектуально полноценных, часто получавших в связи с таким направлением неизгладимую психическую травму.

Подобный широкий отбор, когда почти каждый, почему-либо неуспевающий в массовой школе ученик причислялся к умственно-отсталым, снимал всякую ответственность с педагога за успешное обучение и воспитание этих детей, разоружая его в борьбе за лучшие методы педагогической работы. Поэтому неудивительно, что такая практика, питая антиленинскую «теорию» отмирания школы, приводила к дезорганизации педагогического процесса, к устранению учителя от его прямых обязанностей обучения и воспитания детей.

Постановление ЦК четко поставило вопрос о неправильности

подобной штамповки детей как умственно-отсталых и потребовало действительно научного, чуткого и внимательного подхода к каждому ребенку. Из вспомогательной школы было возвращено огромное количество детей, как неправильно туда посланных, и термин «олигофрен» снова начинает входить в свои настоящие узкие, клинические рамки, которые так широко, без всякого научного обоснования, раздвинули педологи.

Переходим к описанию отдельных форм олигофрении, клинически более изученных и более важных в практическом отношении.¹

Недифференцированные формы олигофрении. В повседневной практике педагогу сравнительно часто приходится иметь дело с так называемыми недифференцированными формами олигофрении.

В качестве этиологических моментов здесь встречаются самые разнообразные вредные факторы: алкоголизм родителей, большое количество аборт, предшествовавших беременности испытуемым, инфекционные болезни, физические и психические травмы, истощение матери во время беременности, затяжные роды, наложение щипцов и многое другое.

Раннее физическое развитие этих детей часто идет с большим запозданием. Так, например, А й р е л а н д наблюдал у 103 имбециллов и дебилов начало речи (в среднем) после 4 лет, некоторые из них стали говорить лишь к 10—12 годам и только в четырех случаях не отмечалось запаздывания начала речи. По данным Грибоедова — 53% дебильных детей произносят первое слово лишь к концу третьего года, у 27% этих детей начало речи падает на конец четвертого года и позднее. В дальнейшем развитии речи у ребенка олигофрена отмечаются те или иные недостатки произношения (щепелявость, картавость и т. д.).

Отмечается также позднее развитие ходьбы: по данным Лея в 50,5% случаев его испытуемые дебилы начали ходить лишь после 1½ лет, многие и в еще более позднем возрасте. Запаздывает также и время прорезывания зубов (по Лею первый зуб появился после года у 23,2% его испытуемых олигофренов). Сравнительно часто отмечаются неправильные размеры и форма зубов, нарушение их расстановки.

Ночное недержание мочи является также довольно частым спутником олигофрении; нередки случаи (в 25—30% по разным авторам), когда дети олигофрены в еще школьном возрасте мочатся в постели.

Как на известное запаздывание физического развития у олигофренов указывают также задержка роста, запаздывание времени начала менструаций, часто не спущенные в мошонку яички (крипторхизм). Келльнер при исследовании 558 олигофренов нашел у них крипторхизм в 30%.

Наряду с задержкой физического развития в известном проценте случаев у олигофренов отмечаются также неправильности строения

¹ В целях большей наглядности некоторые из форм олигофрении мы излагаем не здесь, а относим их описание к тем главам, в которых подробно разбирается сущность обусловившего их заболевания. Об этих формах см. «Эндокринопатии» и «Сифилис нервной системы (непрогредиентные формы)».

тела.¹ Диспластическое телосложение, являющееся до известной степени показателем биологической неполноценности организма, чаще наблюдается у олигофренов более глубоких степеней (идиотов, имбециллов). Так, по данным Е. Осиповой и Г. Сухаревой у дебильных детей диспластическое строение тела встречается в 13%, у легких имбециллов — в 36%, у глубоких имбециллов — в 60%.

Сравнительно часто (опять-таки преимущественно при глубоких степенях олигофрении) наблюдаются различные отклонения в строении черепа, нарушение его формы: ладьеобразный череп (темянные кости сходятся под острым углом), седлообразный череп (поперечное вдавливание в области теменных костей), башенный череп (при уменьшенной окружности черепа отмечается его значительная высота), рахитический череп (резкое выступание теменных и лобных бугров и т. д.). Нередко при олигофрении встречаются также асимметрии черепа (одна половина черепа развита больше другой) и изменение толщины костей (резкое истончение, утолщение — рис. 15 и 16).



Рис. 15. Различные формы черепа.

Аномалии строения скелета лица наблюдаются в виде резкого, грубого, нередко асимметричного костяка, чрезмерного развития нижней челюсти, сильного выступаania скуловых дуг, искривления, западения корня носа и т. д.

В ряде случаев отмечаются и так называемые признаки дегенерации: приспущие, недоразвитые ушные мочки, асимметрическое расположение ушных раковин, их неодинаковые размеры, неравномерность глазных щелей, неодинаковая окраска радужных оболочек, узкое, куполообразное небо, шестипалость, чрезмерно развитый волосяной покров и пр.²

¹ Мы хотели бы быть правильно понятыми в том отношении, что отклонения в строении тела, аномалии в строении черепа и лица совсем не являются обязательным признаком олигофрении; они часто могут совершенно отсутствовать, что в особенности не так уже редко наблюдается у дебильных детей.

² Здесь мы должны еще раз напомнить (об этом подробно говорится в общей части на стр 17—18), что сами по себе взятые так называемые признаки дегенерации ни в какой мере не являются сколько-нибудь характерными для решения вопроса об умственной отсталости. Как уже упоминалось, некоторые из этих признаков нередко обусловлены внутриутробными поражениями или вредностями, подействовавшими в первые годы жизни ребенка, т. е. совсем не имеют никакого отношения к так называемой дегенерации.

Изменения со стороны внутренних органов чего-либо характерного у олигофренов не представляют. Правда, некоторые авторы отмечают у них большую, чем это наблюдается у нормальных детей, слабость сердечной деятельности и большую склонность к заболеванию туберкулезом легких. Заболевания органов чувств встречаются у олигофренов сравнительно чаще, чем у их нормальных сверстников, особенно часто (приблизительно в 20%) наблюдаются заболевания глаз и ушей.

Из неврологических расстройств встречаются иногда (наблюдаются чаще при глубоких степенях олигофрении) параличи и парезы черепно-мозговых нервов (косоглазие, опущенное верхнее веко, сглаженная носогубная складка, отклоняющийся в сторону язык и т. д.), в некоторых случаях — параличи верхних и нижних конечностей. Иногда, как результат запоздалой миелинизации, наблюдаются патологические рефлексы (Бабинский, Опенгейм и др.).



Рис. 16. Олигофрены (микроцефал и гидроцефал).

В целом ряде случаев отмечаются расстройства со стороны вегетативной нервной системы в виде усиленного слюноотделения, повышенной потливости или, наоборот, чрезмерной сухости кожи, резкой синюшности конечностей, неустойчивого пульса и т. д.

Что касается особенностей психического недоразвития, то при недифференцированных формах они в основных чертах совпадают с той клинической картиной, которая уже была описана нами ранее, когда речь шла об отдельных степенях олигофрении. Не повторяя здесь этого описания, укажем лишь на то, что при недифференцированных формах олигофрении (в зависимости от тяжести поражения) могут встречаться все три степени (идиотия, имбецильность, дебильность).

При распознавании недифференцированных форм олигофрении прежде всего следует установить отсутствие симптомов, указывающих на постепенный распад, деградацию личности, т. е. исключить наличие прогрессивного заболевания.¹ Для обоснованной диагностики необходим учет совокупности всех свойств личности ребенка, личности, сформировавшейся в определенных социальных условиях, вне связи с которыми, искусственно отрывая ее от них, ее нельзя и рассматривать.

Дети с замедленным темпом развития. При недифференцированных формах олигофрении нередко с легкими дебилами смешивают детей

¹ При описании отдельных форм заболеваний, которые имеют в своей клинической картине известное сходство с олигофренией, мы будем говорить об их дифференциально-диагностическом отличии от этой последней.

с замедленным темпом развития. В отличие от олигофренов некоторые авторы предлагают называть этих детей ложными олигофренами, иногда олигофреноподобными — термины, которые нам кажутся неудачными, так как они скорее подчеркивают сходство с олигофренами, чем отличие от них. Чтобы избежать этого, мы употребляем несколько длинный термин — дети с замедленным темпом развития. Замедление в развитии ребенка может быть вызвано самыми разнообразными причинами. Хронические, длительные, истощающие болезни (например, туберкулез, малярия, по наблюдениям клиники М е д о в и к о в а — длительные кишечные заболевания), часто следующие одно за другим инфекционные заболевания (корь, скарлатина, тифы и пр.), аденоиды, хроническое недоедание, недосыпание и т. п. — все эти причины (как каждая в отдельности, так и в особенности, если две-три из них действуют совместно) могут повести к замедлению темпа развития ребенка. Отличием от олигофренов служит то, что здесь мы не имеем биологической, структурной неполноценности мозга, потенциальные возможности у этих детей значительно больше и при устранении вредных моментов, при правильной организации с ними педагогической и воспитательной работы они догоняют в развитии своих нормальных сверстников. Чем дольше действовали вредные моменты, тем медленнее наступает выравнивание, а потому не следует, как это иногда бывает, ожидать с устранением причин немедленного выравнивания темпа развития. В отношении этих детей требуется длительная, систематическая педагогическая работа.

Особо следует остановиться на роли рахита, который в одних случаях может вызывать некоторую задержку психического развития, в других — замедление его темпа.¹ В тяжелых случаях рахит вызывает резкие деформации костей черепа, что приводит к изменению нормального взаимоотношения костей (вдавливание основания черепа, сужение затылочного отверстия и пр.), в связи с чем деформируется и самый мозг, нарушаются условия кровообращения и питания. В связи с тяжелым рахитом дети поздно начинают ходить, поздно говорить, отстают от сверстников в психическом развитии. Тяжелые случаи рахита, связанные с значительной деформацией мозга, дают олигофрению различных степеней; в более легких случаях происходит иногда замедление темпа развития, который со временем (особенно при соответствующем лечении) выравнивается, и ребенок догоняет своих сверстников.

Нередко в связи с рахитом, но также и независимо от него (при общем недоразвитии моторики) замедляется развитие двигательного компонента речи при удовлетворительном понимании чужой речи. Это явление называется *алалией* (Hörstummheit — слухонемота, немота без глухоты). Иногда начало речи запаздывает до 7—8 лет, после чего ребенок начинает говорить, догоняя своих сверстников. Отличие алалии от олигофренического запаздывания начала речи

¹ В значительном проценте случаев рахит совсем не отражается на психическом развитии ребенка.

заключается в том, что ребенок алалик хорошо ориентируется в ситуации, достаточно понимает чужую речь, выполняет данные ему несложные поручения, быстро приучается к самообслуживанию.

Включение детей с замедленным темпом развития, в основном представляющих собой вариант нормального ребенка, в группу умственно-отсталых приводит к неправомерному расширению рамок олигофрении, к искусственному повышению процента дебилов. В результате подобной неправильной диагностики эти дети незаконно направляются в специальные школы, что является совершенно недопустимым, так как они могут и должны обучаться в массовой школе.

Микроцефалия (малоголовие). Различают истинную и относительную малоголовость.



Рис. 17. Микроцефалия.

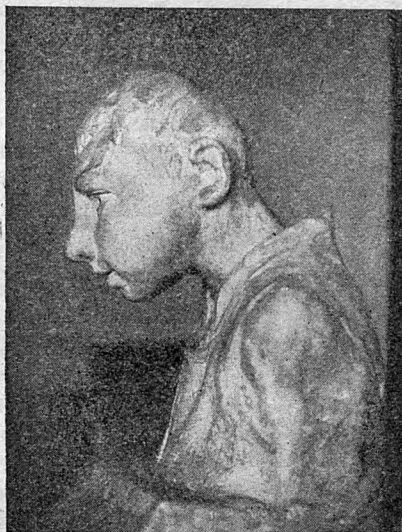


Рис. 18. Микроцефалия. (Случай описан нами на стр. 110. Бюст вылеплен скульптором Тархановой.)

Относительное малоголовие, когда голова непропорционально мала по сравнению с туловищем; истинное малоголовие, когда мозг и мозговой череп являются резко недоразвитыми, при этом лицо по сравнению с маленьким черепом кажется непропорционально крупным, а весь череп непропорционально мал по сравнению с туловищем (рис. 17 и 18). Некоторые авторы выделяют еще ложное малоголовие, при котором отмечается также малый череп, причем мозг не заполняет полностью черепную коробку. Ложное малоголовие зависит от поражений мозга, связанных с внешними факторами (ранние энцефалиты и пр.), а потому помимо слабоумия характеризуется также наличием парезов, параличей и пр. Нашему рассмотрению будет подлежать лишь истинная микроцефалия, так как относительное малоголовие или не сопровождается олигофренией, или олигофрения по своим клиническим

проявлениям мало характерна, не отличается от описанных общих симптомов недифференцированных форм.

В объяснении происхождения микроцефалии мнения ученых расходятся. Эти разногласия примиряет до некоторой степени взгляд на микроцефалию, как на результат интоксикации (отравления): развиваясь в организме матери, яд, в зависимости от самых разнообразных условий, может вызвать и простую задержку в развитии, и хронически протекающий менинго-энцефалит, и преждевременное заращение швов и т. д. В результате этого в семье в числе остальных здоровых детей рождаются микроцефалы. Весьма редко наблюдается потомство, состоящее исключительно из одних микроцефалов; подобные случаи указывают не только на повреждение зачатка или плода, обусловившее микроцефалию, но также и на глубокую биологическую неполноценность родителей (рис. 19).

Патолого-анатомическое вскрытие констатирует малый вес мозга микроцефалов (369 — 435 г), атипичное расположение борозд, из которых многие не могут без труда быть распознанными, наличие в темянной доле так называемой «обезьяньей борозды»; лобные доли резко недоразвиты (иногда 2—3 извилины). В связи с слабым развитием полушарий, мозжечок кажется непомерно большим. В отдельных случаях отмечается недоразвитость, а иногда и полное отсутствие мозолистого тела. Сравнительно часто наблюдается внутренняя водянка.

При наружном исследовании микроцефалов, помимо малого черепа (обхват от 35 до 43 см) и несоразмерно большого в сравнении с ним лица, обращают на себя внимание выступающие надбровные дуги, утолщенные кости черепа (лобный шов), торчащие крупные, иногда лопухообразные уши. Болевая, тактильная, вкусовая чувствительность резко понижены.

По психическим проявлениям Корсаков подразделяет микроцефалов на два психических варианта. Первый — апатичные, вялые, малоподвижные, с чрезвычайно ограниченной умственной жизнью. К этой характеристике Симсон добавляет наблюдения, касающиеся

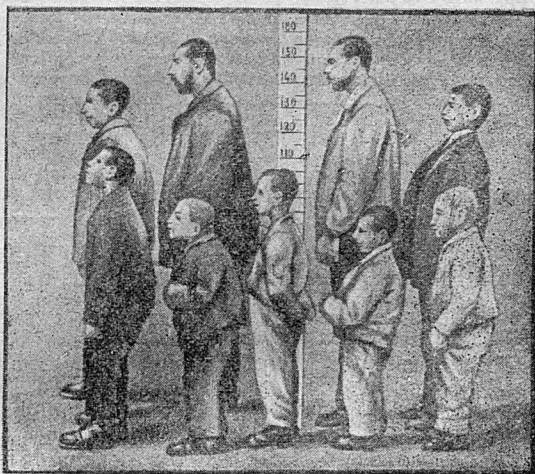


Рис. 19. Два брата микроцефала и их потомство. В семейном анамнезе указания на экзогенную вредность (сифилис их отца), тяжело действовавшую как на самих братьев, так и на их потомство (по Бурневиллю).

двигательных проявлений: крайняя бедность движений, неподвижная, застывшая мимика, резкое повышение тонуса мускулатуры, обычно сильнее выраженное в нижних конечностях. Очень часто дети лежат неподвижно, не давая никакой реакции на внешний мир. Нередко у них наблюдается усиленное слюноотделение, резкое посинение, похолодание конечностей. Из-за своей малой сопротивляемости они гибнут скорее, чем второй вариант, который может жить до глубокой старости.

Второй психический вариант в изображении Корсакова рисуется в следующем виде: живые, подвижные, добродушные, суетливые, подражательные с нестойким, нераспределенным вниманием, с быстрым восприятием внешних впечатлений. Интеллект развит крайне незначительно, обыкновенно на низшей ступени (идиотия). К этому следует добавить, что мышцы сгибатели преобладают над разгибателями, в силу чего микроцефалы стоят и ходят слегка согнувшись, с руками, опущенными вдоль туловища, производя впечатление, что вот-вот они встанут на четвереньки (питекоидная фигура, обезьяноподобная). Высшая моторика (фронтальная) крайне слабо развита, микроцефалы не способны к точным движениям, к одновременным движениям. Речь плохо артикулирована, речевой запас состоит из нескольких слов. Движения, связанные с экстрапирамидной моторикой, даются значительно лучше: автоматические, защитные, мимика, жестикуляция. Между этими двумя крайними вариантами микроцефалов располагается ряд смешанных состояний, в которых преобладают особенности то одного, то другого варианта.

Лечение при микроцефалии — безрезультатно, хирургическое вмешательство с целью воспрепятствования преждевременному закрытию родничков является безуспешным; лечение препаратами эндокринных желез (желез внутренней секреции) также не дает никаких ощутимых результатов. При систематических занятиях с ними выучиваются несложному самообслуживанию, но все же всю жизнь нуждаются в попечении.

Олигофрения в связи с ранними острыми инфекциями (менингиты, энцефалиты). Заболевания мозговых оболочек (менингиты) или заболевания вещества мозга (энцефалиты), перенесенные ребенком в раннем детстве, могут дать, как известное последствие (*residua*), прогрессирующее, качественно своеобразное, разных степеней недоразвитие психики. Подобные *residua* (остаточные явления) таковы, что они в клинической картине (в основных симптомах) сближаются с олигофренией, в силу чего мы их и описываем в этой главе.

Менингиты. Менингиты чаще всего обуславливаются заражением оболочек мозга различными болезнетворными микроорганизмами.¹

¹ Менингитов, возникающих в результате разнообразной интоксикации (отравления) организма (алкоголь, окись углерода, продукты распада в организме и пр.) мы здесь касаться не будем, так как они крайне редко встречаются в детской практике. Подробнее о менингитах и энцефалитах см. в курсах невропатологии.

Пути инфекции мозговых оболочек весьма разнообразны, но все же в основном их можно свести к следующим: травма черепа и позвоночника, переход инфекции на оболочки с ближайших к мозгу частей тела, перенос инфекции гематогенным (через кровеносную систему) или лимфогенным (через лимфу) путем.

При травмах черепа или позвоночника, сопровождающихся переломом костей и повреждением наружных покровов, мозговые оболочки обнажаются, вследствие чего они легко инфицируются. Если наружные покровы черепа не повреждены, то все же при травме, связанной с нарушением целостности его костей, вполне возможна инфекция мозговых оболочек из дополнительных полостей (лобные, решетчатые, клиновидные пазухи). В свою очередь гнойные воспалительные заболевания этих пазух могут вызвать менингиты и без наличия травмы черепа.

Помимо дополнительных полостей переход инфекции на оболочки мозга возможен также при заболевании уха (преимущественно гнойный процесс в среднем ухе — инфекция чаще распространяется лимфогенным путем), гнойном процессе в глазной орбите, заболевании позвоночника (чаще всего туберкулез) и пр.

В известном проценте случаев имеет место заражение мозговых оболочек через кровеносную систему, так как любая инфекция, проникая в кровь, может вызвать менингит. В подобных случаях менингит сравнительно часто наблюдается при нагноении в легких, плевре, при колите, дизентерии и пр. Заболевания наружных покровов (в виде фурункулеза, флегмоны, рожи и т. д.), когда они расположены близко к мозгу (лицо, волосистая часть головы), могут также гематогенным путем вызвать менингит.

Одним из наиболее часто встречающихся у детей острых воспалительных процессов мягких мозговых оболочек является цереброспинальный эпидемический менингит. Причиной заболевания этой формой менингита является заражение особым видом микроорганизма — менингококком, открытым в 1887 г. Вейксельбаумом. Обычно менингококк поселяется в носоглотке (слизистая оболочка носа и зева) человека, которая и является входными воротами для инфекции.

В подавляющем проценте случаев заражение менингококком происходит путем капельной инфекции: при кашле, разговоре, крике, чихании, поцелуях и т. п. слизь из носоглотки больного попадает в воздух, распыляется и путем вдыхания заносится в здоровый организм. Заражение возможно также и путем непосредственного переноса инфекции через загрязненные руки, носовой платок, которым пользовался больной, через посуду, загрязненную выделениями больного из носоглотки или слюной. Ни один возраст (от младенческого до старческого) не гарантирован от заболевания цереброспинальным менингитом; наиболее ранимым в смысле восприимчивости к инфекции является грудной возраст (25—30% заболеваний в этом возрасте).

Более или менее типичная клиническая картина цереброспинального менингита складывается из следующих симптомов: высокий подъем температуры (до 40°), озноб, рвота, иногда судороги, головные боли, резкое повышение чувствительности (крик при дотрогивании до различных участков кожи больного; сбрасывание одеяла, давление которого причиняет боль, светобоязнь и т. д.), тугоподвижность затылка, запрокидывание головки, скованность мускулатуры туловища и конечностей, значительно выраженный дермографизм,

пятна Труссо (быстрая смена окраски лица: побледнение — покраснение), иногда сыпь на коже, локализующаяся на ягодицах, локтях, коленях.

Психические изменения бывают неодинаковыми. В одних случаях больные апатичны, вялы, безразличны к окружающему; взгляд пустой, отсутствующий, устремленный в пространство. В других случаях отмечается повышенное психомоторное беспокойство: больные беспрестанно ворочаются в постели, ковыряют в носу, кусают губы, расчесывают тело, что-то перебирают в руках, дотрогиваются, ощущивают свои органы и т. п. Состояние сознания изменяется поразному: значительно чаще в течение всего заболевания сознание остается ясным; иногда же наблюдается глубокое затемнение сознания, у старших детей — лихорадочный бред.

Все течение цереброспинального менингита Фришман провизорно разбивает на три периода. Первый период (от нескольких дней до $1\frac{1}{2}$ декад) исчисляется от начала заболевания до появления выраженных менингеальных симптомов (рвота, судороги, повышение чувствительности, тугоподвижность затылка и т. д.). Второй период, неопределенный по длительности (в среднем от $1\frac{1}{2}$ декад до $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев) характеризуется у грудных детей относительным постоянством менингеальных симптомов (у более старших детей менингеальные симптомы в этом периоде подвержены некоторым колебаниям: ухудшение — улучшение). В этом периоде обыкновенно возникают разнообразные осложнения, о которых мы будем говорить несколько ниже. Третий период — или выздоровление, или дальнейшее развитие осложнений, начавшихся во втором периоде. Смертельный исход наблюдается во всех трех периодах, но все же в первых двух он встречается значительно чаще. Смертность в различные эпидемии неодинакова: колеблется от 3—4% до 20—25%. Предсказание при менингите как в отношении жизни, так и выздоровления всегда серьезно.

Нередко окончательный прогноз (предсказание) бывает невозможен даже тогда, когда ребенок поправился от основного заболевания, так как ряд осложнений развивается иногда спустя некоторое время после перенесенного менингита. В силу этого необходимо ребенка, перенесшего менингит, оставлять под врачебным наблюдением по крайней мере не менее года, после чего только и можно сделать более или менее определенный вывод о наличии или отсутствии у него осложнений.

Сравнительно частым осложнением эпидемического менингита является *водянка головного мозга* (гидроцефалия) — увеличение количества спинномозговой жидкости в субарахноидальных пространствах (наружная гидроцефалия) и в желудочках мозга (внутренняя гидроцефалия). Очень часто наружная и внутренняя водянка встречаются одновременно.

Механизм образования гидроцефалии не всегда одинаков. Иногда — это препятствия к оттоку спинномозговой жидкости из полости желудочков вследствие закупорки путей оттока. Иногда гидроцефалия возникает в результате избыточной продукции спинномозго-

вой жидкости (нарушение продуцирующей способности сосудистых сплетений), или же в результате ее затрудненного всасывания (недостаточность всасывающего аппарата подпаутинного пространства).

При гидроцефалии, возникающей в результате перенесенного менингита, в одних случаях первые симптомы ее появляются довольно рано (на 3—4-й неделе от начала заболевания); в других — позднее, когда менингит уже заканчивается; в третьих — спустя некоторое время по выздоровлении от менингита. Водянка чаще развивается в случаях тяжело протекающего менингита, но все же и легкие случаи иногда сопровождаются этим осложнением.

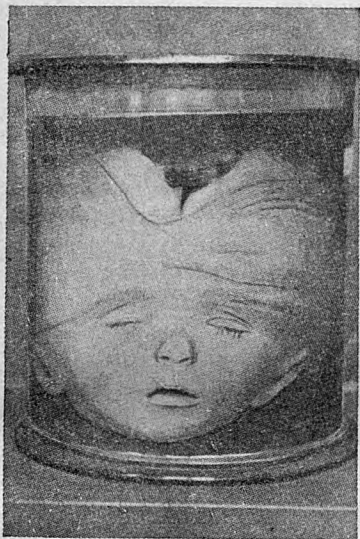


Рис. 20. Водянка головного мозга. (Из патолого-анатомического музея нашей кафедры.)



Рис. 21. Водянка головного мозга. (Из детской психиатрической колонии в Ленинграде.)

Симптомы водянки головного мозга обыкновенно весьма характерны. Мозговой череп по своим размерам весьма значительно отличается от лицевого, который по сравнению с ним выглядит сильно недоразвитым (рис. 20, 21, 22 и 23). Окружность черепа в отдельных случаях достигает 70 и более сантиметров. В случаях водянки, приобретенной в более позднем возрасте, череп не достигает таких больших размеров, хотя все же по сравнению с нормальным является увеличенным. В отдельных случаях наблюдается расхождение уже сросшихся швов черепа. Кожные вены на лбу и волосистой части головы резко просвечивают; при крике и беспокойстве ребенка вены сильно набухают. Волосы на голове редки; корень носа широк, из-за резкой выпуклости лба кажется запавшим; глаза сильно расставлены, иногда косоглазие, нистагм (подергивание глазных яблок).

В связи с давлением жидкости на перекрест зрительных нервов отмечается атрофия их (потеря зрения). При давлении жидкости на гипофиз наблюдается избирательное отложение жира на животе и бедрах (Reitusenformen — в виде рейтуз), задержка полового развития. Движения часто расстроены — спастический (тугой) паралич или парезы, особенно страдают нижние конечности.

Психика гидроцефалика в целом ряде случаев является недоразвитой (от легкой дебильности до тяжелой идиотии). На общем фоне психического недоразвития иногда можно встретить изоцирение отдельных способностей: хорошая механическая память, механический счет, абсолютный музыкальный слух и пр.

Речь медленная по темпу, иногда несколько скандированная. Действия и поступки размеренны, склонность к резонерству, к по-



Рис. 22.

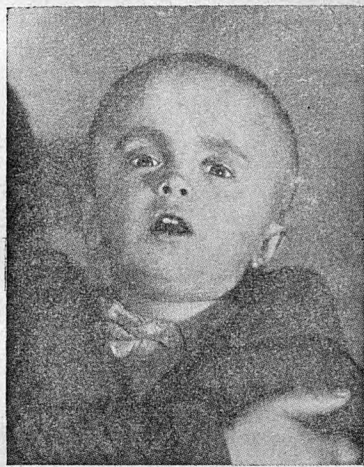


Рис. 23.

Водянка головного мозга. Больному 2 г. 4 м.; четырех месяцев заболел цереброспинальным менингитом, с 7 мес. началось увеличение размеров головы. Голову самостоятельно держать не может, окружность черепа 55 см. (Собственное наблюдение.)

учениям; в отдельных случаях страсть к остроумиям (Witzelsucht), носящим безобидный, плоский характер. На общем благодушном фоне бывают нерезкие колебания настроения; аффекты бледны, легко истощаемы. Эмоциональные привязанности, привычки нестойки. Исполнительны, аккуратны, вялы, медлительны, неинициативны, малоподражательны — вот дополнительные черты к психике гидроцефалов.

По своему психическому облику и внешнему виду гидроцефалы бывают обыкновенно более или менее похожи друг на друга.

Гидроцефалия течет медленно, с остановками, крайне редко с незначительными улучшениями; со временем течение принимает более или менее стационарный характер.

Часть больных погибает в раннем детстве от различных случайных причин, реже от основного страдания.

При распознавании гидроцефалии следует помнить, что она только симптомокомплекс, встречающийся при самых разнообразных заболеваниях.¹ Поэтому в случае отсутствия в анамнезе определенных указаний на перенесенный цереброспинальный менингит необходимо тщательно взвесить все данные и исключить заболевания, при которых также может встречаться врожденная и приобретенная водянка головного мозга. Помимо цереброспинального менингита причиной водянки являются врожденные уродства нервной системы, сифилис, опухоли мозга, рахит, травма, менингиты различного инфекционного происхождения и т. д.²

Особенно часто водянка головного мозга наблюдается при врожденном сифилисе, при этом, если водянка развилась после рождения ребенка, WaR бывает часто положительной, в случаях врожденной гидроцефалии — WaR отрицательная, несмотря на это противосифилитическое лечение все же дает известные результаты.

С водянкой головного мозга не следует смешивать большую во всех направлениях голову (мегалоцефалия) вследствие слишком больших размеров мозга. При мегалоцефалии емкость черепа достигает 1600 см² (В и р х о в — Virchow), серое вещество коры и подкорки сильно развито, в то время как белое вещество (в особенности мозолистое тело) резко недоразвито; наблюдаются также гетеротопии (отшнуровывание от общей массы коры отдельных участков серого вещества и погружение их вглубь белого вещества). Психическое развитие сильно задержано — глубокая идиотия. Особенности психики и отсутствие при мегалоцефалии неврологических симптомов, свойственных гидроцефалии, служат опознавательными признаками для отличия от последней.

Большая голова при рахите (в отдельных случаях рахит может одновременно встречаться с водянкой головного мозга) отличается от гидроцефалической своей формой (четырёхугольная, ящикообразная), «тяжелой», массивной нижней челюстью с редко поставленными и бедными дентином зубами (при гидроцефалии челюсть — недоразвитая, гипопластическая, мелкие, небольшие зубы, тесно расположенные), отсутствием значительно развитой сети вен на коже лица и головы. Отсутствие неврологических симптомов и наличие других рахитических признаков также помогают при отличии рахита от гидроцефалии.

При лечении гидроцефалии некоторые авторы рекомендуют препараты щитовидной железы, якобы воздействующие на эпителий сосудистых сплетений и уменьшающие тем самым секрецию спинномозговой жидкости. В ряде случаев применяется хирургическое лечение: поясничная пункция (прокол), пункция желудочков, прокол мозолистого тела (так называемый Balkenstich), устанавливающий соединение между желудочками и субарахноидальными пространствами полушарий. Все эти хирургические мероприятия являются паллиативными, не излечивающими основного страдания. Внимание должно быть обращено на педаго-

¹ Те же самые соматические и психические симптомы водянки головного мозга встречаются и в тех случаях, когда она бывает обусловлена другими причинами (сифилис, опухоли мозга, менингиты различного инфекционного происхождения и т. д.).

² В связи с этим по времени возникновения различают водянку головного мозга врожденную и приобретенную.

гическую сторону с тем, чтобы использовать имеющиеся в ряде случаев изощренные способности, максимально помочь детям в их развитии. Большинство детей из-за потери зрения или параличей, парезов часто не могут посещать специальную школу, а потому требуют индивидуального обучения.

Помимо водянки головного мозга сравнительно частым осложнением при цереброспинальном менингите (а также и при других менингитах) являются *поражения органов зрения и слуха*.

При поражении двигательного аппарата глаза (III, IV, VI пара нервов) отмечаются косоглазие, опущение верхнего века (ptosis), иногда двоение (диплопия) в глазах. В ряде случаев наблюдается заболевание зрительного нерва, приводящее к резкому понижению зрения или же к полной слепоте. Осложнения со стороны зрения могут наступить не только в период времени заболевания менингитом, но и спустя некоторое время по выздоровлении от него, когда рубцующаяся мозговая оболочка перетягивает или давит на нерв. В случаях поражения зрения психика может остаться совершенно незатронутой, в ряде случаев у маленьких детей отмечается недоразвитие психики (от глубокой идиотии до легкой дебильности), сближающееся с олигофренией.

Поражение слуха может быть или в виде его понижения (тугоухость), или полной утраты (глухота). Глухота и тугоухость могут появиться в самом начале заболевания менингитом, особенно же часто они появляются во втором периоде болезни или спустя некоторое время по выздоровлении от нее. Обычно глухота и тугоухость бывают двухсторонними. Если полная глухота развилась у ребенка моложе 10 лет, то обыкновенно в дальнейшем у него наблюдается постепенная утрата речи, он становится глухонемым. У более старших детей полная глухота в большинстве случаев к глухоноте не приводит, а лишь вызывает известные изменения речи. Что касается психических изменений, то они могут совершенно отсутствовать; если же наблюдаются, то у младших детей клиническая картина сближается с олигофренией, у более старших детей — с органическим слабоумием.

В ряде случаев после перенесенного менингита встречаются *судорожные припадки* (сопровождаются потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами). В этих случаях чаще наблюдаются олигофрения (если заболевание перенесено в раннем детстве) или органическое слабоумие (у детей, заболевших в старшем возрасте).

Цереброспинальный менингит (а также менингиты другой этиологии) сравнительно нередко осложняется не только олигофренией, но также и своеобразными психическими изменениями, приближающимися по своей симптоматике к психопатиям.¹ Аналогичную кли-

¹ Мы не хотели бы быть неправильно понятыми в том отношении, что цереброспинальный менингит во всех случаях обуславливает интеллектуальную неполноценность или приводит к другим тяжелым последствиям (судорожные припадки, психопатоподобные изменения личности, глухота, слепота и пр.). В целом ряде случаев после цереброспинального менингита не отмечается ни-

ническую картину дают также и некоторые энцефалиты, к описанию которых мы и переходим.

Э н ц е ф а л и т ы. Воспалительный процесс в головном мозгу, независимо от его этиологии и локализации, принято обозначать общим термином энцефалит. В одних случаях воспалительный процесс возникает в мозгу самостоятельно, первично; в других (и при этом значительно чаще), энцефалит как вторичное заболевание является осложнением различных инфекций (грипп, корь, скарлатина, коклюш, брюшной, сыпной и возвратный тифы и пр.) — так называемый параинфекционный энцефалит.¹

В типичных случаях параинфекционный (вторичный) энцефалит начинается подъемом температуры и общемозговыми симптомами (головная боль, головокружение, рвота, общие и местные судороги, затемнение сознания и пр.), к которым вскоре (обыкновенно через несколько дней после начала заболевания) присоединяются очаговые симптомы, зависящие от места локализации и распространенности воспалительного процесса.

Лихорадочный период длится сравнительно недолго (от нескольких дней до одной — полутора недель). В одних случаях температура в начале заболевания сразу делает высокий подъем (до 39—40°) и на этом уровне держится в течение всей болезни, в дальнейшем постепенно падая; в других случаях температура все время остается незначительно повышенной, иногда же совершенно нормальной.

Одновременно с повышением температуры отмечается затемнение сознания; изменения сознания нередко наблюдаются и в тех случаях, когда температура остается нормальной. Больные дезориентированы в месте и времени, резко возбуждены (мечутся, вскакивают с кровати, пытаются куда-то бежать и т. д.), бредят, галлюцинируют. Сознание иногда остается затемненным в течение всей болезни,

каких болезненных последствий. В этом отношении весьма убедительна работа сотрудника нашей клиники В о л я н с к о г о, исследовавшего отдаленные (через 5—10 лет после заболевания) последствия цереброспинального менингита у 133 детей. По его данным около 25% детей не имели никаких видимых последствий менингита; в ряде случаев последствия были столь незначительными, что они не препятствовали обучению испытуемых в школе или вузе. Кроме того, автор нашел, что с возрастом уменьшаются расстройства со стороны двигательных черепных нервов; улучшается зрение, слух остается без существенных изменений. Нередко в дальнейшем течении судорожные припадки не сочетаются со сниженным интеллектом и какими-либо отрицательными чертами характера. На его материале при гидроцефалии интеллектуальное развитие часто не страдало (в отдельных случаях наблюдалась та или иная частичная одаренность), характерологические особенности не представляли каких-либо отклонений от нормы. Ценность этого исследования заключается в том, что автором изучены не только те тяжелые случаи последствий менингита, которые обыкновенно вызывают необходимость обращаться за помощью в клинику, но поголовно все дети (материал б-цы им. Филатова в г. Ленинграде), переболевшие цереброспинальным менингитом в период времени с 1926 по 1933 г.

¹ К таким первичным энцефалитам относится эпидемический энцефалит, обыкновенно не дающий количественных изменений психики, а потому он и описывается нами в особой главе. На остром негнойном воспалении мозга (encephalitis acuta) мы останавливаться не будем, так как токсическая этиология энцефалита в детской практике встречается сравнительно нечасто.

иногда же бывают временные, хотя и недлительные, прояснения сознания. Обыкновенно описанные здесь изменения сознания бывают у старших детей; в младшем возрасте (грудной, дошкольный), часто наблюдается не психомоторное возбуждение, а спячка: больные лежат неподвижно, апатичны, вялы, безразличны к окружающему. В значительном проценте случаев как у младших, так и у старших детей вместе с падением температуры проясняется и сознание; в более редких случаях сознание остается еще некоторое время затемненным и после падения температуры.

Сравнительно часто в клинической картине параинфекционного энцефалита встречаются эпилептиформные судороги, которые или повторяются несколько раз в первые дни болезни, или же все время сопутствуют болезни, занимая в ее картине выдающееся, а иногда и первое место. В ряде случаев наблюдаются не общие, а местные тонические и клонические судороги.

Встречающаяся в начале заболевания рвота не является постоянным симптомом энцефалита, так как в ряде случаев она совершенно отсутствует, иногда же отмечается лишь легкая тошнота. Жалобы на головные боли (часто не достигающие такой интенсивности, как это бывает при менингите) обыкновенно встречаются у более старших детей.

Ригидность затылка, запрокидывание головки, симптомы Кернига и Брудзинского встречаются тогда, когда в процесс вовлекаются мозговые оболочки (менинго-энцефалит), так как параинфекционному энцефалиту, при котором внутричерепное давление или не повышено совсем или повышено весьма незначительно, эти симптомы мало свойственны.¹

В нетипических случаях ни повышения температуры, ни общемозговых симптомов не отмечается; в подобных случаях параинфекционный энцефалит проявляется лишь очаговыми симптомами. В других случаях, наоборот, вся клиническая картина энцефалита ограничивается только общемозговыми симптомами, до очаговых симптомов дело не доходит. В этих случаях, если начало заболевания энцефалитом совпадает во времени с разгаром основной инфекции, общемозговые симптомы скрадываются, затушевываются основным заболеванием и энцефалит или остается при жизни нераспознанным (патолого-анатомический диагноз), или диагноз ставится позднее по картине наступивших осложнений. В случаях, когда заболевание энцефалитом начинается во время или вскоре после кажущегося выздоровления от основной инфекции, общемозговые симптомы выступают более рельефно, и диагноз энцефалита ставится без больших затруднений.

Очаговые симптомы при параинфекционном энцефалите весьма разнообразны. Нередко встречаются параличи и парезы (гемипле-

¹Симптом Кернига — невозможность (из-за контрактуры сгибателей бедра) полного разгибания конечностей в коленных суставах, когда конечности согнуты в тазобедренных суставах. Симптом Брудзинского — при сгибании ноги в тазобедренном и коленном суставах до соприкосновения ее с передней стенкой живота, другая нога рефлекторно сгибается в тех же суставах.

гии, моноплегии) верхних и нижних конечностей, параличи и парезы черепно-мозговых нервов (атрофия зрительного нерва, косоглазие, сглаженная носогубная складка и т. д.), разнообразные гиперкинезы (хореiformные, атетодные движения, тики, тремор), атактическая походка, афазия и т. д.

Течение параинфекционного энцефалита не одинаково. В более или менее типичных случаях болезнь длится от нескольких дней до 1—1½ декад. В отдельных случаях болезнь затягивается на несколько месяцев, при этом довольно часто наблюдаются колебания (ухудшения и улучшения) в течении болезни.

Исход болезни различен: случаи полного выздоровления — единичны; довольно часто наблюдается смертельный исход, причем процент смертности при различных инфекциях не одинаков (например, при коклюше, осложненном энцефалитом, он достигает 70—75%, при вакцинационном энцефалите колеблется в пределах от 30 до 55%); нередко наблюдаются остаточные (резидуальные) явления.

Резидуальные (остаточные) явления чаще обнаруживаются вслед или вскоре после окончания острой стадии энцефалита, в отдельных случаях они впервые появляются спустя более или менее длительное время (иногда через несколько лет) после перенесенного заболевания.

Мы опишем здесь наиболее частые в детской практике резидуальные явления. Сравнительно нередко при параинфекционном энцефалите в качестве остаточных явлений отмечаются параличи и парезы конечностей, параличи и парезы черепно-мозговых нервов (косоглазие, опущение верхнего века, атрофия зрительного нерва, тугоухость, полная глухота, сглаженная носогубная складка, отклоняющийся в сторону язык и т. д.), гиперкинезы (хореiformные, атетодные движения, тремор, тики), атактическая походка, судорожные припадки (местные, генерализованные), фронтальная форма двигательной недостаточности и т. д.

Весьма часто страдает интеллект; случаи, когда интеллект остается совершенно незатронутым, сравнительно редки. Чем моложе возраст заболевшего ребенка, тем чаще наблюдаются у него степени глубокого недоразвития интеллекта, которое практически (если ребенок переболел энцефалитом в грудном возрасте) можно рассматривать как олигофрению. При заболевании энцефалитом в более старшем возрасте явления общего недоразвития интеллекта выражены менее значительно. В этих последних случаях наблюдается западение одних интеллектуальных функций при сохранности других, в силу чего интеллектуальная недостаточность носит неравномерный характер (так называемое лакунарное слабоумие), более сближаясь с ограниченным слабоумием взрослых, чем с олигофренией. Особенно часто при этом страдает память (ослабляется способность удерживать и воспроизводить воспринятое), расстраивается внимание (неспособность к длительному напряжению в одном направлении, трудность сосредоточивания, легкая и быстрая истощаемость, отвлекаемость новыми раздражителями), страдает также и мышле-

ние (медленная или, наоборот, крайне быстрая смена представлений, иногда детализированное мышление). В некоторых случаях отмечается неспособность к чтению, затруднения в обучении счету и письму (иногда наблюдается зеркальное письмо), разнообразные дефекты речи.

Нередко в качестве резидуальных явлений отмечаются также своеобразные изменения психики, сближающиеся в своей симптоматике с психопатиями. В одних случаях наблюдаются жестокость, злобность, резкая агрессивность, импульсивность, когда больные неожиданно нападают на окружающих, плюются, кусаются, ударяют, наносят тяжелые повреждения, вплоть до убийства. При этом, одни больные нападают на окружающих, бывают агрессивными без всякой аффектации (иногда ударяют или кусаются, ласково при этом обнимая, или с равнодушным, безразличным выражением лица), другие в спокойном состоянии ведут себя правильно, становясь злобными, жестокими в момент аффективных вспышек.

В других случаях у больных встречается резкое обострение влечений низшего, органического порядка (влечение к пище, сексуальные влечения и т. д.). Несколько чаще наблюдается повышение сексуального влечения, что сказывается в беззастенчивом, безудержном онанизме, хватании лиц противоположного пола за гениталии (половые органы), в попытках к изнасилованию, в распевании циничных песен, выкрикивании бранных слов и т. д.

Иногда резко обостряются гастрические влечения: больные непрерывно жалуются на то, что им хочется есть, не удовлетворяются усиленной порцией, воруют пищу у соседей по палате; больные с резко пониженным интеллектом поедают несъедобные вещи, жуют одежду.

В третьих случаях у больных отмечаются несколько подавленное настроение, апатичность, вялость; они большей частью молчаливы, угрюмы, мало контактны с детьми и взрослыми, держатся особняком, подчас раздражительны, капризны, упрямы.

В четвертых случаях наблюдается повышение настроения, сочетающееся со склонностью к дурашливости, безудержному веселью, смеху, играм, выходкам и проделкам, свойственным более младшему возрасту, чем тот, в котором находится больной. Обыкновенно при этом отмечается также чрезвычайная психомоторная подвижность, нередко суетливость, а иногда хаотичность, беспорядочность движений. Гуревич называет эти изменения мориоподобными (*moria* — глупость, дементность).

В пятых случаях на первый план выступают повышенная истощаемость и раздражительная слабость нервной системы, что сказывается в неустойчивом настроении, в быстрой утомляемости, общей моторной вялости, нередко при значительно выраженном своеобразном беспокойстве рук и ног (все время что-то вертят в руках, перебирают предметы, переступают с ноги на ногу и т. д.), в обилии симптомов со стороны вегетативной нервной системы (ощущение тяжести в голове, потеря аппетита, вялость кишечника, беспокойный сон, сердцебиение, влажные, холодные, синюшные конечности, ощущение жара во всем теле, резкий дермографизм и т. д.).

В этих последних случаях значительного недоразвития психики не отмечается (интеллект в пределах легкой степени дебильности или нормален), в то время как во всех четырех предыдущих случаях интеллектуальное развитие является недостаточным (от легких степеней дебильности до глубокой идиотии).

При *распознавании* резидуальных явлений после паразитического энцефалита затруднения встречаются обыкновенно тогда, когда при незначительно сниженном интеллекте на первый план выступают те или иные психопатоподобные особенности. В этих случаях приходится чаще всего отграничивать резидуальные состояния от заостренных отрицательных характерологических особенностей у плохо воспитанных детей. В основном отличия сводятся к следующему: 1) при резидуальных явлениях в анамнезе нередко указания на общемозговые (иногда также и на очаговые) симптомы, которыми сопровождалось то или иное инфекционное заболевание у ребенка; 2) обыкновенно при *residua* часты указания на определенный момент начала характерологических изменений или на их сравнительно быстрое нарастание; 3) нередко также указания на снижение интеллекта и дальнейшие запаздывания темпа умственного развития после инфекционного заболевания; 4) в ряде случаев при *residua* отмечаются задержка физического развития и эндокринные сдвиги (диспластичность телосложения, замедленный рост, позднее начало ходьбы, речи и т. д.); 5) иногда при *residua* встречаются те или иные особенности моторики: фронтальная форма двигательной недостаточности или моторная неловкость, неуклюжесть, беспомощность движений в сочетании с суетливостью и т. д.); 6) при *residua* нередко неврологические симптомы (обыкновенно параличи, парезы черепно-мозговых нервов, иногда те или иные гиперкинезы); 7) наконец, при *residua* часто совершенно отсутствуют указания на какие бы то ни было неправильности в воспитании ребенка.¹

При резидуальных явлениях выдающаяся роль принадлежит различным *лечебным и педагогическим мероприятиям*.

Прежде всего крайне важно своевременное выделение подобных детей из общей детской массы и направление их для обучения и перевоспитания в соответствующие учреждения. Оставаясь в общей детской массе, эти больные очень часто мешают правильной организации педагогического процесса: не успевают в занятиях за классом, постоянно нарушают, срывают дисциплину, выявляют антисоциальные наклонности и т. д. В свою очередь и сами больные дети страдают от того, что находятся в неподходящей для них обстановке: у них иногда отмечается обострение чувства собственной неполноценности; в целом ряде случаев — отчужденность, озлобленность, агрессивность и т. д. как ответная реакция на конфликты с товарищами, на их приставание, остроты, насмешки, вышучивание и т. п. Нередко один только перевод в более подходящую для

¹ Эти же опознавательные признаки могут быть использованы для отличия *residua* от психопатий. Об отличиях *residua* от эпидемического энцефалита см. в соответствующей главе.

больного обстановку значительно сглаживает трудности его поведения.

В ряде случаев, когда характерологические изменения особенно резко выражены (импульсивность, агрессивность, значительное повышение органических влечений и пр.), необходимо изъятие ребенка в санаторий для психопатов, а в особенно тяжелых случаях — помещение в детское отделение психиатрической больницы.

При помещении детей в подобные учреждения (санаторий для психопатов, детское психиатрическое отделение) коррекцию их поведения лучше всего начинать с занятия в рабочих комнатах, мастерских (нередко подобные дети охотнее работают, чем учатся), где их удается легче приучить к выполнению задания, четкости, дисциплинированности. При переключении на школьные занятия необходимо при распределении материала строго соблюдать постепенность в нарастании трудности его освоения, не перегружать ребенка излишними, непосильными для него требованиями, преподносить материал в конкретной, четкой, но не сухой, а эмоционально окрашенной форме.

Необходимым условием перевоспитания является рационально организованный режим учреждения с его точными дозировками распорядка дня (занятия, лечебные процедуры, отдых, сон, развлечения и т. д.). Все воспитательские и педагогические мероприятия должны быть строго между собою согласованы, чтобы охранить, уберечь ребенка от противоречивых влияний.

При значительно выраженной двигательной недостаточности исправлению ее помогают работа в мастерских (необходимо обращать внимание на тренировку тех или иных западающих компонентов движения), а также систематические занятия физкультурой, упражнения в движениях под музыку, специально подобранные игры и пр. При резко выраженной фронтальной недостаточности необходимо начинать коррекцию с элементарных действий по самообслуживанию, постепенно их усложняя.

Отдельные импульсивные акты удается в ряде случаев путем «перевоспитания рефлекса» перевести в противоположные им действия: плевок — в поцелуй, удар — в поглаживание рукой и т. д. (К а н д а р а т с к а я).

При коррекции резидуальных явлений после параинфекционного энцефалита оказывают известную пользу также и лечебные мероприятия в виде гидротерапии (ванны, душ, обливания, обтирания, обертывания и т. д.), гелиотерапии и аэротерапии (солнечные и воздушные ванны), медикаментозного лечения (бром, кальций, мышьяк, железо, фитин и пр.).

Несмотря на то, что резидуальные явления при параинфекционном энцефалите отличаются сравнительно большей тяжестью, все же с течением времени, благодаря компенсаторным возможностям растущего детского организма, систематическим лечебным и педагогическим мероприятием, даже тяжелые последствия имеют тенденцию к сглаживанию, побледнению отдельных патологических симптомов. Что касается более легких последствий, то в целом

ряде случаев наблюдается более ускоренный темп и большая степень их выравнивания.

Для иллюстрации сказанного об олигофрении приведем несколько клинических случаев.

К. Н., 10 лет 8 мес. В анамнезе отмечается туберкулез по линии отца. По линии матери отмечается алкоголизм: сильно пили дед, бабка и 2 дяди испытуемого. У матери было 4 беременности, из которых 3 кончились срочными родами и одна выкидышем на 3 мес. (причина не установлена). В живых остались двое: испытуемый и его сестра (интеллектуально полноценная), третий ребенок умер в раннем детстве от скарлатины.

Испытуемый родился от 4 беременности, протекавшей в условиях тяжелой работы, физических (два раза падала, ушибала живот) и психических (ссоры с мужем) травм матери. Роды тяжелые со щипцами (неправильное положение), родился в глубокой асфиксии.

Отмечаются позднее зарождение родничков (в $1\frac{1}{2}$ года) и значительная задержка в развитии речи: первые слова появились в 3 года, фразы в 4 года, причем на первом году жизни ни «гуления», ни лепета не было, в связи с чем родители считали, что ребенок будет немым. Ходить начал $1\frac{1}{2}$ лет, к опрятности приучился в 3 года.

По характеру ничем от сверстников не отличался. В школу поступил $8\frac{1}{2}$ лет, просидел в первом классе два года, успешность по всем предметам была весьма низкая.

При поступлении в клинику отмечено: физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов отклонений не отмечается. Со стороны нервной системы никаких патологических симптомов не обнаружено. WaR в крови отрицательная.

При исследовании и наблюдении в клинике были отмечены: невысокое мышление и слабая произвольность функций внимания, памяти и восприятия.

В эмоционально-волевой сфере отмечается слабое волевое усилие, некоторая косность в характере и длительности процессов деятельности. Наряду с повышенной словесной самооценкой наблюдается при выполнении работы в классе большая неуверенность в себе.

В поведении особых трудностей не проявлял: в режимные моменты дисциплину не нарушал, во вне режимные моменты легко поддавался примеру других, подражал в шалостях и проказах более интеллектуально развитым сверстникам.

Навыки самообслуживания недостаточны. Движения несколько мешковаты, неуклюжи, большое количество излишних сопровождающих движений (синкинезий).

Выписан в специальную школу с диагнозом: *олигофрения в степени дебильности*.

В данном случае мы имеем целый ряд неблагоприятных факторов (ушибы живота при падении матери во время беременности, неправильное положение плода, наложение щипцов, глубокую асфиксию), из которых каждый в отдельности (не говоря уже об их совокупности) мог обусловить психическую неполноценность ребенка.

Д. В., 10 лет 4 мес. В анамнезе алкоголизм по линии отца (сильно пили дед и отец; не исключена возможность зачатия во время опьянения). Сифилис, душевные и нервные заболевания в роду отца и матери не отмечаются.

Испытуемый от 9 беременности; условия эмбрионального периода и роды без уклонений. Развивался с задержкой: первые зубы появились на 8-м месяце, ходить начал в 2 года, первые слова появились на 3-м году, доречевые реакции («гуление», лепет) почти отсутствовали. С появлением первых слов начал обнаруживать речевую активность, но говорил крайне плохо, непонятно для окружающих.

Перенес несколько инфекционных заболеваний (корь, скарлатину, воспаление легких).

На протяжении всего преддошкольного и дошкольного периодов посещал детские учреждения (ясли, очаг). В очаге, где пробыл до 7 лет, дальше средней группы не пошел.

Рос в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Был всегда тихим, послушным, ласковым ребенком, очень привязан к родителям.

В школе в первом классе просидел два года, навыки давались с большим трудом, в силу чего испытываемый и был направлен для обследования в клинику.

В клинике отмечено: по росту отстает от возраста, запоздалая смена зубов; из дисгенетических признаков — оттопыренные уши, куполообразное небо, третье веко. Диспластичен. Со стороны внутренних органов существенных отклонений не отмечается. Со стороны нервной системы никаких патологических явлений не обнаружено. WaR в крови отрицательная.

Отмечается недостаточное развитие зрительного восприятия, главным образом за счет недоразвития его внешних форм, отсутствие даже начальной стадии развития высших форм памяти при наличии достаточной натуральной (механической) памяти. Мышление характеризуется крайней слабостью процессов абстракции и обобщения. Со стороны динамических особенностей мышления отмечают: склонность к соскальзываниям с основного пути на путь ассоциативно возникающих образов, тугоподвижность мыслительных процессов. Со стороны речи имеются значительные недостатки произношения.

В характере и поведении значительных дефектов не отмечается. Иредна наблюдаются состояния возбуждения и отдельные как-бы немотивированные поступки (например, неожиданный смех, выкрикивание какого-либо слова и т. д.).

За время пребывания в клинике приобрел некоторые элементарные навыки по программе первого класса специальной школы: составление и чтение простейших слогов и слов, прямой и обратный счет в пределах 10, действия над числами в пределах трех (запись действий усвоена не твердо). Учебный материал усваивает медленно, с трудом, плохо удерживает в памяти (за счет недостаточного осмысления). Выписан в специальную школу с диагнозом: *олигофрения (недифференцированная форма) в степени дебильности*.

Этиологический момент в данном случае олигофрении установить крайне трудно, лишь предположительно можно думать, что в этом повинен алкоголизм отца.

Г. П., 6 лет 11 мес. Из данных анамнеза известно, что отец до женитьбы сильно пил, в детстве и в пубертатном периоде у него было несколько эпилептиформных припадков, умер 28 лет от туберкулеза легких. По восходящей и боковой линиям со стороны отца ничего патологического не отмечается. По линии матери — алкоголизм деда и прадеда нашей испытуемой. Мать считает себя здоровой. У матери 4 беременности, из них 2 искусственных аборта, один ребенок умер от менингита в возрасте 2 месяцев.

Испытуемая от первой беременности, эмбриональный период протекал удовлетворительно, роды в срок, физиологические. Девочка родилась весом в 9 фунтов, до 1½ лет развивалась правильно. К году становилась на ножки, пыталась ходить, говорила несколько слов (папа, мама, дай и т. д.). Была чистой, плотной. В возрасте 1½ лет перенесла в тяжелой форме корь (была сильно повышена температура, в течение двух часов каждые 5 минут кратковременно теряла сознание, были судороги, рвота, запрокидывала голову). После заболевания перестала ходить (пошла лишь на третьем году); слова, которые знала до болезни, сохранила, но новых слов до 5 лет не усваивала. Перестала играть с детьми, стала неопрятна (ночное недержание мочи).

При исследовании в клинике отмечены: задержка роста (соответствует 5½ годам), диспластическое телосложение, сутулая осанка, плоскостопие; конечности — синюшны (особенно правая нога), холодны на ощупь; повышенное слюноотделение. Во внутренних органах существенных отклонений не обнаружено. Глазное дно — норма. WaR в крови отрицательная. При неврологическом исследовании отмечают: расходящееся косоглазие, уклоняющийся в сторону язык, симптом Бабинского справа, некоторое ослабление мышечного тонуса.

Движения неловкие, неуклюжие, при ходьбе сутулитесь, поворачивает корпус в обе стороны, обеими руками производит круговые движения впереди себя. Мимика плохо дифференцирована, часто на лице расплывчатая улыбка.

Запас слов беден; правильно произносит около 15 слов, имеет запас своих слов; понимание речи значительно выше — в пределах трехлетнего возраста. В помещении клиники ориентируется: знает свое место в спальне, в столовой,

свою вешалку и пр. В количестве не разбирается, основных цветов не знает, правую и левую стороны не различает. Свой туалет делает чрезвычайно медленно, в играх — раздражительна. Рисунок на стадии каракуль и начала выделения отдельных схем предметов.

Из эмоциональных проявлений отмечается привязанность к матери, к которым из лиц персонала, привязанность не бескорыстная (всегда смотрит в руки, не принесли ли ей чего-нибудь).

Из клиники выписана с диагнозом *олигофрении (после коревого менингоэнцефалита) в степени имбецильности*.

В этом случае диагноз затруднений не представляет, так как в анамнезе достаточно ясны указания на начало заболевания, слишком характерны его симптомы (судороги, рвота, запрокидывание головки, тугоподвижность затылка) и последующие изменения в интеллектуальном развитии девочки. Следует лишь отметить, что коревая инфекция пала на биологически неполноценную почву (у отца испытуемой эпилептиформные судороги).

П. А., 6 лет. В наследственности по восходящей и боковой линиям со стороны обоих родителей никаких патологических уклонений не отмечается. Отцу при зачатии ребенка было 27 лет, считает себя здоровым, не пьет, не курит, матери при зачатии было 20 лет, также считает себя здоровой. У матери три беременности, из них два искусственных аборта, сделанных после рождения испытуемой. Беременность была нежелательной (соросы с мужем, собирались разводиться), пыталась прервать ее домашними средствами. Роды в срок, легкие; девочка родилась весом в 6½ фунтов. Грудь взяла сразу. Развивалась с запозданием; первые зубы на 8 месяце, вторые — после года, ходить начала около двух лет; к опрятности не приучилась: ночное недержание мочи до момента поступления в клинику. До 1½ лет не выделяла родителей от окружающих ее лиц; дальнейшее психическое развитие шло крайне медленно (речь так и не развилась). Инфекционных заболеваний не переносила. В два года родители отметили косоглазие, по их словам оно развивалось постепенно.

При исследовании в клинике отмечено: рост соответствует возрасту, несколько диспластична (избыточное отложение жира на животе и бедрах). Внутренние органы без отклонений. Главное дно — N; слух не нарушен. WaR в крови у девочки и ее родителей отрицательная. На рентгенограмме черепа (в двух проекциях) никаких патологических отклонений не обнаружено.

При неврологическом исследовании отмечаются: правостороннее косоглазие, асимметрия лица, уклоняющийся в сторону язык.

Походка неуверенная, часто спотыкается, падает, не умеет влезть и слезть со стула, не может сама взобраться на кровать. Движения некоординированы: ложкой, чашкой пользоваться не умеет, нуждается в кормлении из рук. Мимика совершенно недифференцирована.

Предоставленная самой себе прыгает на одном месте, кричит, хлопает в ладоши или часами раскачивает туловище из стороны в сторону. При неприятных раздражителях — визгливо плачет, при приятных — громко смеется, наблюдается также и бессмысленный смех. На свое имя не реагирует, внимание привлекается на короткий момент лишь при очень сильных внешних раздражителях; в игрушки не играет, разбрасывает их. В помещении в пределах своей спальни совершенно не ориентируется, самообслуживание отсутствует, абсолютно беспомощна.

Произвольная речь и понимание чужой речи отсутствуют. После двухмесячного отсутствия матери не узнала ее, сопротивлялась, кричала, не хотела идти к ней на руки. Очень прожорлива, часто тянет в рот несъедобные предметы.

Выписана в детский дом Собес'а с диагнозом *«олигофрения в степени идиотии»*.

При анализе этого случая этиологический момент олигофрении можно с большой долей вероятности объяснить попытками к искусственному перерыву беременности, так как ни в наследственности, ни в личном прошлом родителей, ни в протекании эмбрионального периода и родов никаких других патологических моментов не отмечается. За это предположение (а не за психические волнения матери во время беременности, которые до известной степени можно было бы привлечь к объяснению происхождения олигофрении) говорят также

грубые нарушения со стороны центральной нервной системы (носоглазие, отклоняющийся в сторону язык и пр.).

М. В., 5 лет 7 мес. В анамнезе отмечается кровное родство родителей (двоюродные брат и сестра). По линии отца — алкоголизм (отец и дед ребенка), зачатие в момент опьянения отрицается. Мать здорова, по ее боковой и восходящей линиям ничего патологического не отмечается.

Ребенок от 3 беременности, до него два искусственных аборта. Роды в срок, едва успела доехать до родовспомогательного учреждения (когда ехала на извозчике, в промежности показалась головка ребенка). Родился весом в $7\frac{3}{4}$ фунта, головка при рождении была маленькой, родился с заросшими родничками. Первые зубы прорезались на 2 году, ходить начал 3 лет, говорить отдельные слова к концу 4 года.

При исследовании в клинике отмечено: рост соответствует возрасту, окружность черепа — 37 см (для 5—6 лет окружность головы должна быть 50 см). Лицевой череп развит пропорционально туловищу. (Если чем-нибудь закрыть голову испытуемого на уровне надбровных дуг, оставив открытым лицо, то размеры его не будут дисгармонировать со всеми остальными пропорциями туловища и конечностей.) Уши несколько оттопырены, мочки малы; небо высокое, куполообразное; зубы по размерам невелики, поставлены косо, с значительными промежутками. Внутренние органы без отклонений. Глазное дно — N, слух не нарушен. WaR в крови отрицательная. На рентгенограмме обеих кистей определяется задержка окостенения (соответствует 3-летнему возрасту). При неврологическом исследовании ничего патологического не отмечается.

Осанка — питекоидная (обезьяноподобная), ходит несколько расставляя ноги в сторону, почти не отделяя ступни от полу. Движения мешковатые, неуклюжие, порывистые.

Чужую речь (в виде несложных приказаний) понимает; собственный словарь состоит из 15—20 слов (по типу детского лепета). Проявляет некоторый интерес к окружающему: разглядывает картинки, рассматривает себя в зеркале, смотрит с любопытством на вновь поступивших детей. В окружающем не ориентируется: не знает своего места за столом, в спальне; не может самостоятельно перейти из одной комнаты в другую. Навыки самообслуживания отсутствуют, за исключением того, что ест самостоятельно, хватая иногда пищу руками. Мочится и испражняется под себя.

Настроение всегда ровное, бегаёт по комнате, подражает в шалостях другим детям; иногда бывает капризен, плаксив; быстро успокаивается. Радостно встречает родителей на свидании, целует их, прижимается, плачет, когда они уходят. Выделяет также и некоторых лиц из персонала, к которым всякий раз подбегает при их приходе в отделение, берет за руку, прижимается.

За время $4\frac{1}{2}$ -летнего пребывания в клинике дал следующую динамику: прибавил в росте $18\frac{1}{2}$ см (рост все же задержан, соответствует 7 годам), окружность черепа за это время увеличилась всего на 2 см (39 см). Несколько выровнялась походка, движения стали более координированными (принимал некоторое участие в музыкально-двигательных занятиях — маршировал под музыку, бегал, поднимался по шведской стенке, спускаться не научился, отхлопывал ритм). Стал лучше ориентироваться в окружающем: знает свое место в строю, в спальне, в столовой. Научился пользоваться уборной, опрятен за столом. Самостоятельно одевается, моет руки, уши и лицо с мылом; умеет разобрать и застелить свою постель и пр. Различает три цвета (черный, белый, красный). Форму не воспринимает, с вкладками не справляется. В игры детей не включается, один возится со строительным материалом (умеет строить из кубиков лишь один пароход, который возит по полу). Чужую речь понимает несколько лучше; собственный словарь вырос до 40 слов, говорит неотчетливо, плохо артикулируя.

Диагноз: *Олигофрения (микроцефалия) в степени идиотии*. Выписан в учреждение Собес'а для глубоко умственно отсталых детей.

В объяснение этиологии этого случая можно привлечь алкоголизм отца и может быть до некоторой степени кровное родство родителей. Объяснить микроцефалию тем обстоятельством, что роды начались на извозчике, в связи с чем могло быть повреждение головки, нельзя, так как ребенок родился с заросшими родничками, следовательно, развитие его было нарушено в эмбриональном периоде.

В. О., 14 лет 6 мес. В анамнезе: отец ослеп 14 лет, умер, когда девочке было 7 лет, причина смерти неизвестна; мать — слепая, девочку не навещает, а потому точных сведений о ней собрать не удалось. У испытуемой имеется 4 сестры и 2 брата; у двух младших сестер «слабое зрение».

В возрасте одного года испытуемая перенесла какое-то заболевание, сопровождавшееся высокой температурой, потерей сознания, судорогами и последующим параличом обеих нижних конечностей. Через некоторое время родные заметили, что у девочки начинает увеличиваться голова, показали местному (под Ленинградом) врачу, который определил водянку головного мозга.

7 лет девочку поместили в детскую клинику, где было отмечено следующее: рост 96,5 см, окружность головы 54,8 см, вес 20,7 кг; наблюдалось избыточное отложение жира в области живота, груди и плеч. WaR в крови отрицательная, глазное дно — N, слух не нарушен. Повышенные сухожильные рефлексы, двухсторонний симптом Оппенгейма, плохо владеет правой рукой. Походка медленная, неуверенная. В истории болезни того времени отмечается, что больная сравнительно быстро освоилась с жизнью отделения; много рассказывала о себе, о матери, любила читать нотации детям, не переносила шуток над собой, в особенности, когда упоминали об ее полноте. Охотно и прилежно занималась. Капризы были непродолжительными, быстро поддавалась спокойному увещанию. За все годы пребывания в детской клинике красной нитью проходят следующие ее черты характера и особенности поведения: медлительна, размеренна в движениях, аккуратна, эгоистична, склонна к резонерству, длительным поучениям и нотациям в отношении своих сверстников. Ко всяким событиям необходимого характера готовилась долго, торжественно. Стремилась быть в центре внимания, любила выступать перед детьми (читала стихи, что-либо рассказывала), ждала особенной похвалы, поощрения.

За это время применялись следующие лечебные мероприятия: кварцевое освещение, лечение препаратами желез внутренней секреции (тиреоидин), массаж, ванны. Очень медленно, но неуклонно восстанавливались движения в нижних конечностях.

К нам в клинику девочка поступила в возрасте 14 лет. За истекшие 7 лет пребывания в первой клинике рост ее увеличился до 135,6 см (+39,1 см), вес — до 55,7 кг (+35 кг), окружность головы 59 см (+4,2 см). Лицевой скелет по сравнению с черепом выглядит недоразвитым, несколько нависает лоб, глаза глубоко сидят в орбитах; значительные отложения жира на животе и бедрах (Reitusenformen). На рентгенограмме черепа отмечено некоторое увеличение размеров турецкого седла, имеются указания на повышение внутричерепного давления. Зрение не нарушено, глазное дно — N. Слух достаточный, хороший музыкальный слух. WaR в крови отрицательная. Имеются вторичные половые признаки; менструирует с 11 лет, регулярно, необильно. Со стороны внутренних органов никаких патологических отклонений не обнаружено. Со стороны нервной системы отмечается: черепно-мозговые нервы — N; верхние конечности — повышены надкостничные (периостальные) и сухожильные рефлексы, несколько ослаблена мышечная сила (особенно слева); нижние конечности — резко повышены сухожильные рефлексы, симптом Оппенгейма — слева, содружественный справа. Походка спастически-паретическая, передвигается медленно, бегать не может.

Отмечается хорошая натуральная (механическая) память. Она свободно запоминает 9 цифр, через $\frac{1}{2}$ часа повторяет их безошибочно; удерживает в памяти до 46 слогов. В словесно-логических операциях проявляет большую беспомощность; несмотря на семилетнее обучение в клинике не может производить арифметических действий в пределах 2 десятков. Читать и писать умеет, передает прочитанное, не всегда улавливая смысл. Мышление тугоподвижное, детализированное. Круг интересов значительно сужен, какая-либо инициатива отсутствует: предоставленная самой себе часами сидит у своего столика и разбирает, раскладывает свои вещи, аккуратно их расставляет, завертывает в бумагу и т. д. Возложенные на нее поручения исполняет безотказно, точно, до мелочей, крайне медленно, при этом изводит детей нравочениями. В клинике дружит только с девочкой, страдающей гипотиреозом (такая же медлительная, аккуратная, спокойная). Настроение всегда ровное, большого

интереса к окружающему не обнаруживает, любит похвалу, поощрение. В клинике ни к кому особенно не привязалась, к переводу ее в учреждение Собес'а отнеслась почти равнодушно, исключительно беспокоило ее лишь то, сможет ли она уложить все свои вещи и будет ли там такой же отдельный столик, как в клинике.

Диагноз: *Гидроцефалия* после перенесенного в детстве (в возрасте одного года) мозгового заболевания.

Отсутствие достаточных анамнестических данных не позволяет более или менее точно установить характер мозгового заболевания, бывшего в детстве. Имея в виду частоту гидроцефалии на почве врожденного сифилиса, можно было бы предположить эту этиологию и в данном случае, для чего имеются и известные указания в анамнезе: ослепший с 14 лет отец, слепая мать, две сестры со «слабым зрением». Все же мы исключили бы это предположение, исходя из того, что: 1) заболевание развилось остро, сопровождалось потерей сознания, высокой температурой (это не характерно для сифилитического менинго-энцефалита), 2) при неоднократных исследованиях WaR всегда была отрицательной, 3) отсутствие каких-либо симптомов врожденного сифилиса, 4) при отсутствии противосифилитического лечения у нашей больной наблюдалось некоторое улучшение в смысле восстановления функций конечностей. Поэтому скорее всего можно предположить, что водянка головного мозга у нашей испытуемой является осложнением менинго-энцефалита, возникшего в связи с той или иной инфекцией детского возраста.

VIII. ЭНДОКРИНОПАТИИ.

Нарушение функции (дисфункция) желез внутренней секреции в значительной степени отражается на соматическом и психическом развитии растущего организма ребенка, а потому знакомство с эндокринопатиями (заболеванием этих желез) является особенно важным при изучении психопатологии детского возраста.

Опуская подробности, в самых общих чертах проследим основные моменты развития учения о железах внутренней секреции. Термин «внутренняя секреция» впервые употреблен К л о д Б е р н а р о м (1855 г.), высказавшим ту мысль, что железы, наряду с внешними секретами (выделениями), составные элементы которых они извлекают из крови, выделяют также особые так называемые внутренние секреты, отдавая их в качестве собственных специфических продуктов непосредственно в кровь, благодаря чему оказывают влияние и на другие органы. (Клод Бернар в этих высказываниях имел в виду печень.) Дальнейшее развитие взглядов Клод Бернара нашло свое выражение в теоретических обоснованиях и экспериментально-клинических исследованиях Б р о у н - С е к а р а, который в 1889 г. сообщил об опытах с подкожным введением в человеческий организм вытяжки из семенных желез. Эти опыты произволилсь им на самом себе (ему в то время было 72 года), в результате их он мог констатировать у себя необычайное повышение физических и душевных сил.

По предложению Б э й л и с с а и С т а р л и н г а вещество, представляющее собой специфический продукт некоторых желез, выделяемый ими не через посредство выводного протока наружу, а непосредственно в ток крови или лимфы (т. е. внутрь), стали называть *гормонами* (от греческого слова «я побуждаю»). В современном представлении гормон является химическим веществом, выполняющим в построении органов и процессах обмена веществ регули-

рующую и возбуждающую роль. Без гормонов процессы, протекающие в организме под их воздействием, совершенно остановились бы. Таким образом, гормоны в качестве возбудителей лишь влияют на процессы роста и обмена, но ни в какой степени (подобно жирам, белкам, углеводам) не служат сами для построения органов, для поддержания обмена веществ. Чтобы иметь представление о том, какие небольшие количества гормонов необходимы для правильного протекания процессов, сошлемся на опыты Цондека и Рейтера, которые, разводя тироксин (действующее начало щитовидной железы) в пропорции 1 : 1 000 000, при прибавлении его к среде, в которой жили головастики, наблюдали значительное ускорение их метаморфозы (превращение в лягушек).

Гормоны, вырабатываемые различными железами внутренней секреции (точно так же, как и сами железы) находятся в тесной зависимости друг от друга. Эти взаимоотношения могут быть следующими: координированная деятельность, возбуждение и торможение. При удалении одних желез может наблюдаться увеличение или уменьшение объема других желез. Например, при удалении щитовидной железы резко увеличиваются околотитовидные железы, придаток мозга (гипофиз), зобная железа. Несмотря на многочисленные исследования, все же и до настоящего времени вопрос о взаимоотношении целого ряда желез внутренней секреции не является точно установленным.

Влияние желез внутренней секреции на вегетативную нервную систему и в свою очередь влияние вегетативной нервной системы на эндокринные (с внутренней секрецией) железы является несомненным, но все же и в этом вопросе пока еще нет достаточной ясности. Считается более или менее установленным, что некоторые железы действуют в одном и том же направлении (но не с одинаковой силой) на симпатический нерв, обуславливая его возбуждение, другие железы влияют на него тормозящим образом или же возбуждают блуждающий нерв. Что касается влияния вегетативной нервной системы на железы внутренней секреции, то оно может сказаться по-разному: при повреждении нервов вегетативной системы, непосредственно иннервирующих железу, наблюдается перерождение ее железистых элементов, при возбуждении или торможении нервов соответственно этому наблюдается увеличение или понижение секрета железы.

При описании дисфункции отдельных желез внутренней секреции будет яснее виден тот ущерб, который при этом наносится организму. К описанию этих расстройств мы и переходим.

Дисфункция щитовидной железы.

Кретинизм. Характерные симптомы болезни были описаны задолго до того, как была установлена связь заболевания с недостаточной деятельностью, выпадением функции щитовидной железы, а потому этимологическое значение термина для настоящего времени

остается не выясненным.¹ Принято различать кретинизм эндемический (зобная болезнь) от спорадического кретинизма (врожденная и инфантильная микседема). (Рис. 24 и 25.)

Эндемический кретинизм связан с определенными местностями (у нас встречается в Закавказье, на Алтае, Урале). Этиология его не выяснена, но все же с большой долей вероятности можно предположить, что вредное начало, вызывающее зобатость, проникает в организм с питьевой водой. Что касается сущности самого вредного начала, вызывающего зоб, то сколько-нибудь определенных данных в этом отношении еще не имеется (одни ставят эндемический кретинизм в связь с инфекцией, другие, что более вероятно, — с недостаточным содержанием иода в питьевой воде). Исходя из последнего предположения, в местностях Швейцарии, где распространен эндемический кретинизм, школьники с профилактической целью получают



Рис. 24. Эндемический кретинизм.
Группа больных кретинов (без зоба).



Рис. 25. Эндемический кретинизм. Кретин без зоба с резкими явлениями микседематозного отека.

небольшие дозы иода. По своим клиническим симптомам эндемический кретинизм сближается с спорадическим.

Спорадический кретинизм может встречаться в любой местности: у детей он бывает или врожденным (врожденное отсутствие щитовидной железы), или приобретенным в первые годы жизни ребенка (разрушается нормально заложенная железа).² Разрушение щито-

¹ Термин «кретин» производят от романского *cretina* — жалкое существо или *creti* — мел, в виду связи с известковой водой и почвой, а может быть в связи с бледным лицом больных; возможно также от романского *cretino* — дурак, или немецкого *Kröte* — жаба, символ уродства.

² В тех случаях, когда понижение функции щитовидной железы развивается в более позднем возрасте (у детей первого школьного возраста, подростков, чаще же у взрослых), говорят о *микседеме*. Со стороны соматической микседема дает в основных чертах ту же клиническую картину, которая наблюдается при кретинизме. Со стороны психики отмечается общая вялость (в тяжелых случаях — резко выраженная депрессия), замедление психических процессов, повышенная утомляемость, ослабление натуральной (механической) памяти. В легких случаях отмечается лишь некоторая общая вялость, апатичность, медлительность, которые обычно не препятствуют обучению ребенка в массовой

видной железы зависит от самых разнообразных причин: сифилис, алкоголизм родителей, инфекционные болезни и пр.

Внешний вид кретинизма весьма характерен: брахицефалическая форма черепа, относительно большого по размерам; одутловатое лицо, верхняя половина которого шире нижней, запавший корень носа (расстройство роста клиновидной кости черепа), добавочное веко, толстые губы, толстый мясистый язык, торчащий между зубами («язык на улице»), редко поставленные зубы, бедные дентином, с большой склонностью к кариесу (костоеде, гниению).

(Рис. 26, 27, 28 и 29.) Цвет лица бледный, желтоватобледный, серый, иногда с синюшным оттенком. Волосы на голове редкие, щитовидная железа не прощупывается (зобатости не бывает). Кожа отечна, тестообразна на ощупь, при надавливании на нее углубления не оставляет. Отмечается крайняя сухость кожи, что зависит от полнейшего прекращения потоотделения, которое не вызывается обычными потогонными средствами. Отечность кожи объясняется скоплением муциноподобного (слизистого) вещества. Отеки обыкновенно скопляются на лице (отсюда узкие глазные щели), на шее (укороченная шея), на груди, конечностях, особенно на предплечьях, кистях, голени (пальцы грубые и толстые, форма руки напоминает лапу). Отеки могут распространяться и на слизистые оболочки (при отеках гортани — низкий, хриплый голос). Вздутый живот, довольно часто пупочная грыжа. Половые органы недоразвиты. Половое влечение резко понижено. Рост сильно задержан (карлики), трубчатые кости укорочены; широкие, короткие пальцы рук и ног. Большой родничок закрывается крайне поздно (может быть открыт даже на 20 году жизни — Цондек); замедление окостенения хрящей, что при лечении дает возможность

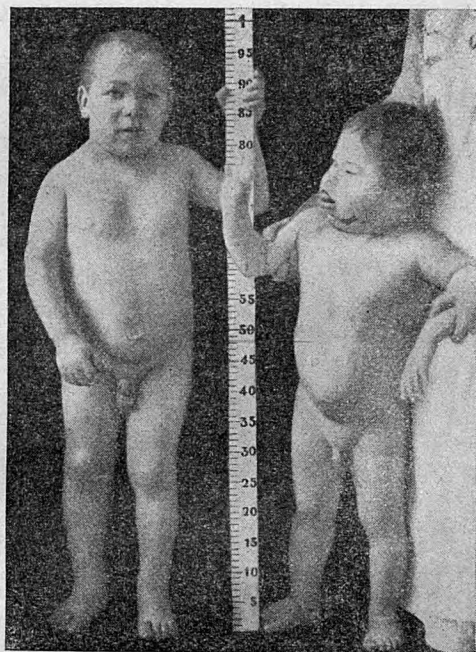


Рис. 26. Спорадический кретинизм. Справа 12-летний мальчик, не подвергавшийся лечению; слева его сверстник (12 лет), подвергшийся три года назад лечению тиреоидином и оперативному вмешательству — пересадка щитовидной железы.

школе. В подавляющем проценте случаев этиология микседемы бывает связана с различными инфекциями. Лечение — хирургическое (пересадка железы), чаще же медикаментозное (прием внутрь препарата щитовидной железы — тиреоидина).

роста даже тогда, когда у нормального человека он совершенно невозможен (например, после 40 лет).

В зависимости от степени выраженности соматических симптомов отличают полных кретинотрофов, полукретинотрофов и кретинотрофов или кретинотрофных. Соответственно этому обыкновенно бывает выражено и психическое недоразвитие: от тяжелой идиотии до легких степеней дебильности. Больные вялы, апатичны, сонливы, малоподвижны, добродушны, незлобивы, уступчивы; легко привязываются к окружающим, любят внешний порядок, чистоту, протестуют против их нарушения. Сравнительно легко выучиваются самообслу-



Рис. 27. Кретин 9 $\frac{1}{2}$ лет, не подвергавшийся лечению.

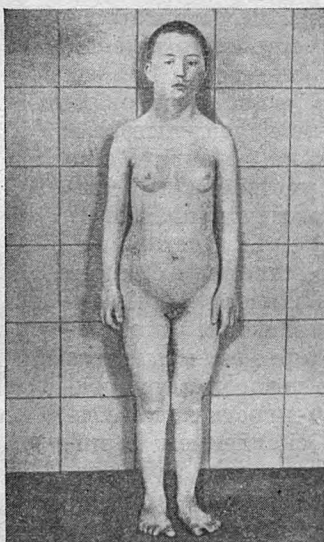


Рис. 28. Кретин 8 лет. (Описание его см. на стр. 128.)

живанию, занимаются несложной работой. В движениях нерасторопны, неуклюжи, мешковаты; мимика и жестикуляция почти совершенно отсутствуют. Речь часто неплохо развита, но нередко все же в ней отмечаются неправильности произношения, аграмматизм.

Предсказание зависит от того, когда начато лечение и как оно проводилось; в нелеченных случаях течение принимает стационарный характер.

Лечение — препарат щитовидной железы (тиреоидин). Лечение должно быть более или менее постоянным, с весьма короткими перерывами. В отдельных случаях тиреоидин не помогает (повидимому, в тех, где речь идет о множественном расстройстве желез и где кретинотрофные явления встречаются лишь как один из симптомов этого расстройства); в других случаях приходится иметь дело с явлениями тиреотоксикоза (отравление, невыносимость к препарату щитовидной

железы), что сказывается увеличением отеков, нарушением сердечной деятельности, головокружением, головными болями, поносами, дрожанием; у девочек, кроме того, наблюдается расстройство менструаций, тянущие боли внизу живота и пр. Иногда одновременное назначение инъекций мышьяка купирует эти симптомы, при нарастании тиреотоксикоза — отказ от лечения тиреоидином. Результаты лечения сказываются в исчезновении отечности, росте, оживлении настроения, пробуждении полового влечения, в улучшении интеллектуальных процессов. Наряду с лечением обязательна и большая педагогическая воспитательная работа, которая должна помочь ребенку нагнать в развитии сверстников.

Базедова болезнь. Болезнь, являющаяся следствием повышения функции щитовидной железы, получила свое название по фамилии автора (К а р л Б а з е д о в), ее описавшего. Базедова болезнь встречается преимущественно в среднем возрасте (чаще у женщин); изредка наблюдается она и у детей, обычно начинаясь тогда в первом школьном, чаще же в пубертатном возрасте. Причинными (этиологическими) моментами Базедовой болезни считают инфекционные заболевания (грипп, тифы, воспаление легких и т. д.), а также тяжелые психические переживания. Эти последние, в виде резко пережитого ужаса, длительных неприятных волнений, постоянных тревог и опасений, по свидетельству многих авторов, являются наиболее частой причиной Базедовой болезни.

Симптомы болезни складываются в следующую весьма характерную клиническую картину: щитовидная железа увеличена (зоб), глазные щели значительно расширены, крайне редкое мигание (симптом Ш т е л ь в а г а), глаза выступают из орбит (пучеглазие, «ракообразные глаза»), часто наблюдается своеобразный, необычный блеск глаз (при фиксации глаз получается впечатление гневного взгляда). Скелет стройный (у детей усиленный рост в длину), кости тонкие, пальцы длинные, часто с заостренной ногтевой фалангой. Кожа влажная, тонкая, прозрачная, с просвечивающими на ней сосудами. Усиленная потливость, резкая игра вазомоторов (быстрое покраснение, побледнение), постоянное ощущение чувства жара. Пульс учащенный, нередко напряженный, скачущий, порой неправильный. Мелкое дрожание всего тела, особенно заметное в кистях и пальцах вытянутых вперед рук. Сон тревожный, беспокойный, нередко бессонница.

Со стороны психики отмечаются частые колебания настроения, все же в основном преобладает приподнятый, веселый, жизне-

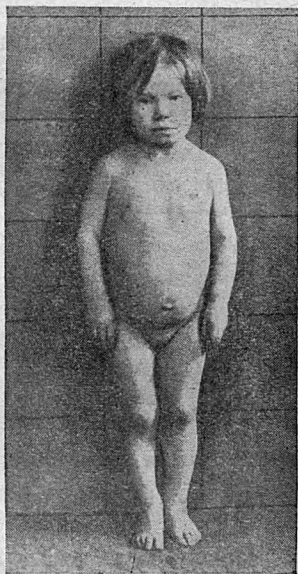


Рис. 29. Кретинка, 15 лет.
(Описание см. на стр. 129).

радостный (несколько маниакальный) тон. Сравнительно часто наблюдаются приступы немотивированного страха, иногда тяжелой тоски. Повышенная раздражительность, легкая утомляемость, быстрая истощаемость внимания — дополняют картину психических изменений при Базедовой болезни. Интеллект обычно не страдает.¹

Течение длительное, с колебаниями в сторону некоторого улучшения, временной приостановки болезни.

Лечение антипиреоидином, электризация, хирургическое удаление щитовидной железы и т. д. в целом ряде случаев дает очень хорошие результаты.²

Дисфункция придатка мозга (гипофиза).

В зависимости от того, какая доля придатка мозга (гипофиза) оказывается пораженной, клинические симптомы будут неодинаковыми.

В ориентировке в различных заболеваниях гипофиза может помочь следующая схема:

I. Заболевания передней доли:

- а) при понижении функции — карликовый рост,
- б) при повышении функции — акромегалия, гигантизм.

II. Заболевания задней и средней доли:

- а) при понижении функции — адипово-генитальная дистрофия,
- б) при понижении функции средней доли — несахарное мочеизнурение.

III. Полное выпадение гипофиза:

- а) у взрослых — гипофизарная кахексия (истощение),
- б) у детей — карликовый рост с гипофизарным ожирением.

Рассмотрим здесь наиболее часто встречающиеся в детском возрасте расстройства гипофиза.

Н а н и з м (карликовый рост). По выражению Мейж, гипофизарные карлики — те же нормальные люди, но только рассматриваемые «в перевернутый бинокль». Это замечание правильно в том отношении, что гипофизарные карлики пропорционально сложены; различные сегменты конечностей по своим размерам сохраняют нормальные соотношения (плечо, бедро длиннее предплечья, голени). Рост обыкновенно сильно задержан (во взрослом состоянии не превышает 130 см, нередко бывает и значительно меньшим — 100—110 см), но все же полностью не прекращается, давая по годам крайне незначительную прибавку; в предпубертатном возрасте рост пол-

¹ Когда соматические и психические симптомы нерезко выражены, для обозначения клинической картины употребляют термин «базедовоид».

² Описание дисфункции паращитовидных желез мы даем в главе «Эпилептиформные состояния и реакции». Делаем мы это исключительно из соображений учебного характера: пока слушатели не познакомились с эпилепсией, для них будут не совсем ясны симптомы ларингоспазма, эклампсии и тетании и их дифференциально-диагностические отличия от эпилепсии и эпилептиформных состояний и реакций.

ностью приостанавливается. В значительном проценте случаев наблюдается запаздывание прорезывания зубов и их смены (иногда смена зубов еще не происходит в 15—20 лет). Большинство наблюдений говорит о сравнительно редко встречающихся у карликов кариозных (гнилых) зубах. Запаздывания начала ходьбы и речи, как правило, не отмечается. Половые органы недоразвиты, часто яички не спущены в мошонку (крипторхизм), менструации появляются с большим запозданием, иногда и вовсе отсутствуют. В большинстве случаев и мужчины и женщины неспособны к произведению потомства. В единичных случаях у карлиц все же могут быть дети (при условии, если ребенок не крупный, роды происходят нормально).

Лицо — широкое, основание носа несколько сдавленное, как бы седловидное; нос по размерам не велик. Нижняя челюсть и подбородок маленькие. Кожа большей частью уклонений не представляет (она не морщиниста, не суха, не утолщена, как это наблюдается при кретинизме), морщины и оттенки окраски кожи вполне отражают следы того или иного возраста. Волосы на голове часто очень густые; на лобке, в подмышечных впадинах отсутствуют, у взрослых карликов нет ни усов, ни бороды. Ногти без особых отклонений (см. рис. 34).¹

Голос по тембру низкий, иногда визгливый, крикливый, пронзительный. Интеллектуальное развитие обычно больших уклонений от нормы не представляет (в отдельных случаях наблюдается легкая степень дебильности). Независимо от того, когда наступила задержка роста (в зародышевой жизни, в детстве, в предпубертатном возрасте), карлики в интеллектуальном отношении продолжают развиваться так же, как и их нормальные сверстники. Наблюдаемые в ряде случаев особенности характера (озлобленность, недоверчивость, подозрительность, скрытность, угрюмость, раздражительность и т. п.) являются вторичными образованиями, как известная реакция на сознание собственной неполноценности, уродства.

Причинами нанизма считают различные токсикозы (алкоголизм, свинец и т. д.) и инфекционные заболевания, из которых на первом месте стоит сифилис.

Лечение нанизма до настоящего времени сколько-нибудь существенных результатов не дает; лишь в отдельных случаях впрыскивание экстракта из передней доли гипофиза дает некоторое увеличение роста.

А к р о м е г а л и я и г и г а н т и з м. При повышении функции передней доли гипофиза наблюдаются акромегалия и гигантизм.

При акромегалии отмечается усиленный рост концевых частей, выдающихся частей туловища, поэтому **М а р и**, впервые описавший это заболевание в 1886 г., и предложил для него такое название (акра — вершина, окончание, и мегос — большой).

Внешний вид акромегаликов весьма характерен: большой тол-

¹ В случаях полного выпадения функции гипофиза, при общей задержке роста, у карликов отмечается также и ожирение: жир распределяется на животе, лобке, бедрах и ягодицах.

стый нос, резко выдающиеся надбровные дуги и скуловые кости, выступающая вперед нижняя челюсть (из-за увеличения размеров нижней челюсти зубы раздвигаются, между ними образуются большие промежутки), мясистый толстый язык, как бы припухшие губы, резко увеличенные размеры кистей и стоп. В отношении увеличения рук Мари различает две формы: при одной из них кисть увеличивается в длину, при другой — в ширину, принимая вид лапы (ни при той, ни при другой формах размеры костей плеча и предплечья не увеличиваются). Кожа часто бывает сильно утолщена, с трудом подымается в складки. Наружные части половых органов иногда увеличиваются в размерах. Волосы на голове, в подмышечных впадинах, на лобке редеют, выпадают.

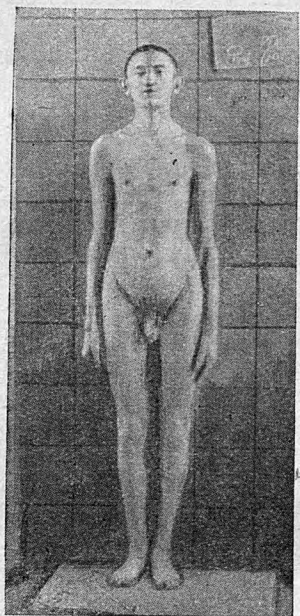


Рис. 30. Гигантизм.

Со стороны психики наблюдаются расстройства внимания (легкая истощаемость, нераспределенность), памяти (ослабление натуральной памяти), понижение инициативы, сужение круга интересов, безразличность, безучастие, апатичность, вялость. Интересно то, что больные сравнительно мало страдают от своего обезображенного вида, а потому вторичных изменений характера, связанных с чувством собственной неполноценности, обыкновенно не отмечается.

У детей акромегалия встречается нечасто. Причинами ее могут быть как врожденная неполноценность зачатка (о семейном распространении акромегалии сообщает ряд авторов), так чаще разнообразные по происхождению опухоли гипофиза. В этих последних случаях (в особенности тяжелых из них) к описанным симптомам добавляются: головные боли, эпилептиформные судороги, особый вид расстройства зрения (битемпоральная гемианопсия).

Дальнейшее течение болезни зависит от роста опухоли.

С точки зрения предсказания случаи акромегалии можно разделить на две группы: тяжелые, угрожающие жизни больного (со стороны самой опухоли или в зависимости от общего истощения), и случаи, в которых угрожающих симптомов для жизни нет, течение болезни крайне медленное.

При распознавании помогает рентгенограмма черепа: вследствие давления увеличенного гипофиза в той или иной степени изменяется конфигурация турецкого седла.

При доброкачественных, медленно растущих опухолях применяется лишь общеукрепляющее лечение; при быстро растущих или злокачественных опухолях прибегают к хирургическому уда-

лению опухоли (при этой операции наблюдается значительный процент смертности).

При г и г а н т и з м е отмечается избыточный рост всего организма, а не отдельных выдающихся частей туловища, как это наблюдается при акромегалии. Большинство современных авторов считает, что значительный процент великанов становится впоследствии акромегаликами (рис. 30).

Со стороны психики при гигантизме отмечаются: неустойчивость настроения, повышение эмоциональной возбудимости, недостаточная активность и пр. Сравнительно часто встречаются вторичные изме-

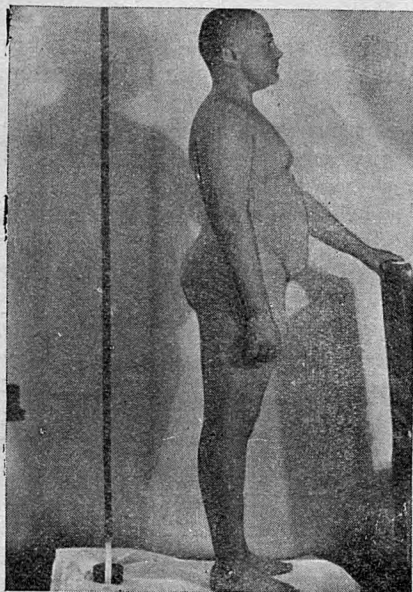


Рис. 31. Адипозо-генитальная дистрофия. Мальчику 16 лет.

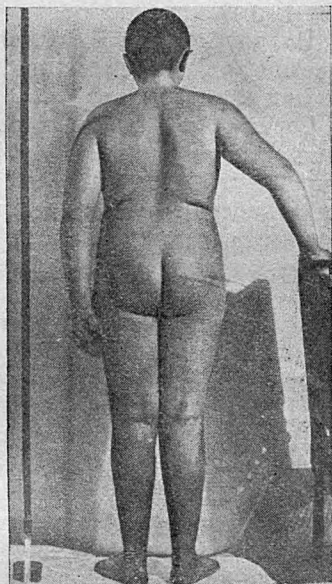


Рис. 32. Адипозо-генитальная дистрофия. (Описание см. на стр. 130).

нения характера, стоящие в связи с чувством собственной неполноценности из-за аномалии роста: стеснительность, замкнутость, отгороженность от сверстников (чувствуют себя лучше со взрослыми), раздражительность, капризность и т. д. Наряду с полноценным интеллектом, нередки случаи интеллектуальной недостаточности (легкая степень дебильности).

А д и п о з о - г е н и т а л ь н а я д и с т р о ф и я. Основными соматическими симптомами этого расстройства, зависящего от понижения функции средней и задней долей гипофиза, являются ожирение и недоразвитие (в случаях их сформирования — атрофия) половых желез, а также задержка развития половых органов.

Распределение жира очень типично: в области грудных желез,

на спине, нижней части живота, на лобке, ягодицах и на бедрах. Подобное распределение жира особенно бросается в глаза у мальчиков, так как по фигуре они становятся похожими на женщин. Кожа белая, нежная, сухая, прохладная. Половой член, мошонка у мальчиков недоразвиты, у девочек определяется инфантильная матка, полное отсутствие или крайне позднее наступление менструаций. Волосы на лобке и подмышками часто отсутствуют (Периц указывает на то, что приблизительно в 10% его случаев были волосы на лобке); рост волос на голове часто также нарушен: редкие волосы, выпадение их (рис. 31 и 32).

Если заболевание началось в раннем детском возрасте, то отмечается задержка роста.

Из добавочных симптомов иногда наблюдаются головные боли, чувство давления в голове, общая слабость, быстрая утомляемость, повышенная сонливость.

Со стороны психики отмечаются апатичность, вялость, инертность, безразличие (в отдельных случаях — повышенное приподнятое настроение, эйфория). В ряде случаев интеллект недоразвит (дебилность), чаще встречается нарушение отдельных функций: недостаточная натуральная память, рассеянное, неустойчивое, легко истощающееся внимание, замедленность, некоторая тугоподвижность мышления и т. д.

Этиология адипозо-генитальной дистрофии многообразна. Дистрофия развивается в результате опухолей гипофиза, очень часто в связи с поражением гипофиза сифилисом, после менингитов и менингоэнцефалитов различной этиологии, эпидемического энцефалита и т. д.

Течение зависит от причины, обусловившей дистрофию (при условии доброкачественности вызвавшей причины оно длительное, симптомы расстройств становятся более или менее стационарными). В зависимости от этиологического момента применяется то или иное лечение: хирургическое вмешательство, рентгенизация, лечение тиреоидином, противосифилитическое лечение и т. д.

Эпифизарные расстройства. При понижении функции эпифиза (шишковидной железы), которая бывает обычно обусловлена той или иной его опухолью, основные симптомы сводятся к следующему: усиленный рост организма и преждевременное половое созревание (pubertas praecox). Pubertas praecox сказывается в чрезвычайно раннем появлении первичных и вторичных половых признаков. У мальчиков наблюдается рост волос на верхней губе, подбородке, в подмышечных впадинах, на лобке; половой орган и мошонка часто достигают размеров, свойственных взрослому мужчине, раннее проявление полового влечения, онанизма и т. д. У девочек также отмечается раннее появление волос на лобке и подмышками, менструаций (последние наступают иногда в возрасте 5—6 лет), увеличение грудных желез. Как у мальчиков, так и у девочек голос грубый, часто плохо модулированный (рис. 33, 34).

В некоторых случаях наблюдается преждевременное интеллектуальное созревание, сравнительно чаще встречается отсталость в развитии (глубокая степень идиотии), что стоит в связи с водянкой головного мозга.

Течение в зависимости от характера опухоли: то более длительное, то сравнительно короткое. Предсказание всегда неблагоприятно. Лечение результатов не дает.

Дисфункция зобной железы. Внутрисекреторная роль этой железы до настоящего времени еще не является окончательно уста-

новленной, поэтому лишь предположительно считают ее участие в регуляции кальциевого обмена и процессов роста.

Как правило, атрофия зобной железы при жизни не распознается, обыкновенно ее атрофия констатируется лишь на вскрытии, при этом чаще всего у детей, умерших при явлениях резкого упадка питания (врожденный сифилис, туберкулез, бронхопневмония). Полное отсутствие зобной железы также иногда находят у глубоко слабоумных эпилептиков и идиотов, у которых при жизни нередко отмечаются задержанный рост, одутловатость, недоразвитие половых органов, слабость мышц, хрупкость костей.



Рис. 33. Раннее половое развитие — pubertas praecox. Описание случая см. на стр. 131; мальчику при фотографировании было около 4 лет.

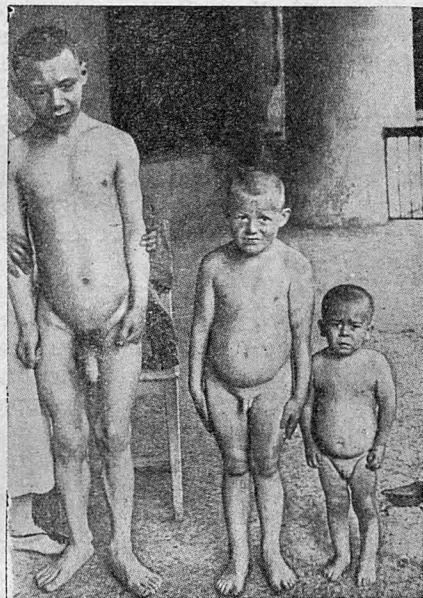


Рис. 34. Все трое больных в возрасте 8 лет. Наиболее высокий наш больной (см. рис. 33), самый низкий по росту — мальчик с явлениями нанизма (карликовый рост), средний — нормальный по росту олигофрен. (Из детской психиатрической колонии в Ленинграде.)

При гипертрофии зобной железы (в норме она атрофируется к 7 годам, являясь таким образом исключительно железой детского возраста) наблюдаются следующие симптомы: усиленный рост в длину, молочно-белые зубы, с тонкими, прозрачными, легко стачивающимися, краями, бледная, несколько пастозная кожа, увеличение лимфатического аппарата (преимущественно носоглотки), узость артериальной системы (особенно аорты), некоторое недоразвитие половых органов и желез.

В интеллектуальном развитии каких-либо отклонений не отмечается. Сравнительно часто наблюдаются повышенная возбудимость, раздражительность, легкая истощаемость, утомляемость, неустойчивость настроения и т. д. С течением времени подобные явления сглаживаются, представляя собой в таких случаях лишь известную задержку развития; в ряде же случаев сохраняются и в последующие периоды жизни.

Дисфункция половых желез.

Е в н у х о и д и з м. Термин «евнухоидизм» применяют по отношению к лицам, имеющим облик «евнухов» (кастратов), но отличающихся тем, что у них половые железы не удалены, а являются лишь значительно недоразвитыми. В связи с выпадением функции половых желез при евнухоидизме наблюдаются следующие симптомы: недостаточное развитие половых желез (у мальчиков яички небольших размеров, часто не спущены в мошонку, половой орган резко недоразвит, у девочек — инфантильная матка, длительно запаздывает время наступления менструаций, отсутствие вторичных половых признаков (при этом рост волос на голове не нарушен), детская форма таза, чрезмерная длина конечностей. В ряде случаев отмечается избыточное отложение жира: иногда по тому типу, как это наблюдается у особенно упитанных детей, иногда по типу «рейтуз» (Reitusenformen — жир на животе, лобке, ягодицах, бедрах). В отдельных случаях сохранена зубная железа.

Гортань недоразвита, голос слабый, иногда несколько визгливый, крикливый.

Интеллектуальная деятельность не нарушена. Часто наблюдаются известная вялость, апатичность, некоторая инертность, безразличие, сужение круга интересов, иногда раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, неустойчивость настроения.

Евнухоидизм может быть врожденным (в этом случае причины его недостаточно ясны) и приобретенным: различные инфекционные заболевания (свинка, брюшной тиф, туберкулез и т. д.), вызывающие воспалительные изменения в половых железах с последующей их атрофией, травма половых желез и пр.

У детей врожденный евнухоидизм может иногда носить временный характер: с возрастом симптомы его значительно сглаживаются; в большинстве же случаев симптомы евнухоидизма остаются на всю жизнь.

Лечение препаратами желез внутренней секреции (орхикрин, спермокрин, спермин и т. д.) больших результатов не дает; точно так же остается безрезультатной хирургическая пересадка половых желез животных.

Г и п о г е н и т а л и з м. В тех случаях, когда функция половых желез полностью не выпадает, говорят о гипогенитализме. При гипогенитализме наблюдаются: преобладание нижней половины тела (от подошв до лобкового сочленения) над верхней, почти равные соотношения ширины плеч и ширины таза (у мальчиков женский тип таза), недоразвитие половых органов, избирательное отложение жира (на груди, животе, лобке, ягодицах, бедрах), синюшность конечностей, мраморность кожи и т. д.

Со стороны психики отмечаются: неустойчивое настроение, неспособность к длительным эмоциональным и волевым усилиям, замедленный психический темп, отсутствие инициативы. В связи с недостаточностью моторики (неуклюжесть, мешковатость, нерасторопность, медлительность и т. д.), из-за которой эти дети под-

вергаются насмешкам товарищей, развивается чувство собственной неполноценности, сказывающееся в застенчивости, робости, трусливости, раздражительности, капризности и т. п. Интеллектуальное развитие особых отклонений не представляет.

Серейский и Крылова, изучавшие соматопсихический симптом гипогенитализма, считают, что описанные выше особенности являются лишь фазой в развитии ребенка, с возрастом они значительно сглаживаются и в дальнейшем дети развиваются более гармонично, приближаясь к нормальным сверстникам. Обычно такое выравнивание наступает в пубертатном возрасте или несколько позднее.

Причины гипогенитализма до настоящего времени точно не выяснены. Лечение препаратами желез внутренней секреции дает более эффективные результаты, чем при евнухоидизме.

Дисфункция надпочечников. У детей при поражении надпочечных желез и повышении функции их коркового вещества наблюдается преждевременное половое созревание. Подобная дисфункция надпочечников чаще встречается у девочек (обыкновенно в возрасте между 3 и 12 годами). Сказывается она у них чрезмерным развитием волосатости (по мужскому типу) на лице и туловище; в дальнейшем к этому присоединяется ожирение в области шеи, груди, живота. Половые органы достигают значительных размеров (клитор настолько увеличивается, что по своим размерам напоминает мужской половой член), часто наблюдается раннее появление менструаций. Костяк, мускулатура грубеют; рост не задержан. Своим внешним видом эти больные напоминают мужчин, отсюда и название этого симптомокомплекса вирилизм (от *vir* — мужчина, т. е. как бы превращение женщины в мужчину). Другое его название — гирсутизм (косматый рост волос).

У мальчиков при повышении функции коркового вещества надпочечников наблюдаются умеренно-высокий рост, значительное развитие мускулатуры, резкое увеличение половых органов (*masco-genitosomia praecox*). Иногда отмечается пигментация на коже лба, подмышками, на предплечьях. До известной степени характерны их зубы: желтые, коричневые; длинные, острые клыки.

Как у девочек, так и у мальчиков со стороны психики вначале отмечается несколько повышенная раздражительность, легкая возбудимость, неустойчивость настроения; в дальнейшем апатичность, вялость, заторможенность, подавленность и т. д.

Причинами описанной дисфункции являются различные инфекционные заболевания (скарлатина, дифтерит, туберкулез и т. д.), обуславливающие повреждение надпочечников с гиперплазией (чрезмерным развитием) их ткани, а также опухоли.

Синдром острой недостаточности функции надпочечников сказывается в следующем: ребенок становится вялым, апатичным, легко устает при незначительном физическом напряжении, быстро раздражается. Тонус мускулатуры понижен, кровяное давление резко падает. Нередко отмечаются рвота, поносы (иногда запоры), вздутие живота, боли в нем. В целом ряде случаев встречается сыпь, напоминающая собою сыпь при скарлатине, кори. Иногда появляются головные боли, сведение затылка, бред, спутанное состояние сознания.

Встречается этот синдром при кровоизлиянии в надпочечники, при поражении их туберкулезом, а также в связи с другими инфекционными заболеваниями.

Предсказание при нем часто неблагоприятно (смертельный исход); лечение проводится путем подкожных инъекций адреналина (препарат из надпочечников) и назначения средств, поднимающих сердечную деятельность.¹

Плюриглангулярные расстройства. Болезнь Дауна — относится к числу множественных расстройств (плюриглангулярное) желез внутренней секреции. Большинство авторов склоняется к тому мнению, что при этой форме на фоне общей задержки развития, связанной с неполноценностью зародышевой плазмы, отмечается своеобразная комбинация дисфункции щитовидной и половых желез.²

Внешний вид этих больных бывает настолько характерным, что обыкновенно дети разных стран по своему облику почти не отличимы друг от друга: шарообразная головка, иногда с несколько уплощенным затылком, широкое переносье, широко расставленные глаза с суженными глазными щелями, складка на верхнем веке, образующая как бы третье, добавочное веко. В силу того, что нос невелик и слегка приплюснут, лицо имеет плоскую форму; слегка красноватые щеки и кончик носа (лицо паяца, клоуна), несколько полуоткрытый рот, язык, исчерченный резкими бороздами; зубы, бедные дентином, иногда редко расставленные. Пальцы (особенно большие) на руках и ногах укорочены, рост несколько задержан. Пониженный тонус мышц, разболтанность в суставах послужили причиной того, что их называют «резиновые дети». В отдельных случаях отмечаются пупочная грыжа, крипторхизм (задержка яичек в мошонке). Все описанные симптомы констатируются с момента рождения ребенка (рис. 35, 36, 37 и 38).

В психическом отношении больные часто глубоко недоразвиты (идиотия), но встречаются и более легкие случаи недоразвития. Психика их крайне характерна: живые, добродушные, приветливые, ласковые, они находятся в постоянно несколько приподнятом настроении. Особенно интересна их подражательность; без понимания значения они очень часто проделывают сложные действия. Выразительные движения (мимика, жестикуляция), защитные и автоматические движения у них сравнительно хорошо развиты, высшая (фронтальная) моторика — недоразвита.

Серейский выделяет два подвида этой формы болезни. Первый подвид — с недостаточной функцией щитовидной железы (сильная отсталость в росте, толстая сухая кожа, одутловатое лицо, пупочная

¹ На болезни Аддисона, являющейся результатом аплазии надпочечников, понижением функции их мозгового вещества, мы не останавливаемся, так как эта болезнь у детей совершенно не встречается, у подростков же бывает в виде редкого исключения.

² Болезнь описана англичанином Дауном в 1866 г. под весьма неудачным названием «монголизм». Так как термин ни в какой степени не передает клинических особенностей этого заболевания, то, исходя из того, что при этой форме наблюдается неполноценность зародышевой плазмы, некоторые авторы предлагают взамен его другое название — «эмбриодия». Пока этот новый термин не приобрел прав гражданства в психиатрии, мы будем называть эту форму заболевания — болезнью Дауна.

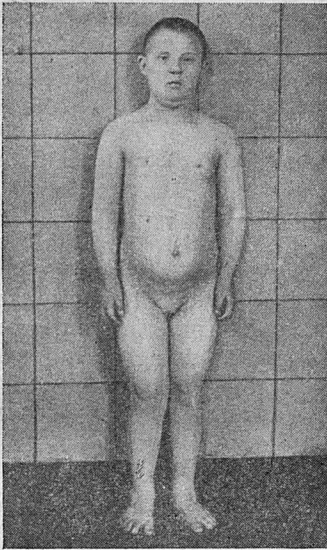


Рис. 35. Болезнь Дауна.

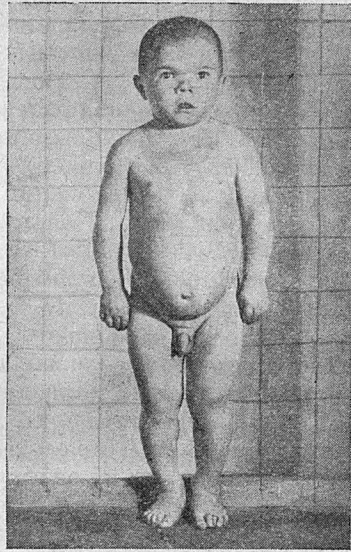


Рис. 36. Болезнь Дауна.

(Рис. 36 приводится для сравнения с предыдущим, чтобы показать, как по внешнему виду эти дети похожи один на другого.)

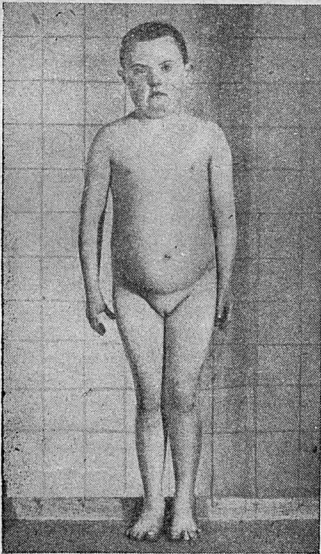


Рис. 37. Болезнь Дауна.
(Хорошо выражена окраска
кожи лица и мраморность
кожи на конечностях.)

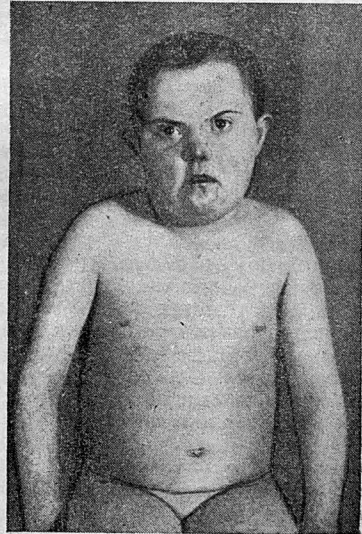


Рис. 38. Увеличенная фотогра-
фия той же больной, что и на
рис. 37.

грыжа), психика их соответствует только что нами описанной; второй подвид — с преобладанием гипогенитальных признаков (крипторхизм, резкая синюшность конечностей, задержка периода полового созревания, наступления вторичных половых признаков и пр.). Этот более редкий подвид болезни характеризуется вялостью, заторможенностью, безразличным настроением и пр.

И тот и другой подвиды обыкновенно недолговечны, погибают от инфекционных заболеваний, среди которых первое место принадлежит туберкулезу. (По данным Хилла — Hill — до 25 лет доживают только 9,4%.)

Если конечной причиной болезни Дауна считать п्लीригландулярное расстройство, то те факторы, которые обуславливают это расстройство, до настоящего времени точно еще не определены. Надо полагать, что разнообразные факторы, вызывая поражения зародышевой плазмы, приводят также и к расстройствам, заболеваниям эндокринного аппарата. Из этих факторов на одном из видных мест стоят алкоголизм и в особенности сифилис родителей.

Лечение препаратами эндокринных желез (щитовидная, половая), трансплантация (пересадка) желез ощутимого эффекта не дают. Акцент ставится на педагогической — воспитательной работе, цели которой определяются степенью психического недоразвития ребенка.

Чтобы яснее представить себе клиническую картину, наблюдающуюся при дисфункции отдельных желез, дополним ее описанием некоторых случаев.

Ж. О., 8 лет. По восходящей и боковым линиям отца и матери патологического отягощения не отмечается, оба родителя — здоровы. У матери 2 беременности, кончившиеся срочными родами. Сестра испытуемого (старше его на 2 года) физически и психически развивается правильно.

Беременность Жены протекала тяжело: до 5 месяцев у матери была часто повторяющаяся рвота; в течение всей беременности наблюдались неоднократные длительные обморочные состояния. Роды «сухие» (раннее отхождение околоплодной жидкости), родился в глубокой асфиксии, вокруг шеи была обернута пуповина. Вес при рождении 4 кг, рост 62 см. Первые зубы — в 1 год 9 мес., ходить начал на 3 году, отдельные слова начал произносить в 4 года (в 5 лет произносил всего четыре слова).

На втором году родители впервые обратили внимание на задержку физического развития мальчика (позднее прорезывание зубов, недостаточный рост, отсутствие речи) и его чрезвычайную полноту. Местным врачом, которому был показан ребенок, поставлен диагноз «рахит»; на этом родители успокоились. Жена рос тихим, малоподвижным, в игрушки не играл; близких узнавал, улыбался им, посторонних боялся, плакал при их приближении. Навыков самообслуживания до поступления к нам в клинику не имел.

Впервые ребенок был принят в клинику в возрасте около 5 лет, пробыв в течение 3 месяцев, в дальнейшем лечился амбулаторно и в возрасте 8 лет был снова принят на стационарное лечение. Описывать подробно его внешний вид мы не будем, так как он достаточно демонстративен на прилагаемой фотографии (см. рис. 28).

Мальчик очень медленно прибывал в росте (в настоящее время его рост 89,4 см), вес его колебался в зависимости от состояния отеков (при прекращении приемов тиреоидина отеки быстро возобновлялись, временное прекращение лечения диктовалось бывшими у мальчика явлениями тиреотоксикоза); в настоящее время вес 17,5 кг. Щитовидная железа не прощупывается. Отклонений со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено. WaR и реакция Кана в крови отрицательные. На рентгенограмме определяется остеонение, соответствующее одному году.

В психическом состоянии мальчика наблюдаются значительные изменения к лучшему: развилась речь (отмечается лишь незначительное косноязычие), значительно пополнился запас слов (словарь соответствует 4—5-летнему ребенку), более дифференцированной стала мимика (раньше однообразная, не отражающая полностью даже его несложных эмоциональных переживаний).

Движения стали более сильными, уверенными, достаточно координированными: при поступлении в клинику едва передвигался, с большим трудом и с посторонней помощью поднимался по лестнице; теперь бегаёт по комнатам, зимой самостоятельно катался с горы на санках, принимает активное участие в музыкально-двигательных занятиях. Приобрел навыки самообслуживания, свойственные среднему дошкольному возрасту (раньше полностью обслуживался персоналом). С детьми и персоналом хороший контакт, принимает участие в общих играх, прогулках, проявляет интерес к окружающему: при первом поступлении в клинику апатичен, вял, часами сидел в углу, теперь вмешивается в ссоры товарищей, пытается затронуть некоторых из них, дружит с одними и несколько сторонится других. Легко ориентируется в отделении. Выписан для хирургического лечения (пересадка щитовидной железы) с диагнозом «кретинизм».

Отсутствие в наследственности какого-либо патологического отягощения, совершенно здоровый ребенок от первой беременности, отрицательные серологические реакции (WaR, Kahn и др.) у родителей и ребенка говорят против биологической неполноценности семьи. В силу этого в данном случае этиологическим моментом кретинизма можно предположительно считать внутриутробное поражение (резкое истощение матери, сопровождавшееся обморочными состояниями, обмотанная вокруг шеи пуповина). «Сухие роды» и асфиксия играют роль добавочных факторов, так как по воспоминаниям родителей внешний вид ребенка уже с рождения был достаточно характерным для его заболевания.

В. А., 18 лет. Отец сильно пьет, в периоды воздержания от алкоголя — раздражителен, угрюм; за три года до рождения испытываемой заразился сифилисом, лечился. Двоюродный брат отца был психически болен, умер в психиатрической больнице (диагноз заболевания неизвестен). По боковой и восходящей линиям матери патологического отягощения не отмечается; мать считает себя здоровой, WaR у нее в крови отрицательная.

Беременность и роды — физиологические. Девочка родилась покрытой длинными волосами. Вес при рождении 13 фунтов. Первые зубы появились на 8 мес., ходить стала 1 $\frac{1}{2}$ лет, первые слова — после 2 лет. Первые признаки отсталости родители заметили в 1 $\frac{1}{2}$ года: была очень полной, вялой, необычайно маленького роста; по словам матери рост с году до четырех лет совершенно не увеличивался (носила одно и то же платье).

С раннего детства находилась под наблюдением врачей, применялось противосифилитическое лечение, кварц, была сделана пересадка щитовидной железы, но тиреоидин почему-то применен не был. После пересадки железы отмечено некоторое продвижение в физическом и умственном развитии.

В 1928 г. (16 лет) поступила в детский обследовательский институт. При поступлении рост 95,5 см, вес 18,9 кг, окружность головы 52,5 см. Бледная, сухая, морщинистая кожа; в надключичных ямках и в шейной части позвоночника слизистые (микседематозные) отеки, лицо одутловатое, невыразительное. Третье веко. Вторичные половые признаки отсутствуют, менструаций нет. Щитовидная железа не прощупывается. Со стороны внутренних органов и нервной системы патологических отклонений не отмечено.

За время пребывания в институте был сделан ряд исследований. WaR в крови отрицательная; в моче ничего патологического; в крови повышенное содержание калия и кальция. Задержка развития капилляров. На рентгенограмме окостенение соответствует 8-летнему возрасту.

Во время пребывания в институте подвергалась лечению тиреоидином: начала с 0,01, дошла до 0,1. Очень медленно продвигалась в физическом и психическом развитии.

Я наблюдал большую в 1930 г. (18 лет). В это время рост ее был 122,1 см (за два года прибавила 26,6 см), грудные железы развиты как у девочки 12—13 лет, на лобке небольшая волосатость, подмышками волосы отсутствуют, не менструирует. Кожа сухая, дряблая, лицо старообразное, микседематозных отеков нет.

Из безучастной, апатичной, вялой, плаксивой постепенно стала более живой, подвижной, подружилась с девочками, начала скучать по родным, ждет их прихода на свидание (раньше о них не вспоминала). Втянулась в занятия класса, больше всего любит шить, появилась кокетливость, интерес к своей наружности. Механически списывает, читать не умеет; прямой счет в пределах двух десятков, обратный счет с 5.

Диагноз: *кретинизм*; предположительный этиологический момент — сифилис.

Г В., 8 лет 7 мес. В анамнезе отмечается алкоголизм по линии отца (сильно пили дед, два дяди и отец нашего больного; отец в пьяном виде скандалит, вступает в драку с соседями, бьет жену) и по линии матери (дед и прадед — хронические алкоголики). Кроме того, дядя больного по материнской линии страдает с детства судорожными припадками.

У матери было 8 беременностей, кончившихся срочными родами; в живых двое, остальные умерли в раннем детстве от различных инфекционных заболеваний. Сестра больного, 12 лет, физически и психически развита правильно. Вова от 8 беременности, протекавшей в неблагоприятных условиях (частые побои пьяного мужа). Родился в срок, роды по дороге в больницу, ударился головой о землю, оборвалась пуповина. Вес при рождении 8 фунтов.

Физически (за исключением маленького роста, обращавшего на себя внимание родителей и посторонних) развивался правильно: во-время прорезались зубы, без запозданий начал ходить и говорить. Воспитывался в очень неблагоприятных условиях: пьяный отец приучал к вину, в семье были постоянные ссоры, ребенок стал проводить время на улице, сошелся с плохими товарищами. В 5 лет были отмечены трудности поведения: дерется с ребятами, цинично ругается, жесток в отношении животных, упрям, вспыльчив, раздражителен.

При исследовании в клинике, в которую поступил по поводу трудностей поведения, отмечено: по физическому развитию значительно ниже возраста; при антропометрическом исследовании все размеры пропорциональны, но уменьшены на 5 сигм. Так, например, рост больного 93,8 см, окружность головы 48 см, ширина таза 13,8 см, ширина плеч 19,4 см и т. д. Половые органы недоразвиты, по размерам соответствуют 3—4-летнему возрасту. Кожа лица и кистей рук слегка морщиниста, легко собирается в складки. Мимика живая, богатая, хорошо дифференцирована, несколько старообразное выражение лица. Со стороны внутренних органов и нервной системы ничего патологического не отмечается. Глазное дно — норма. WaR в крови отрицательная. На рентгенограмме размеры турецкого седла без отклонений, окостенение задержано (соответствует 4—5 годам).

В контакт вступает в зависимости от настроения. Чаще малодоступен, угрюм, не словоохотлив, особенно с новыми лицами. Ориентировка в окружающем вполне достаточная для его возраста. Школьные навыки соответствуют первому классу. Стремится руководить детским коллективом, легко вступает в конфликт с детьми. Бывает агрессивен, жесток (замучил до смерти кролика, жестоко истязал кошку, замахивался стулом на воспитательницу, грозил ударить ножом товарища), злопамятен, эгоистичен, самолюбив — таковы дополнительные черты к его облику. Обладает хорошим музыкальным слухом, может подолгу сосредоточиваться на занятиях в рабочей комнате.

За время полуторогодичного пребывания в клинике в физическом отношении изменился очень мало (в росте прибавил на 1,4 см); со стороны поведения и характера отмечается значительное улучшение: стал более сдержанным, дисциплинированным, ласковым и отзывчивым (помогал в самообслуживании младшим товарищам), привязался к ухаживающему персоналу, со слезами уходил из клиники.

Диагноз: *гипофизарный карликовый рост (нанизм)*. Отрицательные черты характера являются вторичными образованиями, напластованными в связи с крайне тяжелой обстановкой в семье, неблагоприятными условиями воспитания, в которых рос больной. В условиях организованного детского коллектива, систематических лечебных и педагогических мероприятий подобные напластования поддались сравнительно хорошей коррекции.

В. Д., 14 лет. В анамнезе обоих родителей патологического отягощения по восходящей и боковой линиям не отмечается; родители здоровы. У матери

3 беременности, из них 2 искусственных аборта, произведенные после рождения больного.

Родился больной в срок, физически и психически развивался без запозданий; 6 лет научился читать. В возрасте семи лет заболел цереброспинальным менингитом (диагноз детской больницы), после чего у него наблюдаются: головные боли, общая слабость, быстрая утомляемость, постепенно увеличивающаяся тучность, ожирение. С этими жалобами поступил в клинику.

При исследовании отмечено: рост соответствует возрасту, вес превышает возрастные нормы на 8 кг. Половые органы недоразвиты, волосы подмышками и на лобке отсутствуют. Отмечается избирательное отложение жира на животе, лобке, ягодицах, бедрах; женская форма таза (эти жировые отложения достаточно хорошо видны на фотографии; больной категорически отказался сняться лицом к аппарату) (рис. 32). На рентгенограмме черепа обнаружены незначительные изменения конфигурации турецкого седла; на энцефалограмме — равномерное увеличение обоих боковых желудочков. Глазное дно — норма. При неврологическом исследовании: незначительно расходящееся косоглазие, слегка отклоняющийся в сторону язык, высокие сухожильные рефлексы. WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Со стороны внутренних органов никаких патологических изменений не найдено.

Со стороны психики отмечаются апатичность, вялость, заторможенность. Крайне быстро устает при незначительном физическом напряжении и умственной работе. Легко отвлекаемое, быстро истощающееся внимание; некоторая недостаточность памяти. В связи с чувством собственной неполноценности (стесняется своей полноты, избегает брать душ вместе с другими детьми, упорно отказывается раздеться при посторонних, в особенности при женском персонале), наблюдаются замкнутость, склонность к слезам, трусливость, робость, застенчивость и пр. Движения неуклюжие, мешковатые, нерасторопные; избегает подвижных игр, предпочитает спокойные занятия, чтение.

В клинике было проведено лечение тиреоидином. Больной выписан с некоторым улучшением: уменьшилась ожирелость (убавил в весе на 3,7 кг), улучшилось общее самочувствие, стал более выносливым к физическому и умственному напряжению, более психомоторно подвижным, прекратились головные боли.

Выписан с диагнозом: *адипозо-генитальная дистрофия* (избирательное отложение жира и остановка в половом развитии). Дистрофия развивалась в результате перенесенного цереброспинального менингита, осложнившегося водянкой головного мозга.

К. Ю., 5 лет 11 мес. В анамнезе по восходящей и боковой линиям обоих родителей никакого патологического отягощения не отмечается; родители здоровы.

Родился на втором году брака (от первой беременности), эмбриональный период и роды протекали без отклонений. Раннее физическое развитие: ходить и говорить начал 1 г. 2 мес., первые зубы прорезались на 6 мес., к 1½ годам имел 20 зубов. Рано приучился к опрятности. Психически развивался нормально.

В 2½ года родители заметили появление пушка на лобке, усиленный рост, резкое увеличение полового члена и яичек.

В амбулатории, куда мальчик был направлен в возрасте 4 лет 4 мес., отмечено: половые органы достигают размеров взрослого мужчины, на лобке небольшое количество волос, общее физическое развитие соответствует 10-летнему возрасту. Умственное развитие несколько снижено. Капризен, упрям, раздражителен, злобен, драчлив. С 3-летнего возраста наблюдаются эпилептиформные припадки.

Я познакомился с больным, когда ему было 4 г. 7 мес., наблюдал его в клинике в течение полутора лет. Коротко приведу здесь результаты наблюдения и исследований за этот период времени.

За полтора года прибавил в росте 17 см, увеличились половой член (длина его 9,5 см) и яички, сильно развилась волосатость на лобке (распределение ее по женскому типу), мошонке и в промежности; появились волосы на верхних и нижних конечностях; растительность на верхней губе и подмышками отсутствует. Кожа дряблая, мускулатура развита хорошо, но тонус ее несколько

понижен. Реакция зрачков на свет вяловатая; значительно повышены сухожильные рефлексы (пателлярные и с Ахилова сухожилия), незначительное равномерное понижение болевой чувствительности. Патологических рефлексов не отмечается.

WaR и реакция Кана в крови отрицательные; в спинномозговой жидкости WaR, реакция Нонне, Вейхброта, Ланге — также отрицательные; число форменных элементов (лимфоцитов) в спинномозговой жидкости в пределах нормы. При исследовании крови количество калия определить не удалось. Кальций 12,03 мг. Морфологическое исследование крови дает следующую картину: гемоглобин — 78%, эритроцитов — 4 630 000, лейкоцитов — 12 400; индекс = 0,7. Лейкоцитарная формула указывает на преобладание лимфоцитов (38,5).

Изменений со стороны глазного дна не обнаружено, слух в пределах нормы. На рентгенограмме обеих кистей определяется картина остеонения, соответствующая 14-летнему возрасту; на рентгенограмме черепа — контуры турецкого седла ровные, без зазубрин, размеры соответствуют средним вариантам взрослого (сагитальный размер = 12 мм, глубина = 10 мм). Данных в пользу повышения внутричерепного давления нет. Обызвествления в области шишковидной железы не видно.

На энцефалограмме отмечено: боковые желудочки в виде бабочки, не совсем симметричные, расширены; левый желудочек несколько больше правого. Верхние боковые углы закруглены. Третий желудочек расширен. Субархноидальные пространства хорошо выражены, местами расширены. Диагноз рентгенолога — внутренняя водянка головного мозга.

В течение всего периода времени пребывания больного в клинике у него отмечались многократные (от 2 до 8, иногда до 20) припадки, случавшиеся как днем, так и ночью. Изредка бывали промежутки в 1—2 дня свободные от припадков. По своему характеру припадки были неодинаковыми. Одни из них протекали следующим образом: громкий смех, покраснение лица, клонические подергивания мускулатуры всего туловища, опускание мочи в конце припадка. Длительность припадка 2—3 минуты. После припадка продолжительный сон (30—45 минут). Во время припадка реакция зрачков на свет отсутствует, отсутствует также реакция на болевые раздражители; пены у рта и прикусов языка не отмечалось ни одного раза. Значительно чаще наблюдались припадки другого характера: внезапно лицо больного краснело, он начинал подпрыгивать на месте, трясся, громко смеялся, хватал, дергал себя за половой орган; через 2—3 минуты наступало успокоение и больной продолжал вести себя точно так же, как и до припадка. Во время этих припадков иногда отмечалось отсутствие реакции зрачков на свет, изредка опускание мочи.

За период времени пребывания в клинике психически сильно деградировал. Резко изменилась его мимика: стала менее подвижной, плохо дифференцированной. Совершенно не включился в жизнь детского коллектива, целые дни проводил без дела, бесцельно расхаживая по комнате или безучастно сидел у окна, иногда что-то громко напевал (голос был очень грубым) или выкрикивал отдельные слова. От контакта с персоналом уклонялся (часто не отвечал или отвечал с большим принуждением на вопросы, еще доступные его пониманию), несложные приказания все же выполнял. Интерес сосредоточен исключительно на еде; усиленно онанирует, не стесняясь присутствием посторонних лиц. Как в отношении детей, так и лиц ухаживающего персонала каких-либо сексуальных проявлений не отмечалось.

В данном случае мы наблюдали хорошо выраженный симптомокомплекс rubertas praecox (раннего полового созревания). Происхождение этого симптомокомплекса скорее всего можно связать с заболеванием промежуточного мозга (диэнцефалоз), обусловившего понижение функции шишковидной железы (эпифиза). Этиологический момент диэнцефалоza остается невыясненным.

С. А., 6 лет 8 мес. Отец — здоров, об его родных сведениях не имеется (родители в разводе, разошлись вскоре после рождения ребенка, до брака были мало знакомы). По восходящей и боковой линии матери патологического отягощения не отмечается; мать считает себя здоровой.

Больной от первой беременности (при его зачатии отцу было 41 год, матери 37). На 4 мес. беременности мать перенесла в тяжелой форме грипп, болела

около месяца. Роды за 2 недели до срока, физиологические. Кормила грудью до 2 месяцев («пропало молоко»), после чего искусственное вскармливание. Развивался с большим запозданием: сидеть начал около года, первые зубы прорезались в 1½ года, становиться на ножки стал 3 лет, пошел 3½ лет, до 4 лет совсем не говорил; до 5 лет страдал ночным недержанием мочи.

В клинике отмечены: задержка роста (98,4 см), уменьшение окружности черепа (44,2 см); череп брахицефалической формы с несколько уплощенным затылком. Уши небольшие, с приросшими мочками. Косой разрез глаз, на верхнем веке складка (эпикант), плоское переносье, нос маленький, слезка приплюснутый; щеки и кончик носа красноватые, язык большой, резко исчерченный бороздами. Зубы поставлены с значительными промежутками, много кариозных зубов. Кожа тонкая, сухая, подкожно-жировая клетчатка рыхлая. Большие пальцы рук и ног несколько укорочены. Наблюдается понижение тонуса мускулатуры и некоторая разболтанность в суставах (легко закидывает ногу за голову, складывается почти вдвое и т. д.). Половой член недоразвит, яички не спущены в мошонку (крипторхизм).

Со стороны внутренних органов отклонений не отмечается. При неврологическом исследовании никаких патологических явлений не обнаружено. WaR в крови отрицательная (у матери тоже). На рентгенограмме отмечается некоторая задержка окостенения.

Интеллект значительно недоразвит. Запас слов небольшой (словарь из 30—40 слов), плохая артикуляция; чужую речь в пределах повседневного обихода понимает достаточно. Различает величину предметов, формы не различает, с простейшей мозаикой не справляется. В обстановке отделения ориентируется; знает свое место за столом, место своим вещам и т. д.; выделяет окружающих лиц; доверчиво идет к знакомым; прячется, забивается в угол при посторонних. В общих играх детей принимает участие, главным образом подражая во всем сверстникам, часто очень хорошо копирует их жесты, мимику. Навыки самообслуживания развиты недостаточно (не умеет умыться, убрать постель, не может самостоятельно пользоваться уборной и т. д.).

Очень привязчив, ласков, добр. На свиданиях с матерью ласково к ней прижимается, целует ее, не отпускает, когда она хочет уйти. Никогда не капризничает, не сердится: если ему в чем-либо откажут, обидит его кто-нибудь из детей, он не заплачет, а лишь закроет лицо руками и глубоко вздохнет. Обиду забывает быстро.

За время двухмесячного пребывания в клинике дал некоторое пополнение в навыках самообслуживания, в остальном остался без перемен. Получал тиреоидин.

Диагноз: *болезнь Дауна*. Интеллектуальное развитие снижено (имбцильность).

IX. СИФИЛИС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

(непрогрессирующие формы).

У детей и подростков обыкновенно приходится встречаться с врожденным (конгенитальным) сифилисом и сравнительно редко с сифилисом, приобретенным внеполовым или половым путем. Явления конгенитального (врожденного) сифилиса весьма разнообразны. В этой главе мы опишем те формы сифилиса, при которых не наблюдается прогрессирующих явлений со стороны нервной системы, т. е. явлений, указывающих на активный сифилитический процесс.

Сифилис чаще всего передается потомству в первые три года после заражения родителей; максимум заражений падает на первый год заболевания (вторичный период сифилиса у родителей). Из этого правила существуют многочисленные исключения, когда способность

передачи сифилитической инфекции потомству длится значительно дольше (от 5 до 15 и больше лет).¹

При сильной сифилитической инфекции плод погибает (выкидыши, мертворожденные), в случаях более ослабленной инфекции ребенок рождается живым. В этих последних случаях (в отличие от приобретенного сифилиса) твердый шанкр (язва с твердыми наощупь краями, образующаяся на месте проникновения инфекции в организм) отсутствует. Таким образом у ребенка при рождении сифилис сказывается симптомами, соответствующими вторичной стадии приобретенного сифилиса.² Симптомы эти следующие: насморк с гнойным или кровянисто-гнойным отделяемым, трещины на губах и на коже,



Рис. 39. Внешний вид больного с врожденным сифилисом.



Рис. 40. Тот же больной, что и на рис. 39. (Бюст вылеплен скульптором Тархановой.)

прилегающей к слизистой оболочке губ; на ягодицах и на мошонке встречаются мокнущие пузырьки (папулы), которые обыкновенно изъязвляются. Нос часто деформирован (курносый, седловидный нос); деформация носа происходит в связи с задержками развития во время утробной жизни хрящевого и костного остова, а также нередко является результатом сморщивания (из-за воспалительных процессов слизистой оболочки) поддающихся наружных частей носа

¹ Возможность передачи сифилиса через детское место (теория М а т ц е н а у е р а) является в настоящее время клинически и экспериментально доказанной.

Что касается передачи сифилиса плоду вследствие первичного заражения зародыша, а также теории, утверждающей, что сифилитическое заражение происходит путем яда, примешанного к семени (заражение происходит до или сейчас же вскоре после оплодотворения), — то обе эти теории в настоящее время оспариваются, но все же еще не являются пока окончательно опровергнутыми.

² В ряде случаев ребенок рождается без каких бы то ни было видимых симптомов сифилиса (скрытая форма сифилиса); сравнительно чаще симптомы врожденного сифилиса наблюдаются с первых же дней рождения ребенка.

(рис. 39 и 40). Заболевание слизистой оболочки гортани обуславливает хриплый голос, иногда полное отсутствие его.

На коже наблюдается рассеянная специфическая сыпь; с этой сыпью ребенок не родится, она обыкновенно появляется к концу первого месяца жизни, началу второго. Расстройства питания кожи часто обуславливают выпадение бровей, ресниц, волос на голове; на голове выпадение волос встречается в виде неправильной величины и формы участков (сифилитическое облысение, «лисья болезнь»). Нередко кожа морщиниста, с грязновато-сероватым, землистым оттенком. В противоположность этому подошвы и ладони представляются покрасневшими, блестящими, как бы покрытыми лаком («лакированные, зеркальные подошвы»); собрать их в складки из-за напряженной, отечной кожи обыкновенно не удается.

Поверхностные лимфатические железы нередко увеличены, особенно часто подобное увеличение наблюдается со стороны локтевых желез.

Сравнительно часто встречается увеличение печени и селезенки, которые плотны наощупь, выступают на несколько сантиметров

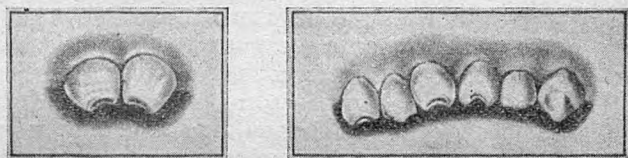


Рис. 41. Гутчинсоновские зубы.

из-под ребер. У детей с увеличенной печенью часто наблюдаются явления малокровия, общего истощения.

В дальнейшем инфекция вступает в фазу покоя: спирохеты¹ уменьшаются в числе, исчезают из крови, с большим трудом обнаруживаются лишь в некоторых органах, тканях, в которых впоследствии отмечаются расстройства питания, дистрофия. Эта фаза соответствует третичной фазе приобретенного сифилиса.

Наряду с указанными симптомами при распознавании врожденного сифилиса известным диагностическим подспорьем может служить Гутчинсоновская триада (рис. 41 и 42): [1] полулунные выемки на верхних резцах, 2) заболевание роговой оболочки глаза — кератит, 3) заболевания среднего уха], которая в полном виде (наличие всех трех признаков) встречается очень редко, но зато сравнительно часто наблюдается кератит (М. Райц).

Разнообразные деформации черепа (бугристый, скошенный череп, особенно череп в виде ягодиц — натицефалия), изменения со стороны других костей скелета (воспаление надкостницы — периостит, утолщение костей, искривление их — например, саблевидные голени и пр.) также до некоторой степени помогают при распознавании врожденного сифилиса.

¹ Возбудитель сифилиса — бледная спирохета.

При врожденном сифилисе заболеванию может (но это совсем необязательно) подвергнуться и нервная система. Формами врожденного сифилиса, при которых обыкновенно не наблюдается деградации личности, а, наоборот, отмечается известное ее дальнейшее развитие (правда, на дефектной основе), являются олигофрения, водянка головного мозга и состояния, сходные с психопатиями.¹

Олигофрения на почве врожденного сифилиса. При олигофрении на почве врожденного сифилиса внешний вид больных бывает неодинаковым. В одних случаях (встречается значительно чаще) у больных наблюдается целый ряд характерных соматических изменений, свойственных врожденному сифилису: диспластическое

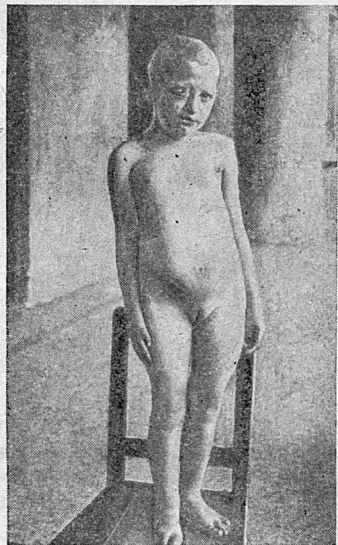


Рис. 42. Кератит при врожденном сифилисе.

строение тела, задержанный или, наоборот, усиленный рост, изменения формы черепа, деформации костного скелета лица и носа (резко выступающие надбровные дуги и скуловые кости, выдающаяся вперед нижняя челюсть, седловидный, резко вздернутый нос), искривление голеней, периоститы, Гутчинсоновская триада и т. д. В других случаях внешний вид детей не внушает никаких подозрений относительно наличия у них врожденного сифилиса.

Только что сказанное относится и к неврологическим расстройствам, которые иногда бывают значительно выраженными, иногда же совершенно отсутствуют. Из неврологических расстройств при олигофрении на почве врожденного сифилиса встречаются параличи и парезы конечностей, параличи и парезы черепно-мозговых нервов (косоглазие, опущение верхнего века, отклоняющийся в сторону язык, сглаженная носогубная складка и пр.), тикообразные

подергивания, хореоподобные и атетоидные движения, судороги. Последние часто наблюдаются лишь в раннем детстве, бывают кратковременными (обыкновенно не связаны с какими-либо внешними раздражителями), иногда после них родители отмечают появляющиеся у ребенка косоглазие, ограничение функции движения конечностей (парезы). Часто отмечаются характерные изменения со стороны зрачков: узкие зрачки, неравномерность их, ослабление или полное отсутствие реакции на свет и т. д. Сухожильные рефлексы могут совершенно отсутствовать, быть пониженными, неравномерными; в ряде случаев встречаются патологические рефлексы (Бабинский, Опенгейм и др.).

¹ Водянку головного мозга (гидроцефалию) мы здесь описывать не будем, так как ее клинические симптомы в основных чертах совпадают с теми, которые уже были нами описаны, когда речь шла о менингитах.

WaR в крови и спинномозговой жидкости нередко может быть отрицательной, несмотря на то, что олигофрения возникает на явно сифилитической почве. (Например, в тех случаях, когда имеются, точно подтвержденные анамнезом и серологическими исследованиями, данные о заражении сифилисом родителей ребенка незадолго его рождения.) Ряд авторов отмечает, что чем старше по возрасту становится ребенок, тем чаще при непрогредиентных формах врожденного сифилиса у него наблюдается отрицательная WaR.

Что касается психических изменений при олигофрении на почве врожденного сифилиса, то симптоматика их сравнительно мало отличается от той клинической картины, которая нами описана при недифференцированных формах олигофрении. Все же в отдельных случаях у детей наблюдаются резкие патологические наслоения в характере, которые можно объяснить лишь специфической почвой заболевания (см. ниже «состояния, сходные с психопатиями»). В других случаях в связи с водянкой мозга отмечается изоцрение отдельных способностей (например, хорошая механическая память, абсолютный музыкальный слух и пр.). Наконец, в третьих случаях в связи с общей хилостью, слабостью, нередко упорными головными болями — быстрая утомляемость, пониженная работоспособность.

Сифилитическая олигофрения всегда должна приковывать к себе внимание, так как на ее фоне могут развиться прогредиентные специфические заболевания в виде сифилиса мозга, прогрессивного паралича. Поэтому в тех случаях, когда у ребенка появляются судорожные припадки или начинается снижение интеллекта, оскудение психики, всегда следует подумать о прогредиентном сифилитическом процессе.

Лечение. В случаях отчетливо выраженной клинической картины врожденного сифилиса или положительной WaR следует проводить специфическое лечение, даже не столько в целях улучшения общего состояния, сколько в целях предупреждения прогредиентного сифилитического процесса. Специфическое лечение дает улучшение лишь в смысле ослабления или исчезновения отдельных симптомов (головные боли, парезы, параличи, судороги), но влияния на улучшение психического развития обыкновенно не оказывает. В отдельных случаях в связи с специфическим лечением несколько бледнеют психопатические проявления личности.

Состояния, сходные с психопатиями. Крепелин у конгенитальных (врожденных) сифилитиков выделяет патологический симптомокомплекс, характеризующийся более или менее резкими расстройствами в эмоциональной и волевой сферах, что придает клинической картине особые черты, наблюдаемые при различных психопатиях. Интеллектуальное развитие при этом или сравнительно невысоко или отмечается та или иная степень олигофрении.¹

¹ Этот патологический симптомокомплекс по роду его клинического выявления Крепелин подразделяет следующим образом: а) неустойчивые, б) возбудимые с повышенной раздражительностью, в) «враги общества», г) невротичные или случаи с психопатической недостаточностью — *psychopathische Minderwertigkeit* и д) истероидные.

Все разнообразие этих расстройств можно в основном свести к двум клиническим группам.¹ Первая группа со стороны соматической характеризуется отсталостью в росте, диспластическим телосложением, видоизменениями скелета лица (западение корня носа, глубокие глазные орбиты, выдающаяся нижняя челюсть); нередко сильный голос, хронический насморк, множественные уплотненные поверхностные лимфатические железы.

WaR в крови бывает чаще положительной. Неврологические симптомы обычно отсутствуют. Со стороны психики отмечаются: расстройства настроения, резкие переходы от безразличного, злого настроения к возбужденному, раздражительному; частые злобные, гневные аффективные вспышки, преобладание низших, органических эмоций, удовлетворение их любым путем, что нередко приводит к антисоциальным поступкам. Высшие эмоции бедны и недифференцированы, эмоциональная притупленность (отсутствие отзывчивости к страданиям других, неспособность к сочувствию).

Вторая группа отличается менее выраженными соматическими расстройствами (телосложение, видоизменение скелета лица), но зато большим наличием неврологических симптомов, сказывающихся в более частом поражении черепно-мозговых нервов (косоглазие, опущенное веко, опущенный угол рта и пр.). WaR в крови часто отрицательная. Со стороны психики отмечается: неустойчивость настроения, выявляющаяся в быстрых переходах от приподнятого и возбужденного к пласивому и раздражительному; эмоциональная возбудимость, неустойчивость, поверхностность эмоциональных переживаний, резкое психическое беспокойство. Сравнительно часты — плохой сон, быстрая физическая и психическая утомляемость, пониженная работоспособность. Из-за повышенной внушаемости, склонности поддаваться чужому влиянию нередко антисоциальные поступки.

Течение описанных состояний длительное, специфическое лечение, если иногда и дает, то все же незначительные результаты. Акцент ставится на лечебных и педагогических мероприятиях. Первая группа при перевоспитании представляет большие трудности, но все же при систематически проводимых лечебных и педагогических мероприятиях в целом ряде случаев достигаются известные положительные результаты. Вторая группа, более легкая в воспитательном отношении, является неблагодарной в том смысле, что достигнутые результаты не бывают стойкими и при некотором ослаблении педагогического контакта наступает рецидив (повторение) отклонений в поведении ребенка.

При распознавании нередко возникают большие трудности при отличии от конституциональных психопатий. Для первой группы известными опознавательными признаками могут служить: анамнез, характерные соматические расстройства, положительная WaR; для второй группы — анамнез и сравнительное обилие неврологических симптомов.

¹ Наиболее подробную клиническую картину этих состояний дает Е. Осипова, ее описания мы до известной степени и придерживаемся здесь в своем изложении.

Приобретенный сифилис у детей обыкновенно встречается вследствие заражения внеполовым путем (так называемый бытовой сифилис), значительно реже — половым. Заболевание внеполовым путем (связанное с некультурностью быта, в котором ребенок не отделяется от источника заражения), в подавляющем проценте случаев происходит в первые годы жизни ребенка, в силу чего наблюдаемые при этом клинические картины олигофрении, водянки головного мозга, состояния, сходные с психопатиями, совпадают в основных чертах с теми, которые только что описаны при врожденном сифилисе.

При заражении сифилисом в более поздние годы (безразлично половым или внеполовым путем) клиническая картина изменений со стороны нервной системы и психики сближается с той, которая наблюдается у взрослых. В этих случаях олигофрения не встречается, водянка головного мозга наблюдается сравнительно редко; чаще всего приходится иметь дело с сифилисом мозга, прогрессирующим параличом, сухоткой спинного мозга, иногда также и с состояниями, сходными с психопатиями. Эти последние (психопатические состояния) при противосифилитическом лечении дают несколько лучшие результаты, чем при врожденном сифилисе.

Приведем для иллюстрации несколько клинических наблюдений непродуктивных форм сифилиса нервной системы.

К. Г., 10 лет 8 мес. В анамнезе по восходящей и боковой линиям отца и матери, кроме умеренного алкоголизма (отец и оба деда больного) и двух случаев туберкулеза (тетки со стороны матери), патологического отягощения не отмечается. Отец в настоящее время считает себя здоровым (нам исследовать его не удалось), за 3 года до рождения ребенка заразился сифилисом, лечился. У матери в возрасте 30 лет (спустя 6 лет после того, как заразилась сифилисом от мужа) впервые обнаружили судорожные припадки, повторялись раз-два в месяц; однажды без какого бы то ни было внешнего повода «отнялась нога», с неделю не могла ею двигать. Прodelала несколько курсов специфического лечения, припадки прекратились, WaR в настоящее время отрицательная (раньше была положительной +++). При исследовании ее у нас в клинике отмечены: неравномерность зрачков ($D > S$), вялая реакция их на свет, равница в высоте коленных рефлексов (правый $>$ левого), понижение силы сжатия кисти левой руки.

До испытуемого у матери было две беременности, кончившиеся поздними выкидышами (на 4 и 5 месяцах). Эмбриональный период и роды испытуемым протекли без отклонений. Явленный вторичного сифилиса у него не наблюдалось. Развивался с большой задержкой: первые зубы прорезались на 14 мес.; ходить стал около 2 лет, говорить на 3 году; к опрятности не приучился до сих пор (ночное недержание мочи). Рос слабым, вялым, малоподвижным ребенком, несмотря на это очень любил быть в компании других детей, задирал сверстников, жаловался, когда ему давали сдачи. «Страшный плакса, поплачет и спать», так характеризует его мать. Большой психической отсталости родители в то время не отмечали, но все же и им бросалось в глаза, что мальчик «как будто поглупее своих товарищей».

На 9 году поступил в массовую школу, пробыл там один год, перевели в специальную школу, откуда и был направлен в клинику.

При физическом исследовании в клинике отмечены: диспластическое строение тела, асимметричный череп, резко выраженной долихоцефалической формы (вытянут в длину «пирожком»), ушные раковины плотно прижаты к черепу, мочки проросшие; лицо асимметричное, с широким переносьем и запавшей спинкой носа, отчетливо выражены полулунные выемки на верхних резцах (Гутчиноновские зубы), обилие кариозных зубов; нижняя губа мясистая, толстая, верхняя — укороченная, вздернутая. Слух справа значительно понижен. Хронический насморк с постоянными слизисто-гнойными выделениями (без запаха). Левое яичко не спущено в мошонку (монорхизм). Множественное увеличение поверхностных лимфатических желез. Со стороны внутренних органов отклонений не отмечено. WaR отрицательная (эта реакция до поступления ребенка в клинику не делалась ему ни разу).

При неврологическом исследовании найдены: незначительная анизокория ($S > D$), слегка вяловатая реакция зрачков на свет; несколько приспущенное правое верхнее веко, нерезко отклоняющийся в сторону язык.

Внимание легко отвлекается, быстро истощается. По каждому вопросу рассказывает длинную историю, быстро соскальзывает с темы, фантазирует. Иносказательный смысл пословиц больному не доступен; конкретное мышление сравнительно достоящее. Воображение бедное; интересы младшего возраста, весьма неустойчивые.

В клинике с первых дней пребывания обнаружил крайнюю непоседливость, драчливость, плаксивость, постоянные конфликты с детьми; при обиде легко срывается, бросается чем попало, плачет, жалуется на обидчиков, часто привирая; постоянно ябедничает, выдавая все проделки ребят. Однажды, под влиянием обиды, хотел выброститься из окна. Очень внушаем: постоянно находится под влиянием то одного, то другого товарища; по их наущению способен на любую выходку (кого-либо ударить, выбросить что-либо из верхнего этажа, передразнить прохожих и т. д.). Назойлив, постоянно пристает с теми или иными требованиями. Неряшлив в одежде и при еде; жаден и мало разборчив в пище; в то же время легко делится своими гостинцами, сладостями с товарищами. Движения порывистые, неуклюжие. Много излишних сопровождающих движений.

Диагноз: *врожденный сифилис* (lues congenita), олигофрения в степени debilности, психопатические наслоения (взрывчатость, импульсивность и т. д.). После проведенного противосифилитического лечения каких-либо улучшений не отмечено.

В. К., 14 лет. О родных сведений нет, с раннего возраста живет в детских домах. С дошкольного возраста отмечается повышенная раздражительность, бывали злобные вспышки, когда он бросал в обидчика всем, что попадало под руку (однажды поранил ножницами сверстника). В школьном возрасте (учился не плохо, переходил из класса в класс) отмечено пробуждение полового влечения: приставал с циничными предложениями к девочкам, пытался совершить с ними половой акт, аналогичные попытки делал и в отношении сверстников; усиленно онанирует. С 10 лет ворует, сначала брал только съестное («никак не может наесться, все время ощущение голода»), впоследствии стал воровать вещи из детского дома, а также и у товарищей. Переменил около 8 детских домов, жил недлительное время на улице. Неоднократно приводился за кражи в милицию, в комиссию по делам несовершеннолетних. Однажды в комиссии дал бурную вспышку (расцарапал себе лицо, исплевал педагога, разорвал на нем костюм), после чего был направлен к нам в клинику.

При поступлении в клинику отмечено диспластическое телосложение, задержанный рост, нижние конечности укорочены, череп бугристый, западает корень носа, нижняя челюсть «тяжелая», резко выдается вперед. Прощупываются локтевые железы, болезненность поверхности больших берцовых костей — на правой — выраженный периостит. Черепно-мозговые нервы в порядке, рефлексы не изменены, патологических рефлексов не отмечается. WaR в крови слабо положительная (+).

Интеллектуальное развитие в пределах нормы. Внимание устанавливается с некоторым трудом, натуральная (механическая) память слегка ослаблена. Настроение неустойчивое, часто отмечаются аффекты гнева, дразнит и избивает больных, циничен, на увещания отвечает бранью; временами подавлен, хмур, склонен к слезам.

Проведено противосифилитическое лечение, после чего исчезла болезненность в ногах, прибавил в росте и весе, физически окреп. Через несколько месяцев после лечения улучшилось и психическое состояние: стал более общительным, ласковым, сдержанным, трудолюбивым; более устойчивое настроение.

После первого курса лечения WaR отрицательная, такой она остается и по настоящее время. Было проведено еще два курса лечения. Со времени пребывания в клинике прошло 4 года, подросток окончил ФЗУ, жалоб на его поведение нет, ведет себя правильно.

Диагноз: *врожденный сифилис* (lues congenita), психопатические черты, до известной степени сближающиеся с Triebmenschen (люди влечения) Крепелина.

Б. Ю., 10 лет 4 мес. Отцу 40 лет, в возрасте 23 лет заразился сифилисом, лечился недостаточно, умеренно выпивает. Патологического отягощения по линии отца не отмечается; как он сам, так и его родные — общительные, веселые,

песдержанные, несколько вспыльчивые. По линии матери отмечается алкоголизм деда и тяжелый, неуживчивый характер бабки. О заражении сифилисом жена узнала случайно, два года не лечилась, стеснялась; после того, как призналась соседке в своей болезни и та напугала ее последствиями, начала энергично лечиться.

Больной родился от 3-ей беременности. Первая беременность — преждевременные роды, ребенок родился живым, жил несколько дней; 2 беременность — выкидыш на 4 месяце. Наш больной родился недоношенным (на 8 месяце), с явлениями вторичного сифилиса (насморк с гнойным отделяемым, трещины на губах и углах рта; через 1½ месяца — специфическая сыпь). Была сделана WaR, давшая слабо положительный результат (+ +), проводилось специфическое лечение.

Раннее физическое развитие протекало следующим образом: первые зубы на 7 мес., ходить и говорить стал около 1½ лет, к 2 годам приучился к опрятности. Каких-либо особенностей в его поведении родители не отмечали; рос несколько боязливым, стеснительным, послушным, ласковым ребенком. На 9-м году поступил в школу, где была отмечена удовлетворительная успешность ребенка, его быстрая утомляемость, легко истощающееся внимание, неумение подолгу сосредоточиться на работе, повышенная обидчивость, чрезвычайная ранимость (при малейшей неудаче легко приходил в уныние, при отрицательной оценке — плакал, при похвале — «весь расцветал»). В клинику был направлен школой по поводу «нервности».

При поступлении отмечено: каких-либо особых отклонений (за исключением роста, превышающего возрастные нормы) в морфологическом статусе ребенка не наблюдается. Слух и зрение несколько понижены. WaR в крови отрицательная. Со стороны нервной системы: легкое сходящееся косоглазие, установочный нистагм, незначительная неравномерность зрачков, при их хорошей реакции на свет и аккомодацию, сглаженная носогубная складка, нервно отклоняющийся в сторону язык, некоторая неравномерность коленных рефлексов, симптом Бабинского справа.

Хорошая способность к образованию причинно-логических связей. Механическая память достаточная, степень интеллектуализации памяти высокая. Хорошая способность осмысления сложных ситуаций. Общее развитие достаточное; школьные навыки соответствуют второму году обучения, новый материал усваивает легко.

В клинике тих, застенчив, робок, легко плачет при незначительной неудаче в работе, насмешках, приставаниях товарищей. Настроение в течение дня меняется по несколько раз. Очень неуверен в себе, пониженная самооценка. Повышенно внушаем, легко поддается постороннему влиянию.

Диагноз: *врожденный сифилис* (lues congenita), особенности характера, сближающиеся с Nervosität (нервностью).

Был выписан в массовую школу, в которой успешно продвигался в школьных навыках; особенности характера в основном оставались теми же.

Х. СИФИЛИС НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

(прогредиентные формы).

В этой главе мы остановимся на тех заболеваниях нервной системы, которые также обычно встречаются у детей на почве врожденного сифилиса, но они отличаются от описанных в предыдущей главе форм тем, что при них мы имеем дело не с остатками уже закончившегося сифилитического процесса, а процессом *активным*, который продолжает разрушать мозговую ткань. В связи с этим не только приостанавливается какое бы то ни было продвижение в развитии ребенка, но и наблюдается деградация личности, постепенно наступающее в той или иной степени психическое оскудение.

Принято различать две основные формы сифилиса нервной системы: сифилис в собственном смысле (сифилис мозга) и заболевания, связанные с поздней стадией сифилиса. В этой последней стадии сифилис видоизменен и обычно не поддается противосифилитическому лечению (прогрессивный паралич, сухотка спинного мозга).

Сифилис мозга.

Симптомы сифилиса мозга (сифилиса в собственном смысле этого слова) зависят от локализации процесса, степени его токсичности, возраста, проводившегося ранее лечения и пр. Обыкновенно различные болезненные состояния при сифилисе мозга нерезко отграничены одно от другого, симптомы их многообразны, изменчивы, в силу чего трудно говорить об отдельных строго вычерченных клинических формах. С указанной поправкой все же можно выделить следующие формы (симптомокомплексы) сифилиса мозга.

Неопластический симптомокомплекс. К этому симптомокомплексу относятся все те клинические формы сифилиса мозга, при которых образованная в мозгу гумма¹ дает клиническую картину, аналогичную той, которая встречается при опухолях самого различного происхождения.² Гуммы могут быть множественными (тогда они чаще незначительны по размерам) или одиночными, достигающими иногда значительной величины. В зависимости от локализации гуммы (в оболочках мозга бывают сравнительно редко, в головном мозгу — чаще на его выпуклой поверхности, реже на основании или в других его областях), а также и от общих последствий повышения внутричерепного давления, будут различны и клинические симптомы. Все же, несколько обобщая, можно сказать, что гуммы головного мозга сказываются прежде всего общемозговыми симптомами, из которых наиболее постоянным является головная боль. Тупая, иногда острая головная боль или держится все время, или же бывает приступами; нередко по ночам головная боль усиливается. Головокружение и рвота встречаются несколько реже, чем при опухолях другого происхождения. В отдельных случаях отмечается изменение дна глаза (застойный сосок), что бывает главным образом при локализации гуммы на основании мозга. Если гумма находится в двигательной области, то отмечаются эпилептиформные судороги, а также параличи, чаще одной какой-нибудь конечности. При поражении левого полушария в области центра Брока — двигательная недостаточность речи. Со стороны психики отмечаются вялость, заторможенность, апатичность, безразличие к окружающему; в отдельных случаях — затемненное сознание; крайне редко бывает возбужденное состояние. В течении болезни отмечается колебание симптомов, временное ослабление болезненных явлений.

¹ Гумма — воспалительное разрастание ткани, наблюдаемое при третичном периоде сифилиса в различных тканях и органах. Гуммы бывают неодинаковых размеров: от едва заметных узелков (милиарные гуммы) до размеров куриного яйца (солитарные гуммы).

² Отсюда и название симптомокомплекса неопластическим (neoplasma — опухолевидное новообразование).

Распознавание обыкновенно представляет трудности при отличиях от опухоли не сифилитического происхождения; диагноз основывается на данных анамнеза, исследования на WaR крови и спинномозговой жидкости, а также на течении болезни (колебание симптомов). Предсказание в общем благоприятное, все же в отдельных случаях могут наблюдаться более или менее стойкие дефекты вещества мозга (последствия их — параличи, парезы). Специфическое лечение действует благоприятно; в отдельных (крайне редких) случаях прибегают к хирургическому вмешательству.

Острый сифилитический менингит. Болезнь начинается сильными головными болями, головокружением, рвотой, к которым вскоре присоединяются ригидность (тугоподвижность) затылка, замедление пульса. Более или менее постоянным явлением бывает симптом Кернига — невозможность полного разгибания нижних конечностей в коленных суставах, когда конечности согнуты в тазобедренных суставах. Отмечаются также изменения глазного дна (застойные соски), сравнительно нередко бывают эпилептиформные судороги. Обычно эти явления протекают при повышенной температуре, колеблющейся в пределах 37—39°. Сознание изменено: от легкой сонливости до глубокой оглушенности, спутанности. Чаще наблюдается угнетенное, заторможенное состояние, больной молча неподвижно лежит, безучастен к окружающему, односложно (при неглубоком затемнении сознания) отвечая на повторные вопросы. Обыкновенно угнетенное состояние чередуется с возбуждением, когда больной начинает много говорить, порывается встать, беспорочно ворочается в постели.

При сифилитическом *менинго-энцефалите* к описанной клинической картине менингита прибавляются параличи черепно-мозговых нервов, параличи, парезы конечностей, иногда расстройства речи, глотания.

Распознавание может встретить трудности при отличии от серозного менингита и эпидемического энцефалита (с последним известное сходство температуры и некоторых начальных симптомов). Диагностическими отличиями служат, помимо анамнеза, положительная WaR в крови и спинномозговой жидкости, быстрые успехи специфической терапии. В случаях нелеченных менингита и менинго-энцефалита остаются стойкие дефекты (утолщения, рубцы и пр.), являющиеся причиной задержки развития мозга (сифилитическая олигофрения), а также параличей, парезов, эпилептиформных судорог.

Сосудистая форма сифилиса мозга. При этой форме наблюдается преимущественное поражение крупных или же мелких сосудов коры головного мозга.

Поражение крупных сосудов, приводящее к кровоизлияниям в мозг и размягчениям мозговой ткани, характеризуется очаговыми расстройствами в виде параличей черепно-мозговых нервов (опущение верхнего века, различные виды косоглазия, опущение угла рта и пр.), полной или частичной утратой способности речи (афазия), параличей конечностей и пр. Параличи отличаются большой стой-

костью. При первых инсультах (инсульт — толчок, припадок; на обыденном разговорном языке — удар) интеллект в целом не страдает, обычно наблюдаются отдельные провалы, западения тех или иных его функций (так называемое лакунарное слабоумие). Чем моложе по возрасту ребенок, тем чаще уже после первых инсультов у него отмечается более или менее значительное нарушение интеллекта. После инсульта состояние обычно не выравнивается, а остается таким же до нового инсульта, который снова что-то отнимает от психики больного. Таким образом, течение толчкообразное: от инсульта к инсульту; течение длительное, растягивающееся обыкновенно на несколько лет. Результатом инсультов бывает образование новых очаговых симптомов и глубокий распад психики, глубокое слабоумие. Сравнительно нередко смерть наступает во время одного из инсультов.

При распознавании могут встретиться затруднения при отграничении от прогрессивного паралича. Отличием служит характер течения болезни: при прогрессивном параличе после каждого инсульта наступает ухудшение состояния, прогрессирующее до нового инсульта; при этой форме сифилиса мозга между приступами прогрессирующего ухудшения состояния обычно не наблюдается. Отличием также служит стойкость параличей при этой форме сифилиса, отсутствие характерных для прогрессивного паралича расстройств речи. Антисифилитическое лечение иногда (сравнительно не часто) дает удовлетворительные результаты не в смысле восстановления психики, а в смысле приостановки дальнейшего развития процесса.

При заболевании мелких сосудов чаще наблюдаются не очаговые симптомы, а более распространенное поражение мозга, что обыкновенно сказывается той или иной степенью снижения интеллекта.

При заболевании мелких сосудов мозга могут встречаться также судорожные припадки, напоминающие по своему характеру припадки при эпилепсии. В ряде случаев наряду с судорожными припадками наблюдаются и очаговые симптомы: параличи черепно-мозговых нервов, парезы и параличи конечностей. Эти параличи и парезы с течением времени могут проходить и вновь появляться после следующего судорожного припадка. Иногда дело до параличей и парезов не доходит, а после судорожного припадка отмечается лишь повышение рефлексов или патологические рефлексы на одной стороне. До первых обнаружений припадков ребенок обыкновенно ничем от сверстников не отличается; иногда за несколько времени до обнаружения припадков бывают жалобы на головные боли, головокружения. В отдельных случаях наряду с припадками отмечаются расстройства настроения, изменения состояния сознания (оглушенность, сумеречные состояния). В дальнейшем течения болезни постепенно слабеет память, забывается усвоенное и не приобретает новое, начинается распад психики, кончающийся глубокой дементностью. Сравнительно нередко больные погибают во время эпилептического припадка.

Распознавание представляет трудности при отличии от эпилепсии. Диагностическую помощь оказывают анамнез, наличие очаговых симптомов, отсутствие свойственных эпилепсии изменений характера, безрезультатность антиэпилептического лечения. Сравнительно ничтожные результаты получаются и при антисифилитическом лечении, все же последнее должно быть испытано, так как благодаря ему иногда удлиняются промежутки между отдельными припадками и замедляется деградация личности.

Сифилитический галлюциноз и сифилитический параноид. Эта форма характеризуется разнообразными слуховыми и зрительными галлюцинациями и отдельными бредовыми идеями. Чаще наблюдаются слуховые галлюцинации, нередко крайне неприятные по своему содержанию для больного: его ругают, высмеивают, подшучивают над ним, произносят угрозы, нашептывают ему неприличные мысли. Обыкновенно наряду с галлюцинациями отмечаются общие мозговые симптомы (чаще в виде головной боли), неравенство зрачков, иногда незначительные очаговые явления (легкие парезы черепно-мозговых нервов). В тех случаях, когда на первый план выступают не галлюцинации, а бредовые идеи (чаще идеи преследования), говорят о сифилитическом параноиде.

Течение обыкновенно длительное, нередко наблюдаются послабления болезни. Прогноз из-за диффузности, т. е. разлитого характера процесса, часто неблагоприятен; специфическое лечение нередко существенной пользы не оказывает. Сифилитический галлюциноз и параноид встречаются у детей сравнительно не часто.

Этиология и патогенез сифилиса мозга. Если этиология сифилиса (заражение бледной спирохетой — *spirocheta pallida*) установлена с достаточной точностью, то вопрос, почему одни заболевают сифилисом нервной системы, а другие нет или заболевают различными формами, и до настоящего времени еще не может считаться окончательно разрешенным. Все же большинство современных ученых считает, что объяснение этому следует искать не в особенностях характера инфекции, а в особенностях самого организма, подвергшегося заражению. Различная общая конституция и связанные с ней неодинаковые реактивные способности тканей, конституциональные особенности разных органов, неодинаково влияющие на организм, внешние факторы — вот что обуславливает заболевание сифилисом нервной системы одних лиц и отсутствие этого заболевания у других.

Из числа внешних факторов известную роль играет травма (в качестве предрасполагающего момента для внедрения очага инфекции). Большое значение в качестве предрасполагающих факторов приписывают истощению, переутомлению, а также алкоголизму.

Лечение сифилиса проводится путем применения следующих основных лекарств: ртуть, йод, висмут, салварсан.

Лечение проводится во всех случаях (даже и при отрицательной WaR), когда клиническая картина устанавливает наличие заболевания сифилисом. Лечение проводится как в целях предупреждения прогрессивных форм, так и приостановления дальнейшего про-

движения процесса. Само собой разумеется, что происшедшие дефекты нервной ткани лечением не восстанавливаются. При проведении лечения у детей следует иметь в виду, что в отдельных случаях наступает не улучшение, а ухудшение состояния; в таких случаях следует прекратить антилюэтическое лечение, начав общеукрепляющее лечение. При лечении всегда следует иметь в виду возможность рецидива болезни, а потому при окончании лечения обязательны систематические повторные обследования соматического и психического состояния ребенка. В настоящее время при лечении сифилиса мозга начинает завоевывать себе место лечение прививками малярии. По отзывам одних авторов это лечение дает положительные результаты, других — безрезультатно; накопление большого числа случаев будет в состоянии разрешить этот вопрос.

У. П., 14 лет 7 мес. Отец умер от прогрессивного паралича, заразился сифилисом за восемь лет до рождения испытуемого. Дядя со стороны отца — психически больной (форма заболевания неизвестна). У матери никаких отклонений со стороны центральной нервной системы не обнаружено (исследована у нас в клинике). Неоднократно производившаяся у нее WaR (в крови) всегда была отрицательной. По восходящей и боковой линиям матери патологического отягощения не отмечается.

Испытуемый от 3 беременностей; до него у матери было двое физиологических родов; оба ребенка умерли в раннем детстве от случайных заболеваний (воспаление легких, скарлатина). Беременность испытуемым протекала без видимых отклонений, роды в срок, физиологические. Ходить начал 1 г. 4 мес., говорить 1 г. 5 мес., рано (в 6 месяцев) приучился к опрятности. Никаких симптомов вторичного сифилиса не отмечалось. Впервые WaR была сделана, когда испытуемому было четыре года; реакция дала отрицательный результат.¹

Рос тихим, спокойным ребенком; хотя сверстников и не чуждался, все же предпочитал играть в одиночку. Рано (в 6 лет) научился читать, с большим выражением декламировал стихи. 8 лет поступил в школу. Вскоре стал жаловаться на головные боли, головокружения (до этого времени ни на какие болезненные ощущения не жаловался). К концу первого года обучения в школе педагоги и мать отметили у испытуемого психомоторное беспокойство, рассеянность, раздражительность, плаксивость, непоседливость, гневливость, взрывчатость.

В возрасте 10 лет с ним впервые случился судорожный припадок без потери сознания в форме тонического сокращения мышц правой руки. В дальнейшем припадки учащаются (2—3 в шестидневку) и видоизменяют свой характер: тоническая судорога, сменяющаяся клоническими судорогами всего тела, потеря сознания; длительность припадка 2—3 минуты, после припадка непродолжительный сон (10—15 минут). От припадков лечился бромом, люминалом; лечение было безрезультатным. 11½ лет при неврологическом исследовании впервые отмечается разница зрачков, расходящееся косоглазие; WaR в спинномозговой жидкости дала положительный результат. Большой помещается в стационарное отделение специальной больницы, где проходит курс противосифилитического лечения. По окончании лечения (пробыл в больнице 5 месяцев) WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная; припадки сокращаются в числе, характер их остается прежний.

В школу не поступил, занимался с педагогом дома, интереса к учению не проявлял, убегал на улицу, где подружился с плохими товарищами, под влиянием которых начал воровать, ругаться, грубить матери. Легко давал аффективные вспышки.

При поступлении к нам в клинику (в возрасте 14 лет) со стороны физической отмечено следующее: асимметричный череп, бугорчатый в затылочной

¹ До заболевания мужа прогрессивным параличом жена не знала о том, что он был болен сифилисом; этим и объясняется запоздалое взятие крови у ребенка на WaR.

части; избирательное отложение жира внизу живота, на лобке, на ягодицах и бедрах (Reitusenformen), наружные половые органы недоразвиты, яички вшонку не ошущены (крипторхизм), признаки полового созревания отсутствуют. Гутчинсоновские зубы. Внутренние органы без особых отклонений. WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Зрение резко понижено (visus правого глаза = 0,1, левого глаза = 0,2); центральный хореоретинит на правом главу. Слух — N.

При неврологическом исследовании обнаружено: неравномерность зрачков, реакция их на свет сохранена; расходящееся косоглазие, парез правого лицевого нерва; миоклонические подергивания и ритмические покачивания головы. Малоподвижная лобная мимика. Неравномерные рефлексy с Ахиллова сухожилия.

Общая моторика угловатая, движения несколько связанные, большое количество излишних сопровождающих движений. Артикуляция не нарушена.

Судорожные припадкы (преимущественно по ночам 1—2 раза в месяц) по типу эпилептических (grand mal); прикусывания языка, пены у рта, опускания мочи в клинике не наблюдали ни одного раза.

Отмечается постепенно нарастающая психическая деградация. Житейская ориентировка для возраста недостаточная. В отдельных случаях плохо осмысливает ситуацию. В процессе обучения новый материал воспринимает с большим трудом, быстро его забывает (по школьным навыкам подходит к третьему классу специальной школы). Речь не расстроена, читает быстро, но не всегда схватывает смысл прочитанного. Часто не понимает иносказательного смысла.

Внеучебное время обыкновенно проводит за игрой детскими игрушками (способен часами катать по палате тележку, сделанную из набора «Конструктор»). Преобладающее настроение вяло-раздражительное; плаксив, обидчив, легко дает аффективные вспышки (аффект нестойк, заканчивается слезами). Быстро подпадает под чужое влияние, когда совершает дезорганизаторские выходки, грубит, цинично ругается; изолированный от этого влияния становится тихим, послушным, ласковым. С диагнозом: *сосудистая форма сифилиса мозга* был выписан в специальную школу, в которой обучался в течение полугода, давая некоторое (отстает от сверстников) продвижение в школьных навыках. В последнее время снова находится в психиатрической больнице; отмечается еще большая деградация психики.

В. В., 13 лет. Патологическое отягощение по восходящей и боковой линиям обоих родителей отрицается. Отец заразился сифилисом за 5 лет до рождения испытуемого; энергично лечился; через 1½ года после заболевания WaR в крови была отрицательной, все время оставалась такой при последующих неоднократных исследованиях. У матери WaR, производившаяся несколько раз, всегда была отрицательной. Испытуемый от первой беременности; эмбриональный период и роды им без отклонений. Родился в срок, без каких бы то ни было явлений сифилиса. WaR — отрицательная. Физически и психически развивался без запозданий; характерологически от сверстников не отличался. 8 лет поступил в школу, учился хорошо, переходил из класса в класс. В возрасте 12 лет отмечаются жалобы на головные боли, носившие вначале недлительный характер. Впоследствии головные боли становятся более продолжительными (по несколько часов), сопровождаются ошущением онемения верхних конечностей, затруднением (во время приступа боли) произношения слов. Несмотря на головные боли, продолжал учиться, в школьных навыках от сверстников не отставал. За 1½ месяца до поступления к нам в клинику резко ослабело зрение, появилось косоглазие.

При исследовании в клинике отмечено следующее: астеническое строение тела, физическое развитие соответствует возрасту, внутренние органы без отклонений. Зрачки неравномерны, реакция на свет вялая; расходящееся косоглазие, нистагм. При исследовании глазного дна отмечаются застойные соскы; зрение резко понижено (visus правого и левого глаз = 0,1). Сухожильные рефлексy равномерно понижены, патологических рефлексов не отмечается. Походка несколько неуверенная, шаткая; выраженный Ромберг WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Головные боли бывают приступами, сопровождаются рвотой, клоническим подергиванием лицевой мускулатуры и конечностей; во время головных болей неоднократно наблюдался рефлекс Бабин-

ского, расстраивалась артикуляция речи. Длительность головных болей от 1 до 2—3 часов.

Интеллект не нарушен. Настроение резко подавленное; во время приступа головных болей сознание сохранено. Спокойный, приветливый, общительный, ласковый, добрый.

Проведенное противосифилитическое лечение дало ощутимые результаты в смысле полного прекращения головных болей и значительного улучшения самочувствия; улучшения со стороны зрения не отмечено.

За последние три года, в течение которых мы наблюдаем больного, головные боли не возобновлялись, самочувствие его вполне удовлетворительное, интеллект сохранен.

Диагноз: *гуммозная (неопластическая) форма сифилиса мозга*. За этот диагноз говорят: 1) развитие и течение болезни по тому типу, как это наблюдается при опухолях мозга, 2) быстро наступившее (в результате примененного противосифилитического лечения) улучшение общего психического состояния, исчезновение головных болей, 3) стойкость полученных результатов, отсутствие в дальнейшем появления каких бы то ни было болезненных симптомов.

Юношеский (ювенильный) прогрессивный паралич.

В понятии юношеского (ювенильного) прогрессивного паралича по предложению Клинбергера (Klineberger) объединяют те формы, которые развиваются на почве врожденного сифилиса. Возраст начала заболевания (колеблющийся в широких границах от 6 до 20 лет) в подавляющем проценте случаев все же приходится на 10—15 лет. Частота заболевания прогрессивным параличом по данным различных авторов неодинакова. Несколько обобщая эти данные, можно утверждать, что процентное отношение заболевших прогрессивным параличом к общему числу врожденных сифилитиков выражается 1,5—2,0%. Мальчики заболевают несколько чаще девочек. Прогрессивный паралич встречается как у детей, не представляющих до обнаружения заболевания никаких соматических и психических отклонений, так и у детей, бывших до заболевания физически и психически неполноценными. В последнем случае отмечаются задержка физического развития, деформации черепа, Гутчинсоновская триада, седловидная форма носа и т. д.; та или иная степень интеллектуального недоразвития.

Начало болезни крайне редко бывает острым, обыкновенно болезнь начинается постепенно, исподволь. В одних случаях в начале болезни отмечаются упорные головные боли, мигрени, обмороки; в других случаях (что бывает значительно чаще) первые проявления болезни сказываются приостановкой физического (задержка роста) и психического развития. Нередко в этих последних случаях первыми признаками, обращающими на себя внимание окружающих, являются раздражительность, плаксивость, недоверчивость, упрямство, недостаток инициативы, понижение работоспособности. Больные перестают справляться со своими обычными занятиями, становятся рассеянными, невнимательными, неряшливыми; круг их интересов резко суживается. Перестают усваивать новое, постепенно забывают и то, что было приобретено раньше. Неудачи, отставание в учении от товарищей, выявляющаяся на каждом шагу несостоятельность совсем не беспокоят больного, так как критическое отно-

шение к своему состоянию у него ослаблено, он совершенно не замечает своей деградации.

Параллельно с интеллектуальным распадом отмечается и эмоциональное оскудение. Больной становится эгоистичным, требовательным в выполнении своих желаний, равнодушным, тупым, безучастным к переживаниям других, безразличным к родным, близким. Настроение обыкновенно пониженное, вялое, изредка прерываемое недлительным психомоторным возбуждением, когда больной становится крикливым, суетливым, порывистым, навязчивым.

В других случаях (что отмечается сравнительно реже) с самого начала болезни — возбужденное, приподнятое настроение, большая психомоторная подвижность, большое количество разнообразных желаний. Одни больные при этом проявляют разрушительные склонности, другие становятся беспорядочно-деятельными. Обыкновенно в дальнейшем течении болезни возбуждение сравнительно быстро сменяется апатичностью, вялостью, подавленностью. Нередко еще до полного интеллектуального оскудения выступающие на сцену влечения низшего, органического порядка служат причиной антисоциального поведения ребенка. Происходит это потому, что влечения перестают тормозиться, сдерживаться и, возникнув, тотчас же претворяются в действие. Так, например, на глазах у всех больной может отправить свои естественные потребности, в присутствии посторонних покушаться на изнасилование или беззастенчиво онагировать, совершить кражу понравившейся ему вещи и пр.

В отличие от прогрессивного паралича взрослых психическим расстройствам при юношеском прогрессивном параличе нередко предшествуют соматические симптомы. Наличие некоторых из этих симптомов (хореоформные движения, очаговые симптомы, эпилептиформные припадки) свидетельствуют о близости юношеского прогрессивного паралича к сифилису мозга, т. е. процесс в отличие от взрослых характеризуется у детей меньшей диффузностью, большим наличием местных поражений (Шмидт — Крепелин).

Сравнительно нередко дебют болезни начинается припадками эпилептиформного характера или апоплектиформными инсультами, оставляющими после себя расстройства в виде параличей, парезов. Чаще эпилептиформные припадки бывают одиночными, но возможны случаи, когда они встречаются сериями (Крепелин приводит случай, в котором количество припадков достигало до 500 в неделю).

Из соматических расстройств наиболее рано отмечаются расстройства моторики. В начале заболевания походка несколько связанная, напряженная, в дальнейшем становится неуверенной, спотыкающейся; при стоянии с закрытыми глазами больной резко пошатывается или падает (симптом Ромберга). Со стороны общей моторики отмечаются разболтанные, неуклюжие, размашистые движения; постепенно слабеет сила рук и ног. Очень часто появляется тремор (дрожание) рук, языка, а также и всего тела. В ряде случаев наблюдаются хореоформные расстройства движений. Рисунок мимики, вначале несколько стертый — маловыразительное лицо — в даль-

нейшем изглаживается окончательно: лицо амимичное, тупое, застывшее на одном выражении (рис. 43). Речь, несколько замедленная в темпе, постепенно становится неясной, смазанной («словно каша во рту»), отчетливые спотыкания на слогах, как это бывает у взрослых, у детей встречаются сравнительно не часто.

Помимо указанных симптомов, при неврологическом исследовании отмечаются неравномерность зрачков, вялая их реакция на свет, или полное отсутствие этой реакции при сохранности ее на конвергенцию и аккомодацию (симптом Аржиль — Робертсона); иногда полное отсутствие реакции зрачков на свет и аккомодацию. При исследовании глазного дна сравнительно часто наблюдается атрофия зрительного нерва. Сухожильные рефлексy или резко повышены, или, наоборот, понижены, иногда неравномерны. Расстройства со стороны эндокринного аппарата (желез внутренней секреции) при



Рис. 43. Мальчик, страдающий дементной формой прогрессивного паралича. (Собственное наблюдение.)

юношеском прогрессивном параличе встречаются сравнительно часто, сказываясь прежде всего на задержке развития роста: больные физически недоразвиты, инфантильны, выглядят моложе своих лет. Нередко отмечается недоразвитие половых органов (гипогенитализм), отложение жира на животе, иногда резко контрастирующее с общей худобой больного. Сравнительно часто наблюдаются также мраморность кожи, ее сухость, синюшность конечностей, одутловатое лицо с желтоватым грязным оттенком кожи (явление гипотиреоидизма). WaR в крови и спинномозговой жидкости бывает положительной, все же в отдельных случаях она отсутствует, что стоит в известной связи с вялым течением процесса.

Течение болезни нередко длительное, в среднем 5—6 лет, в отдельных случаях до 9—10 лет. Болезнь протекает без резких скачков, без послабления (ремиссий), чем ее течение отличается от взрослых, у которых, отметим попутно, болезнь длится 3—4 года. Иногда в картине болезни (сравнительно редко) наблюдаются кататонические состояния в виде восковой гибкости, эхололии, негативизма. Галлюцинации, как это бывает у взрослых, обыкновенно не наблюдаются.¹ Постепенное оскудение психики приводит к полному распаду, глубокому слабоумию. Больные становятся неопрятными, едят собственные экскременты, тянут в рот несъедобные предметы; очень часто из-за общей физической слабости, параличей лежат в

¹ Клинебергер считает, что галлюцинаций при этой форме никогда не бывает, обыкновенно это лишь иллюзорные восприятия.

постели. Смерть наступает от общего упадка, истощения сил, иногда во время эпилептиформного припадка, иногда в связи с сепсисом (гнилокровием), имеющим своим источником пролежни.

Нарисованная клиническая картина характерна для дементной формы паралича. Эта форма, в отличие от прогрессивного паралича взрослых, наиболее часто встречается у детей.

Маниакальная форма, характеризующаяся наличием стойкого повышенного настроения, психомоторной возбудимостью, ярко выраженными бредовыми идеями величия, у детей встречается сравнительно не часто. Изредка встречающиеся у детей бредовые идеи величия носят нестойкий, отрывочный характер и очень быстро тускнеют на фоне нарастающего слабоумия. Так, например, больные утверждают, что они «переучили все книги», что «у них золотая голова», понимая это не в переносном, а в прямом смысле. У детей скорее приходится встречаться не с бредом, а с конфабуляциями — рассказывание сочиненных ими событий с постоянно меняющимся содержанием. Ажитированная форма паралича с преобладанием раздражительности и резкой психомоторной возбудимости у детей встречается крайне редко.

П а т о л о г о - а н а т о м и ч е с к а я к а р т и н а при юношеском прогрессивном параличе (сходная в основных чертах с параличом взрослых) рисуется в следующем виде: разлитые воспалительные и дегенеративные изменения, сказывающиеся в нарушении строения клеток коры головного мозга, в разрастании глиозной ткани, в размножении капилляров, своеобразном пропирывании сосудов мозга плазматическими клетками. Остановки, задержки в развитии мозга, свойственные конгенитальному сифилису, обыкновенно констатируются и при юношеском прогрессивном параличе, что несвойственно патолого-анатомической картине при параличе у взрослых. Сравнительно нередкими патолого-анатомическими находками гumm и поражением сосудов мозга объясняется то, что в клинической картине юношеского прогрессивного паралича наблюдаются с известной частотой очаговые симптомы (параличи, парезы и пр.).

Р а с п о з н а в а н и е нередко представляет трудности в тех случаях, когда болезнь начинается остро-эпилептиформными припадками. В таких случаях может возникнуть вопрос об эпилепсии, отличиями от которой служат: 1) данные анамнеза, указывающие на сифилитическое отягощение; 2) положительная WaR и безрезультатность антиэпилептического лечения; 3) преморбидная (до заболевания) личность больного (эпилептики иногда и до первого обнаружения припадков проявляют особенности характера в виде резкой раздражительности, вспыльчивости; иногда уже в это время у них отмечаются тугодумство, вязкость мышления, прилипание к аффекту и пр.); 4) наличие неврологических симптомов, изменение моторики; 5) приостановка физического развития, быстро нарастающее слабоумие.

Вначале, когда изменяется характер больного, понижается его работоспособность, могут также встретиться затруднения при отличии от шизофрении. Помимо уже указанных отличий от эпилеп-

сии при распознавании обращают внимание на большую контактность больного, снижение его работоспособности, связанное с интеллектуальным оскудением, наличие в поведении нелепых поступков, продиктованных неосмыслением ситуации.

Крайне внимательным следует быть в тех случаях, когда при олигофрении на сифилитической почве отмечаются симптомы понижения работоспособности, изменения характера. В таких случаях всегда следует подумать о возможности начала прогрессивного сифилитического процесса.

Л е ч е н и е. Совсем не так давно считалось твердо установленным, что лечение юношеского прогрессивного паралича совершенно безрезультатно, так как антисифилитическое лечение не давало сколько-нибудь ощутимого эффекта. В последнее время это мнение, в связи с лечением малярией, значительно поколеблено, хотя все же по сравнению со взрослым это лечение у детей и дает пока менее ощутимые результаты. Нам думается, что сравнительно малая эффективность лечения малярией у детей обязана тому, что случаи юношеского прогрессивного паралича вначале не распознаются, больные переходят от врача к врачу, пока не попадут к специалисту. В таких случаях обыкновенно болезнь значительно запускается, причиняет значительный ущерб психике больного, а потому и результаты лечения мало эффективны. Другим моментом, снижающим результаты лечения, является также и то, что у детей отмечается не только ослабление в связи с болезнью, но и задержки в развитии психики на той стадии, на которой их застала болезнь. В силу этого психический дефект у них больше, чем у взрослых, а потому после проведенного лечения картина улучшения менее ярка. Несмотря на это, в ряде случаев, где ребенок до заболевания не обнаруживал психического недоразвития, где был рано распознан процесс, лечение малярией дает более или менее полное восстановление работоспособности. Вот почему так важно раннее распознавание этой болезни. Как бы ни были пока еще мало эффективны результаты лечения малярией, все же это определенный просвет в той безнадежности, которая существовала раньше в отношении прогрессивного паралича.

Для иллюстрации клинической картины прогрессивного паралича приведем случай, в котором речь идет о мальчике Т. Н., 13 лет. Отец больного заразился сифилисом за три года до его рождения, умер два года тому назад от прогрессивного паралича. Мальчик родился без каких бы то ни было видимых признаков сифилиса, физически и психически развивался без задержки. Когда отец заболел прогрессивным параличом, мальчику была сделана (до этого мать не знала о сифилисе мужа) WaR, давшая слабо положительный результат (+ +). После этого Т. Н. проделал три курса противосифилитического лечения. WaR то была слабо положительной, то отрицательной. Мальчик прекрасно учился в школе, дошел до 5 класса. Мать (инженер по профессии) все время держала ребенка под наблюдением врачей, зорко присматривая ко всем болезненным проявлениям сына. С осени 1934 г. она заметила, что мальчик перестал расти, стал очень полнеть. В ее дневнике, относящемся к этому периоду времени, записано следующее:

25/IX 34 г. Решил довольно трудную задачу, правильно и логично составил ее план, правильно произвел на черновике действия над очень большими числами, а когда стал переписывать задачу начисто, то никак не мог сосредоточиться и

все время пропускал или недописывал нули; вместо 1 000 000 писал 1000, вместо 7055—755.

28/IX 34 г. Сегодня писал диктант, сделал мало грамматических ошибок, но несколько раз пропускал целые слоги. Так, например, вместо «мамочка» написал «мочка», долго сам не мог найти ошибку.

13/X 34 г. После обеда у него *вдруг закружилась голова, подкосились ноги, стал весь каким-то вялым*. Через два часа все эти явления прошли. Вспомнила, что год тому назад он вернулся из школы, упал в передней, у него тогда также подкосились ноги. Я уложила его в постель, через 20 минут он сам встал и начал ходить. Тогда я приписала этот случай слабости на почве малокровия и не обратила на него особенного внимания, в силу его непродолжительности (20 мин.).

8/XI 34 г. Вчера и сегодня несколько раз было непродолжительное (1—2') *головокружение*. Несколько апатичный и вялый.

15/XII 34 г. На головокружения не жалуется, но почему-то к вечеру, когда я ему говорила какие-то ласковые слова, он вдруг попросил: «мамочка, замолчи пожалуйста. Мне очень приятно, что ты меня ласкаешь, но в то же время меня сейчас почему то раздражает каждое слово и твое, и мое собственное. Мне сейчас хочется, чтобы все молчало, чтобы была полная тишина». При этих словах он чуть не заплакал, видно было, что он с трудом сдерживает слезы. За несколько минут перед этим был хорошо настроен.

19/II 35 г. *Вдруг среди занятий ни с того, ни с сего заплакал*. На вопрос, в чем дело, отвечал, что сам не знает. Я прервала занятия, постаралась его успокоить, и только спустя некоторое время он снова привялся писать. Я взглянула в его тетрадь и увидела, что последние две строчки написаны размером в два с половиной раза большими, чем предыдущие. Я обратила на это его внимание, но он ответил: «ничего подобного, у меня все буквы одинаковые». Через несколько минут выяснилось, что у него буквы расплываются в глазах, и он почти не видит, что пишет. Бросил писать и поспешно лег на кровать «мне нехорошо». Через полчаса встал и объяснил, что у него «и голова кружится, и болит, и тошнит, и сам не знаю что».

23/III 35 г. *Встал с каким-то раздражением*. Предметы, попадавшие ему под руку, порывисто отгалкивал или отбрасывал, комкал бумагу, нервно постукивал пальцами по столу, приподнял стул и с раздражением стукнул им о пол. На вопрос, что с ним, ответил: «не знаю, но я весь дергаюсь». Затем это прошло. Он играл, гулял с товарищами и со мной, возился с собакой, вообще был в хорошем настроении.

(За период времени апрель — сентябрь мать дневника не вела, так как была в командировке. Мальчик жил у тетки.)

29/IX 35 г. Говорила о нем с учительницей. Она замечает, что Н. стал *каким-то рассеянным, нередко пропускает буквы*. Однажды поразил ее тем, что не мог ответить на вопрос из пройденного материала, который раньше хорошо знал. На-днях он правильно и быстро решил три задачи и несколько примеров, но в одном из них *полученные в ответе метры вдруг превратил в центнеры и в тонны*. Она считает, что мальчик переутомился и советует ему отдохнуть.

5/X 35 г. Когда он писал вопросы в задачах, он для скорости сокращал слова и должен был ставить точку после каждого сокращенного слова. Это его сбilo и он по рассеянности ставил точки вообще после каждого слова, как сокращенного, так и не сокращенного. Спать лег спокойно, но во сне в течение 2—3 часов *вздрагивал, затем успокоился*.

10/XI 35 г. По дороге в школу *опять жаловался на тяжесть в ногах*. Вечером говорил, что это ощущение не проходило весь день. Он поэтому медленно двигался.

17/XI 35 г. Чувствовал себя хорошо. На головокружение и ноги не жаловался. В школе получил за диктант «отлично». Вечером жаловался, что чувствует себя *каким-то раббитым и подавленным*.

19/XI 35 г. Сегодня стал выполнять дома школьную работу, забыл каное число. *Сначала написал 61/XI, потом зачеркнул, написал 16/XI, снова зачеркнул, написал 91/XI и так оставил*. Только после настойчивых указаний на ошибку, исправил и написал 19/XI. Когда он говорил мне одно грамматическое правило,

он как-то с трудом выдавливал слова, хотя правило знал твердо. Эту трудность произношения отдельных слов я замечала у него несколько раз.

В начале декабря 35 г. мальчик был принят к нам на лечение. Диспластичен, электрическое (избирательное) отложение жира на животе и бедрах. Зрачки неравномерны, реакция их на свет ослаблена. Высокие коленные рефлексы (справа выше, чем слева). Сглажена левая носогубная складка, несколько стертый мимический рисунок. WaR в спинномозговой жидкости положительная. Реакция Нонне Апальта положительная фаза 1, реакция Ланге характерная для прогрессивного паралича.¹ Глазное дно — норма.

Интеллект снижен. Недостаточная натуральная память, ряд пробелов в школьных знаниях: нетвердо помнит таблицу умножения, забыл некоторые даты революционных событий и т. д. При вычитании из 100 по 7 дал следующие результаты: 93, 86, 69, 52, 44, снова 44, 32 и т. д. Безучастен, апатичен, вял. Иногда возьмется за книгу, чтобы ее прочитать, но скоро бросает, жалуясь то на головную боль, то на головокружение или потемнение в глазах. Слабодушен: сравнительно нетрудно заставить его расплакаться, а потом отвлечь внимание и вызвать улыбку.

После прививки малярии (от комара) и специфического лечения наблюдались некоторые изменения в психофизическом состоянии больного: прекратились жалобы на соматические расстройства (головные боли, головокружение), стал более подвижным, исчезло слабодушие; мимика более живая, лучше дифференцирована. Внимание устойчивое, до некоторой степени восстановились бывшие пробелы в школьных знаниях.

Мы пока лишены возможности проследить стойкость этих улучшений, так как случай заболевания недавний, лечение его закончилось в марте 1936 г. Сведения, полученные о мальчике в ноябре 1937 г., говорят о некотором (весьма незначительном) снижении интеллекта; все же он занимается в массовой школе, проходя ее курс с помощью педагога на дому. Жалоб на соматические расстройства не отмечается.

XI. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СВЯЗИ С ПОДОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ.²

Эпидемический энцефалит.

Этиология и патогенез. Болезнь выделена и изучена лишь в последнее время, чему способствовала наблюдавшаяся в ряде стран (1919—22 гг.) эпидемия этого заболевания.

Этиологию эпидемического энцефалита связывают с особым возбудителем, до настоящего времени еще не открытым. Об особенно-

¹ Реакция Нонне Апальта: к 2 куб. см спинномозговой жидкости прибавляется такое же количество сернистого аммония, выпадают глобулины. Если после трех минут появляется опалесценция или муть, то реакция считается положительной, это так называемая фаза 1. Эта фаза встречается при прогрессивном параличе, сухотке спинного мозга, менингите, при тяжелой форме артериосклероза мозга.

Реакция Ланге: искусственно приготовленный красный коллоидный раствор золота смешивается в различных количественных отношениях с спинномозговой жидкостью, при этом цвет реактива подвергается характерным изменениям: от красного через фиолетовый, голубой вплоть до полного обесцвечивания. Спинномозговая жидкость здорового человека не меняет красного цвета коллоидной жидкости. При прогрессивном параличе наблюдается резкое обесцвечивание при первых степенях разбавления.

² В эту группу расстройств входят также описанные в предыдущей главе сифилис мозга и прогрессивный паралич.

стях яда при эпидемическом энцефалите известно, что путем прививки удается заражение животных (особенно кроликов, обезьяны менее податливы); яд этот содержится в слюне, отделяемом носа и пр., отличается очень большой стойкостью (разрушается при нагревании выше 50°, высушивание его не разрушает). Воротами для проникновения яда в организм считают слизистую оболочку носа и зева, откуда, как думают, инфекция по нервным стволам проникает в головной мозг. Как показывает само название болезни, она распространяется эпидемически, но возможны и отдельные случаи заболевания вне эпидемии. Обычно заболевание усиливается зимой. Болезнь не щадит ни одного возраста и встречается как в раннем детстве, так и в грудном возрасте. Все же несколько обобщая, можно сказать, что чем моложе возраст, тем реже встречается заболевание. Мужчины предрасположены к заболеванию больше женщин, то же следует сказать и относительно мальчиков, превосходящих в процентном отношении в смысле заболевания девочек.

Острая стадия болезни. Симптомы при эпидемическом энцефалите весьма разнообразны. В ряде случаев болезнь начинается постепенно, предвестниками, вначале напоминающими собой состояние, наблюдаемое при гриппе. Это сходство симптомов подчеркивается иногда еще и тем, что в период предвестников отмечается незначительное повышение температуры. Ребенок вял, апатичен, жалуется на головные боли, ломоту во всем теле, конечностях, усталость, разбитость; иногда наблюдается беспокойный сон, бред по ночам. Обыкновенно подобное состояние длится несколько дней, лишь изредка затягиваясь на недели. Часто это недомогание не нарушает привычной деятельности ребенка: он продолжает посещать школу, играть со сверстниками и т. п. Нередко уже в это время слышатся впервые жалобы на двоение в глазах, иногда наблюдаются приступы сонливости. После этих предвестников, а иногда и без них, внезапно наступает острая стадия болезни.

Острая стадия по своим симптомам неодинакова; принято различать две формы со множеством переходов между ними. В одних случаях отмечаются лихорадочное состояние, сонливость, глазодвигательные расстройства; сюда же нередко присоединяются хореиформные, атетоидные движения, иногда каталепсия. В других случаях на первый план выступают психомоторное возбуждение, бред, клонические подергивания мышц, дрожание, хореиформные движения.

Сравнительно часто острая стадия начинается повышением температуры, не достигающей высоких степеней (колеблется в пределах 38—39°). Наиболее ярким симптомом заболевания является расстройство сна. Если сонливость наблюдается в период предвестников, то она чаще бывает кратковременная, когда больной на несколько минут засыпает во время еды, за работой, иногда на ходу. В острой стадии болезни больной спит непрерывно, все же его можно разбудить в любой момент. Просыпаясь, он ориентирован в окружающем, правильно отвечает на вопросы, выполняет предъявляемые ему требования (следовательно, его сон не бессознательное состояние,

а скорее приближается к нормальному сну). Стоит оставить больного в покое, как он снова тотчас же засыпает, иногда не закончив того или иного действия; например, с ложкой во рту, которой он только что пользовался для приема пищи. В других случаях наблюдается обратное явление — упорная бессонница: больной часами не может сомкнуть глаз, сон его скорее похож на легкую дремоту, из которой он быстро выходит с тем, чтобы вскоре снова в нее не надолго погрузиться. У одних больных бессонница сопровождается крайне тягостным чувством разбитости, усталости, напряжения; у других нет никаких неприятных ощущений, как будто у них пропала нормальная потребность во сне. Нередко в периоды бессонницы отмечается своеобразное двигательное беспокойство: при ясном незатемненном сознании больной что-то перебирает в руках, постоянно двигается, как бы приминая постель и удобнее укладываясь, дотрогивается, ощупывает свои органы и пр. С внешней стороны движения производят впечатление целесообразных действий, но это лишь проявление двигательного возбуждения, действия носят насильственный характер, больные не в состоянии объяснить, почему они производят эти действия (Beschäftigungdelirium).

Наиболее часто встречающимися и наиболее ранними симптомами являются расстройства со стороны глаз. Нередко еще в период предвестников больные жалуются на двоение в глазах. Очень часто в это же время отмечается и косоглазие, усиливающееся в острой стадии болезни. В острой стадии, кроме того, отмечается одностороннее или двухстороннее опущение верхнего века (ptosis). С окончанием острого периода болезни птоз и двоение в глазах обыкновенно исчезают, хотя в отдельных случаях могут наблюдаться и в хронической стадии.

Хореиформные движения чаще всего наблюдаются в конечностях, сравнительно редко затрагивают лицо. От хореи они отличаются меньшим объемом, большим сходством с целевыми движениями: больной как будто что-то отстраняет руками, отталкивает ногами и т. п. Атетоидные движения в остром периоде болезни встречаются крайне редко. Короткие сокращения отдельных мышц или мышечных групп (миоклония) затрагивают чаще всего мышцы лица, затылка, верхних конечностей, живота, бедер. В отличие от хореиформных движений миоклония часто не проходит и во сне. Сравнительно нередко наблюдается дрожание (tremor) рук, век, языка, туловища. Не часто встречаются эпилептиформные судороги. Из вегетативных расстройств отмечается резкое слюнотечение; увеличенное отделение слюнных желез с припухлостью лица, особым его блеском, реже встречается в острой, чаще в хронической, стадии болезни.

Крайне редко острая стадия эпидемического энцефалита протекает в виде психического расстройства, сопровождающегося психомоторным возбуждением, бредом, спутанностью сознания. При этом нередко отмечаются хореиформные движения, миоклония. В других случаях наблюдается не психомоторное возбуждение, а резкая заторможенность с оглушенным состоянием сознания:

больной или застывает подолгу в одной позе, или неподвижно лежит в кровати, совершенно не реагируя на внешние раздражители. Такое состояние длится несколько недель, постепенно переходя в хроническую стадию. По сравнению с психомоторным возбуждением подобное начало энцефалита встречается у детей сравнительно реже.

Течение острой стадии у различных больных неодинаково. Лихорадочное состояние длится от нескольких дней до 2 недель, температура спадает постепенно; нередко в течение острого периода температура дает еще 2—3 недлительных подъема. Весь острый период болезни продолжается от нескольких дней до $1\frac{1}{2}$ — 2 месяцев, в отдельных случаях и значительно больше. Смертность во время острого периода по данным различных авторов колеблется от 10 до 35%. Бывает ли полное выздоровление после эпидемического энцефалита — вопрос открытый и до настоящего времени, так как мнения авторов резко между собой расходятся. Даже в тех случаях, когда наступило улучшение состояния после болезни, всегда таится для больного опасность нового рецидива, наступающего иногда через несколько месяцев, а иногда и через годы. Принято считать, что в подавляющем проценте случаев болезнь переходит в хроническую стадию.

Х р о н и ч е с к а я с т а д и я наступает или непосредственно вслед за острым периодом болезни, или развивается спустя некоторое время (иногда годы) после него. Симптомы расстройств при хроническом энцефалите складываются, с одной стороны, из остатков нарушений (резидуальные явления), происшедших в остром периоде болезни, с другой — из новых симптомов, обусловленных тем, что продолжающийся действовать в организме яд энцефалита поддерживает деструктивный процесс в мозгу.

Таким симптомокомплексом, свойственным преимущественно хронической стадии болезни, является *паркинсонизм*.¹ При паркинсонизме отмечается скованность мускулатуры всего туловища, головы и конечностей; нередко наблюдается дрожание рук (главным образом пальцев). Активные и пассивные движения затруднены, отмечается повышение тонуса мышц (гипертония), при этом сухожильные рефлексы обычно не повышены, патологические рефлексы отсутствуют. Нередко при стоянии и ходьбе туловище и голова наклонены вперед, опущенные вдоль туловища руки свисают до уровня колен (обезьяноподобная, питекоидная осанка). Ассоциированные движения отсутствуют, что придает походке больного вид куклы, манекена. Автоматические движения также отсутствуют: больной не отскакивает назад, не откидывает голову при угрожающем жесте, опасности. Выразительные движения (мимика и жестикуляция) крайне бедны: нередко лицо — амимичное, жесты невыразительные, скованные. Движения крайне замедлены (*брадикинезия*), очень часто не доводятся до конца. Иногда, совершая

¹ Симптомокомплекс получил название «паркинсонизма» за известное сходство симптомов, наблюдаемых при болезни Паркинсона (*paralysis agitans*).

то или иное действие, больной останавливается на полпути, подолгу сохраняя случайно принятую таким образом позу (*статуеобразное положение*). В отдельных случаях наблюдаются пульсии: ретропульсия, когда больного тянет назад или он падает назад, пропульсия — падение вперед, латеропульсия — падение в сторону.

К явлениям паркинсонизма следует также отнести и своеобразные припадки, наблюдающиеся сравнительно не часто у больных. Эти припадки происходят без потери сознания, в виде опукания на корточки, приседания, падения и т. п.; во время припадка резко повышается тонус мышц (почти невозможно разогнуть у больного руки, ноги), повышаются сухожильные рефлексы, учащается пульс, усиливается слюноотечение. Длительность припадка 1—2 минуты, наблюдается от одного до нескольких припадков в день.

Наблюдаемые в хронической стадии расстройства речи являются весьма характерными: речь монотонная, маловыразительная, крайне медленная (в отдельных случаях, наоборот, ускоренная); иногда из-за пареза п. *vagus* (блуждающего нерва) с гнусавым оттенком. Сравнительно не часто отмечается истощение речевого аппарата, когда больной в течение известного времени совершенно не может говорить.

У некоторых больных встречаются расстройства дыхания в виде приступов одышки. Длительность этих приступов обыкновенно исчисляется минутами (3—5), повторяются они по нескольку раз в день, иногда бывают и ночью. Нередко также отмечаются расстройства глотания и жевания.

Крайне важным симптомом хронической стадии являются своеобразные изменения психики. Если интеллект формально и не страдает, то все же интеллектуальная деятельность часто страдает из-за крайней медленности психических процессов (брадифрения). Например, на предложенный вопрос ответ следует не сразу, а спустя длительный промежуток времени, при этом ответ дается по существу. С другой стороны, нередко особенности аффективной жизни больных накладывают известный отпечаток на интеллектуальную деятельность, центрируя внимание на определенных переживаниях, суживают круг интересов больного. Наконец, оторванность из-за болезни от обычной обстановки обуславливает отставание в развитии от сверстников. В сравнительно редких случаях, что стоит в связи с особенностями локализации процесса, наблюдается та или иная степень слабоумия.¹ Весьма важными психическими изменениями у энцефалитиков являются понижение активности и инициативы (своеобразная психическая адинамия). В других случаях наблюдаются изменения психического состояния, сближающиеся с психопатиями, о них подробно речь будет дальше.

Из симптомов острого периода болезни в хронической стадии в качестве остаточных (резидуальных) явлений наблюдаются расстройства сна, расстройства со стороны глаз, различные гиперки-

¹ Некоторые авторы отмечают в своих случаях сравнительно часто встречающуюся интеллектуальную недостаточность у детей и подростков, перенесших эпидемический энцефалит.

незы, расстройства чувствительности и вегетативно-эндокринные изменения. Обычно расстройства сна в хронической стадии выражены менее значительно и часто сказываются в затруднении засыпания, беспокойным сном ночью, сонливостью днем. Все же в отдельных случаях отмечается упорная бессонница или большая склонность к сонливости днем. Иногда наблюдается извращение «формулы» сна: ночью бессонница, сон днем или в течение первой половины дня.

Расстройства со стороны глаз также менее рельефно выражены, чем во время острого периода болезни, но все же в отдельных случаях отмечаются двоение в глазах, опущение верхних век, редкое мигание (расширенные глазные щели при редком мигании придают выражению лица больных своеобразный вид). Из гиперкинезов встречаются миоклонии в различных мышцах, ритмические судороги лица, тремор (дрожание) и пр.

Расстройства чувствительности, наблюдаемые в острой стадии, здесь также имеют свое место. Обычно это боли в различных местах тела; их объясняют центральным происхождением, так как отсутствуют так называемые болевые точки. Нередко наблюдаются парестезии в виде неприятных ощущений в носу, слизистой оболочке глаз и т. д.

Расстройства вегетативно-эндокринного аппарата сказываются в повышенном слюноотделении, чрезвычайной потливости, повышенной жажде, ускорении пульса и пр. Сюда же относятся сальное лицо, избирательное отложение жира и пр.

Несмотря на разнообразие симптомов, наблюдаемых в хронической стадии, их все же возможно до известной степени объединить, выделив две формы: адинамическую и гипердинамическую (Гуревич). Без сомнения, все разнообразие клинических случаев не всегда уложится в ту или иную форму, но все же наиболее типичные случаи найдут в них свое отражение.

Адинамическая форма. Эта форма у детей встречается сравнительно реже, чем у взрослых; характеризуется она наличием: а) паркинсонизма и б) психической адинамии, т. е. ослабления импульса к деятельности при сохранности интеллекта. В одних случаях явления паркинсонизма, выраженные то более, то менее отчетливо, остаются в картине болезни без существенных изменений; в других случаях они имеют тенденцию несколько сглаживаться, в третьих случаях, наоборот, — усиливаться. Психические изменения не идут параллельно с паркинсонизмом, и в отдельных случаях при наличии тяжелого паркинсонизма изменения психики сравнительно мало выражены; в других случаях на первый план выступают психические изменения при более или менее сглаженных явлениях паркинсонизма.

Со стороны психики в более легких случаях отмечаются повышенная утомляемость, неустойчивость настроения, ипохондрические жалобы, неуверенность в себе, в своих силах, отсутствие волевого напряжения в доведении начатого дела до конца, отсутствие инициативы, ожидание помощи, поддержки со стороны.

В более тяжелых случаях отмечаются резкое замедление психических процессов (*брадифрения*), аналогичное замедление движений (*брадикинезия*), иногда наблюдаются каталептоидные явления. Нередко больные безучастны, самостоятельно в контакт не вступают, но на вопросы отвечают по существу, чаще отрывочными короткими фразами. В отдельных случаях больные мало инициативны, бездеятельны (например, сидят часами в одной позе); чаще же могут по настоянию выполнить несложную работу, не требующую большого волевого напряжения, усилия, внимания. Речь обыкновенно замедлена, иногда, наоборот, резко ускорена; в отдельных случаях темп речи настолько быстрый, что больного бывает трудно понять, до того неразборчива его речь.

Некоторые случаи адинамической формы могут дать повод к смешению их с шизофренией. При распознавании отличительными признаками от шизофрении будут: 1) отсутствие при энцефалите отгороженности, аутизма; больные доступны, с ними возможен контакт; 2) отсутствие бреда, галлюцинаций; 3) восприятие недостатка собственной активности путем зарядки от других, «заражается чужой волей»; 4) отсутствие своеобразных особенностей шизофренического мышления; 5) наличие паркинсонизма; 6) в ряде случаев проливает свет хорошо собранный анамнез.

Гипердинамическая форма. Гипердинамическая форма характеризуется изменениями в эмоционально-волевой сфере, напоминающими своеобразные психопатические состояния. Эта форма встречается почти исключительно у детей и подростков; у взрослых подобные изменения наблюдаются крайне редко, причем у них эти изменения психики не занимают в картине болезни ведущего положения. Гипердинамическая форма возникает после острого периода болезни не сразу, а спустя месяцы, иногда годы. В ряде случаев острый период энцефалита, протекающий после какой-нибудь инфекции (гриппа, кори), совсем не распознается или считается осложнением перенесенной инфекции, а потому наступающие в психике ребенка изменения являются для окружающих часто совершенно неожиданными. Подобная неожиданность находит себе объяснение также и в том, что при гипердинамической форме неврологические симптомы или выражены незначительно, или совершенно отсутствуют (в частности, не наблюдается паркинсонизма). Интеллект обыкновенно не затронут, отмечаются лишь своеобразные изменения характера.

Наблюдаемые после эпидемического энцефалита изменения характера весьма разнообразны, но все же их можно объединить в более или менее типичные симптомокомплексы. Один из таких симптомокомплексов по предложению А л ь б р е х т а получил название «анэтического», по терминологии французских авторов — «тип апаша» (*apache type*). В основу этого симптомокомплекса положены этическая недостаточность, моральные уклонения детей, их антисоциальное поведение (воровство, бродяжничество, обостренная сексуальность, агрессивность, злобность, жестокость и т. д.). Название этого симптомокомплекса «анэтическим» является неудачным,

так как: 1) этим термином подобные случаи сближаются с состояниями, которые раньше описывались как «моральное помешательство» (*moral insanity*), 2) не вскрывается сущность происходящих в психике изменений. Принять термин «анэтический» (без этики, без морали) — это значит снова возвратиться к тому получившему у нас вполне справедливое осуждение термину «морально-дефективный», которым штамповался почти каждый ребенок с антисоциальным поведением. А так как при этом некоторые авторы неправильно понимают «мораль» как нечто врожденное, то принятие этого термина снова отбросит нас назад к Ломброзо с его учением о «врожденном преступнике». Если советская психиатрия отбросила, как неверное, понятие о *moral insanity*, то не следует под тем или иным новым термином вводить эту уже осужденную, неправильную концепцию. Термин французских авторов («тип апаша») ставит акцент на антисоциальном поведении, уподобляя ребенка, подростка апашу, хулигану. Признак «антисоциальность», не вскрывая сущности наблюдаемых отклонений, неприемлем для медицинских целей также и потому, что он в конечном итоге приводит к биологизации социальных явлений.

То состояние, которое описывается как «анэтический симптомокомплекс», обязано в основном расторможению низших (органических) влечений. В резко выраженных случаях эти влечения становятся непреодолимыми и обыкновенно, возникнув, тотчас же претворяются в действие, в силу чего поступки носят импульсивный характер. Например, подросток может в присутствии посторонних отправить естественные потребности; правильно отвечая на вопросы, может неожиданно встать с места, подойти к столу, начать перебирать предметы, почти на виду положить в карман понравившуюся ему вещь. Такое поведение может создать впечатление об интеллектуальной недостаточности, из-за которой больной неправильно осмысливает ситуацию. Это впечатление ложное: интеллект больного сохранен, но у него нет тормозов, а потому его поступками управляют только влечения. В менее резко выраженных случаях ребенок перестает считаться с интересами окружающих, становится эгоистичным, настойчивым, агрессивным в достижении своих целей, связанных с удовлетворением влечения данного момента. Неисполнение его желаний нередко вызывает бурную аффективную вспышку; ребенок грубеет, проявляет резкое упрямство, злобность, раздражительность. В ряде случаев, когда не удается удовлетворить возникшее влечение законным способом, больной для осуществления его встает на антисоциальный путь.

В некоторых случаях наблюдается повышенное сексуальное влечение, находящее себе отток в безудержном онанизме или сказывающееся в попытках к изнасилованию. Иногда проявляются и садистические наклонности в виде кусания, царапания, жестоких мучений, причиняемых более слабым детям, истязания животных. В отдельных случаях отмечается стремление постоянно менять обстановку, причем иногда и в этом бродяжничестве сказывается импульсивный характер.

Из приведенного схематического описания клинической картины этого состояния все же не трудно видеть, что основным моментом, обуславливающим подобный симптомокомплекс, является «обнаженный Trieb» (влечение), а не антисоциальность, являющаяся лишь вторичным, производным (и при этом совсем необязательным) моментом.

Наряду с этим симптомокомплексом встречаются и другие. Один из них (Гуревич называет его дистимическим) сказывается в пониженном настроении, плохом самочувствии, плаксивости, постоянном пристаивании к окружающим со всевозможными жалобами, просьбами, в болтливости на разные темы и пр. Герстман (Gerstmann) называет подобное состояние навязчиво повышенным стремлением к общению (Mitteilungsdrang). Несмотря на подобное стремление к общению, эти больные часто бывают одиноки, так как они раздражают сверстников своей навязчивостью, мелкими ссорами, вечными жалобами и недовольством. Не находя себе пристанища у детей, больные ищут общества взрослых, но и здесь обыкновенно не приживаются: утомляют их назойливостью, нескончаемые просьбы и жалобы, постоянная болтливость, в которой они нередко передают всевозможные слухи, сплетни. Предоставленные самим себе, больные подолгу ничем заняться не могут и, несмотря на то, что их все от себя прогоняют, они снова и снова пытаются завязать общение с окружающими, причем ни угрозы, ни удары по их самолюбию, ни другие всевозможные препятствия их от этого не останавливают.

Близок к дистимическому и другой симптомокомплекс — гипертимический (Гуревич), при котором отмечаются повышенное настроение и психомоторное беспокойство. Последнее сказывается в постоянной суетливости, перескакивании с места на место, в перебирании предметов, назойливом пристаивании к окружающим. Иногда на общем фоне хорошего настроения выявляются раздражительность, грубость, лживость.

Течение хронического энцефалита длительное. При адинамической форме наблюдаются колебания в течении: периоды послабления болезни (ремиссии) и ухудшения. Нередко ухудшения в течении бывают настолько значительными, что они полностью инвалидизируют больного, делая его совершенно непригодным к какой бы то ни было деятельности. В отдельных случаях ухудшения приводят к резкому ослаблению организма и смерти. Гипердинамическая форма характеризуется более постоянным течением. В некоторых случаях симптомы постепенно бледнеют и приспособляемость больного к окружающим условиям восстанавливается почти полностью. Нередко больные с гипердинамической формой крайне тяжелы в условиях общежития, постоянно приходят в конфликт с окружающим, дают частые рецидивы правонарушений.

Патологическая анатомия. Патолого-анатомическая картина при эпилептическом энцефалите приближается к той, которая наблюдается при прогрессивном параличе. Отличия заключаются в локализации: при прогрессивном параличе отмечается

главным образом корковое поражение и при этом большее распространение процесса, при эпидемическом энцефалите в острой и хронической стадиях наблюдаются воспалительные явления в продолговатом и среднем мозгу, а также в подкорковых узлах (преимущественно в полосатом теле, зрительном бугре). В отдельных случаях описаны также поражения коры лобных долей.

Р а с п о з н а в а н и е гипердинамической формы может встретить затруднения при отграничении от конституциональных психопатий. Известными отличиями при дифференциальном диагнозе могут служить: 1) данные анамнеза, указывающие на определенный момент начала изменения психики, 2) иногда наличие неврологических симптомов, 3) затруднения при отнесении к какой-либо определенной форме конституциональной психопатии (большая мозаичность психических изменений), 4) меньшая зависимость течения от благоприятных внешних условий, 5) меньшая эффективность лечебных и педагогических мероприятий.

В некоторых случаях возникают сомнения при отграничении от состояний, сходных с психопатиями при сифилисе мозга. Следует помнить, что WaR не может служить достаточно надежным опознавательным признаком, так как она иногда, несмотря на полное исключение клиническими данными сифилиса, все же бывает положительной. В таких случаях диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения клинической картины психических изменений, в которых вырисовываются или расторможенность влечений при сохранности интеллекта, или *Mitteilungsdrang* при дистимическом симптомокомплексе, или психомоторное беспокойство и назойливость при гипертимическом симптомокомплексе.

Иногда приходится отграничивать эпидемический энцефалит от последствий (*residua*) параинфекционного энцефалита. В таких случаях при распознавании следует обращать внимание на то, что при эпидемическом энцефалите: 1) отсутствуют грубые очаговые симптомы и, наоборот, встречаются не свойственные параинфекционному энцефалиту такие глазные симптомы, как двоение в глазах, паралич конвергенции и т. д., 2) обыкновенно не наблюдается снижения или недоразвития интеллекта, что часто сопровождает параинфекционный энцефалит, 3) отсутствуют диспластичность телосложения и задержка физического развития, нередко наблюдаемые при параинфекционном энцефалите.

Л е ч е н и е. Несмотря на многочисленные попытки лечения (уротропин, салициловый натр, ртутная серная мазь, внутривенное вливание иода, впрыскивание молока, скополамин и многое другое), сколько-нибудь эффективных результатов до сих пор не получено. Лечебные и педагогические мероприятия дают известный результат при систематическом их проведении, когда правильно дозирован режим и настойчиво проводится рабочая терапия. Само собой разумеется, что при хорошо организованном присмотре правонарушений не бывает. Катамнез ряда наших случаев указывает на то, что некоторые тяжелые правонарушители с так называемым «анатическим симптомокомплексом», находившиеся в условиях за-

крытого лечебного учреждения, впоследствии настолько выровнялись, что выполняли на производстве более или менее сложную работу, не обнаруживая никаких дефектов поведения.

На значительное улучшение в поведении (в зависимости от условий лечения и воспитания) у постэнцефалитиков с резкими изменениями характера указывают также Тиле, Ланге и др.

Приведем для иллюстрации несколько клинических случаев.

З. Д., 16 лет. Наследственного отягощения по восходящей и боковой линиям не отмечается. Больной — второй ребенок по счету (сестра старше его на 2 года, физически и психически здорова; других детей в семье не было). Ранее физическое и психическое развитие без отклонений. В возрасте 12 лет после гриппа у больного в течение нескольких дней была бессонница, сменившаяся резкой сонливостью. Сонливость продолжалась около 3 недель, сопровождалась повышением температуры (до 38,5—39,0°). После этого больной продолжал посещать школу, но вскоре родные отметили, что он стал медлительным, вялым, апатичным (до этого был живым мальчиком). Сам больной жаловался на головные боли, двоение в глазах. Приблизительно через полгода появилось дрожание сначала одной, а через несколько месяцев и другой руки. Много лечился, но безрезультатно.

При исследовании в клинике отмечено: маскообразное лицо, кожа сальяная, редкое мигание. Мелкий тремор (дрожание) обеих верхних конечностей. Дрожание особенно заметно в покое, при волнении усиливается, при активных движениях уменьшается, во время сна совершенно отсутствует. Повышенный тонус мышц (гипертония), более значительно выраженный слева. Сухожильные рефлексы повышены, патологических рефлексов не отмечается. Походка манекена; говорит медленно, с большими паузами, речь плохо модулирована.

Клиническое наблюдение и исследование никаких нарушений интеллекта не обнаруживают. Запас школьных сведений соответствует тому классу, из которого выбыл больной. Настроение апатичное, вялое, иногда прерываемое плачем. В контакт с детьми не вступает, сидит один или ходит из угла в угол, ничего не делая, лишь при инициативе со стороны начинает читать, работать в мастерской, но тотчас же прекращает занятия, как только перестает действовать стимул, побудивший его к деятельности.

Прибыл в клинику три месяца, выписан без улучшения.

Диагноз: *эпидемический энцефалит*. Хроническая стадия, *динамическая форма*.

Р. В., 12½ лет, происходит из наследственно неотягощенной семьи. У его матери было 4 беременности, кончившихся срочными родами; все дети живы, братья и сестры испытуемого здоровы.

Испытуемый родился от первой беременности: ранее физическое и психическое развитие протекало без запозданий. До 6 лет рос спокойным, тихим, послушным, ласковым ребенком. В возрасте 6 лет заболел: в течение 1½ мес. спал по целым суткам (будили, чтобы накормить), жаловался на двоение в глазах, было сильное слонотечение. В дальнейшем сонливость сменилась бессонницей, продолжавшейся несколько недель.

После болезни резко изменился: стал раздражительным, постоянно ссорился с товарищами, дразнил и избивал их. Тогда же начал воровать, брал сначала у своих, а потом и у посторонних. Деньги проедал на сладости, покупал на них «красное вино», водки не пил. 8 лет пробовали отдать его в школу, но оттуда за невозможное поведение (постоянный срыв дисциплины и воровство) был исключен. После этого начинаются странствования больного по детским учреждениям, где он подолгу не задерживался, убегая из них через несколько дней пребывания. Попрежнему занимался кражами, иногда, как гласит запись в протоколе, «приводился в день по несколько раз».

Я наблюдал больного в институте психиатрической экспертизы, при поступлении в который отмечено: отставание роста и веса от возрастных норм, незначительное косоглазие, легкое дрожание век и вытянутых пальцев рук, значительная потливость, повышенная вазомоторная реакция. Мимика скудная,

мало дифференцированная. WaR в крови отрицательная. Больной хорошо ориентирован в месте, времени и окружающем. Во время беседы с врачом держится свободно, даже развязно, очень суетлив, непоседлив: изгрыз лежащий на столе карандаш, ерзает на стуле, вскакивает с места, подбегает к окну, садится на подоконник. Иногда приходится насильно отнимать у него вещи, которые он вертит в руках, так как этим отвлекается его внимание от беседы; приказание положить вещи, сидеть спокойно остается безрезультатным. О своих правонарушениях рассказывает охотно, бравирует ими, утверждает, что им совершенно значительно больше краж, чем об этом знает милиция. Отношение к своему поведению совершенно не критическое.

В отделении испытуемый крайне труден из-за своей суетливости, навойливости, неуживчивости с товарищами, импульсивности. Все время психомоторно возбужден, шалит, смеется, задирает других детей, по малейшему поводу дает бурную аффективную вспышку с криком, слезами, агрессией. Однажды, повздорив в мастерской из-за пустяка с одним из подростков, пришел в ярость, схватил нож и пытался ударить им в спину противника. Сверстники за постоянное приставание к ним и поддразнивания его не любят, часто нападают на него, пытаются избить. Сам же он не злопамятен; истощив гнев в импульсивной вспышке, быстро забывает об обиде. Рациональная регуляция его поведения недостаточная, жизненный опыт почти не образуется, предвидение последствий своего поступка часто отсутствует. Так, например, после упомянутой истории с ножом, испытуемого пришлось изолировать в отдельную палату, так как сверстники собирались ему отомстить; он знал об этом и все же настойчиво требовал, чтобы его пустили к товарищам. При отказе дал бурную аффективную вспышку.

В ответ на замечания и уговоры больной обещает исправиться, вести себя как следует, но тотчас же забывает о своих обещаниях. Жизнь влечений у него выступает на первый план, пищевые влечения являются ведущими. Очень прожорлив, мысли его постоянно заняты едой; во время занятий беспокоится как бы не пропустить обед, при разговоре о еде оживляется, описывая любимые блюда, называет их ласкательными именами. Ничто другое кроме еды его не интересует, ни к какому занятию он не высказывает склонности. В мастерской работает очень плохо, переходит от одного занятия к другому, ни одного дела не доводит до конца; шумит, суетится, мешает другим, в силу чего его неоднократно приходилось удалять из мастерской. Занятия с педагогом также плохо налаживаются (суетлив, перескакивает с места на место, легко отвлекаем и т. д.), хотя формально он способен к приобретению школьных навыков и знаний.

Диагноз: *эпидемический энцефалит*. Хроническая стадия, *гипердинамическая* форма.

Больной выписан в психиатрическую колонию.

Инфекционная хорей.

Болезнь известна под целым рядом названий: малая хорей, пляска св. Витта, хорей Сиденгама (Sydenham). Сиденгам первый, и притом на основании всего пяти случаев, выделил хорейю от сходных с ней заболеваний (середина XIX в.).

Хорейя является исключительно детским заболеванием, свойственным концу дошкольного (редко заболевают дети моложе шести лет), главным же образом школьному возрасту; после 15 лет хорейя почти никогда не встречается. Среди девочек процент заболевания хореей выше, чем среди мальчиков. Обыкновенно болезнь встречается в зимние месяцы и ранней весной, крайне редко летом. Хорейю относят к инфекционным заболеваниям, причем возбудитель болезни до настоящего времени не обнаружен. В последнее время поднимался вопрос о средстве яда хорей и эпидемического энцефалита, но пока еще слишком мало данных за то, чтобы ответить на этот вопрос поло-

жительно. В анамнезе больных хореей нередки указания на суставной ревматизм, на заболевания сердечных клапанов (эндокардит), часто или предшествующие хорее или развивающиеся одновременно с ней. В ряде случаев хорея начинается после скарлатины, ангины, рожистого воспаления. Связь хорей с перечисленными заболеваниями до настоящего времени остается невыясненной.

При заболевании хореей известную роль играет соматическая неполноценность родителей в виде туберкулеза, ревматизма, а также та или иная психическая недостаточность: психопатии, постинфекционные психозы и т. д. (К е р е р, Е. Осипова). Значительно большее влияние, в смысле фактора, predisposing к заболеванию хореей, оказывает конституция больного. Конституциональные особенности хорейка в соматической области сказываются в виде общей физической слабости, а также недостаточности сердечно-сосудистой системы, в невро-психической области — неустойчивости вегетативного аппарата, раздражительной слабости нервной системы, пониженного психического тонуса, недоразвитой моторики (Е. Осипова).

С и м п т о м а т о л о г и я. Болезнь начинается постепенно, без повышения температуры. Вначале отмечаются психические изменения, к которым вскоре присоединяется своеобразное расстройство движений. Первые симптомы болезни сказываются несколько повышенной раздражительностью, капризами, неустойчивостью настроения, легкой утомляемостью. Через несколько дней нарастает психомоторное беспокойство (реже состояние угнетения), более рельефно выступают раздражительная слабость и истощаемость нервной системы: ребенок быстро утомляется, раздражается по ничтожному поводу, грубит, дерзит при неисполнении его желаний, плачет по пустякам, плохо спит, аппетит понижен. Нередко в начале болезни окружающие принимают ее проявления за капризы, лень, шалости ребенка и случается, что за это его наказывают.

Обыкновенно с усилением психических явлений наблюдается начало характерных для хорей разнообразных произвольных движений отдельных мышечных групп и частей тела, что обуславливает расстройство координации движений. В начале заболевания, а при легких случаях хорей и в дальнейшем течении болезни, отмечается лишь незначительное двигательное беспокойство в кистях рук. Обыкновенно это сказывается в том, что ребенок начинает неряшливо писать, разбрызгивает чернила, роняет мелкие предметы и пр. В дальнейшем к этому присоединяются беспокойство мышц лица, подергивание плеч, надплечий; при лежачем положении замечается подергивание мышц конечностей. При волнении, физическом усилии, утомлении произвольные движения становятся более выраженными, при покое — ослабевают, во время сна становятся малозаметными, почти отсутствуют. Волевым усилием больной может на один короткий момент подавить эти движения. На 3—4 неделе от начала заболевания как произвольные движения, так и психические изменения достигают своего максимального развития.

В более тяжелых случаях хорей произвольные движения выражены значительно рече. Отмечаются: сильное гримасничание,

прицелкивание языком, резкое запрокидывание головы. Жевание затруднено, больной не сразу проглатывает пищу. Речь также расстроена: иногда больной с трудом по частям произносит слово, иногда первую половину слова громко выкрикивает, вторую — произносит совершенно беззвучно. Почти непрерывные подергивания в конечностях и туловище мешают целевым движениям. Больной не в состоянии самостоятельно есть: разликает пищу, пронесит ложку мимо рта, посуда падает из рук, руку подает броском, протянутую руку схватывает после ряда неудачных попыток. Спокойно сидеть он также не может: то подпрыгивает, то ерзает на месте, то притоптывает ногами. При ходьбе его или отбрасывает в сторону, или у него подкашиваются ноги. Пребывание в постели несколько ослабляет двигательное беспокойство, но и лежа в постели больной все же беспрестанно мечется, разбрасывает руки и ноги, гримасничает. В тяжелых случаях хорей психомоторное возбуждение достигает значительной силы; настроение подавленное, сильная раздражительность, капризы, слезы. Нередко наблюдается судорожный плач и долго не прекращающиеся всхлипывания. Очень часто отмечается упорная бессонница. Сравнительно редко встречаются выраженные психозы: депрессивное и маниакальное состояния, иногда галлюцинозоподобная спутанность.

При неврологическом исследовании обращает на себя внимание понижение тонуса мышц (гипотония), иногда незначительное понижение сухожильных рефлексов.

В тех случаях, когда двигательное беспокойство ограничивается одной половиной тела, говорят о гемихорее (*hemichorea*). В значительном проценте случаев двигательное беспокойство бывает и на другой половине, но выражено оно крайне слабо, едва заметно. В некоторых случаях заболевания хореей вначале бывает двигательное беспокойство одной половины тела, в дальнейшем течении болезни затрагивается и другая половина. Обыкновенно течение гемихореи бывает сравнительно легким.

В отдельных случаях окружающие обращают внимание не на двигательное беспокойство, а на то, что ребенок перестает владеть рукой или рукой и ногой. В подобных случаях действительно имеется слабость и недостаточность движений в конечностях (*chorea paralytica*, *chorea mollis*). При исследовании отмечается, что на одной стороне движения конечностей более затруднены, чем на другой, при этом речь идет не об ограничении функции в виде паралича или пареза, а о задержке, запаздывании движений. В таких случаях обыкновенно на больной конечности тонус мышц и сухожильные рефлексы значительно понижены. В подавляющем проценте случаев *chorea paralytica* является лишь начальной фазой и в дальнейшем симптомы болезни ничем не отличаются от описанных обычных форм хорей.

Течение болезни не всегда одинаково, средняя продолжительность ее $1\frac{1}{2}$ —2—3 месяца. У младших детей хорей протекает быстрее и легче. По тяжести двигательного беспокойства крайне трудно сделать предсказание о длительности течения: бывают слу-

чай с резко выраженными двигательными явлениями, заканчивающиеся сравнительно быстро; наоборот, случаи с незначительными двигательными проявлениями протекают медленно, вяло, затягиваясь на более длительный срок. Сравнительно нередки возвраты (рецидивы) болезни. Обыкновенно рецидив наступает через несколько месяцев, иногда спустя год, полтора. Если в течение $1\frac{1}{2}$ —2 лет не было рецидива, то можно быть уверенным, что он не наступит. Протекают рецидивы значительно легче, чем основное заболевание. Хотя при хорее смертельный исход наблюдается сравнительно редко (от общего истощения, перерождения мышц сердца), все же болезнь является серьезной и требует в выраженных случаях постельного режима.

Собранные некоторыми авторами катамнестические данные о перерожденных хореей детях отмечают у них в известном проценте случаев своеобразную слабость движений (лишние движения, чаще при утомлении — Гутман), а также более или менее стойкие изменения в психической сфере, напоминающие собой аналогичные изменения при эпидемическом энцефалите (раздражительность, неуживчивость, грубость, вялость, медлительность и т. д. — Е. Осипова). Данные катамнеза нуждаются еще в дальнейшей проверке, но все же они показательны в том отношении, что колеблют взгляд на хорею как на совершенно безобидное заболевание.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. Расстройство движений при хорее объясняют нарушением функций экстрапирамидной системы, включая сюда не только большие узлы основания, но и мозжечковую систему. Более поздние работы ставят хорею в связь с выпадением тормозных функций striatum (растормаживание pallidum). Так как от хорей больные погибают сравнительно редко, то и патолого-анатомические исследования хорейков насчитывают небольшое число случаев. Вопрос об анатомической основе заболевания для настоящего момента еще не может считаться окончательно разрешенным.

Р а с п о з н а в а н и е х о р е и представляет затруднения в тех случаях, когда хорейформные явления наблюдаются и при других заболеваниях. В некоторых случаях могут встретиться затруднения при отграничении от эпидемического энцефалита. Отличительными признаками могут служить: 1) данные анамнеза, 2) безлихорадочное течение, 3) более выраженное двигательное беспокойство, 4) отсутствие неврологических явлений в виде расстройств со стороны глаз, лицевого нерва и т. д., 5) отсутствие сонливости, 6) отсутствие резких изменений в психике.

Иногда возникают затруднения при отграничении от тика: при тике движения имеют ограниченную местную локализацию, стереотипны, нет свойственных хорее изменений психики, отсутствует гипотония мышц. Об отличиях паралитической хорее от паралича и пареза уже сказано раньше.

Л е ч е н и е. Мы уже упоминали о том, что прежде всего при хорее показан покой, лучше всего достигаемый постельным содержанием больного. При резком разбрасывании в постели необхо-

димо оградить больного от ушибов, падения (подушки, сетка, подставление второй кровати и т. д.). Обыкновенно проводится общеукрепляющее лечение. Из медикаментов применяют мышьяк, антипирин, внутривенное вливание салицилового натра и пр. По выздоровлении ребенок должен в течение известного времени находиться под наблюдением врача. В тех случаях, когда после заболевания остаются раздражительная слабость и истощаемость нервной системы, изменения характера, лучше рекомендовать этим детям в течение трех месяцев — полугода пробыть в санатории, после чего они могут посещать обычные классы массовой школы. При невозможности осуществить это, педагог массовой школы должен быть предупрежден и инструктирован в смысле воспитательского подхода к ребенку, перенесшему хорею. Этот подход в основном приближается к тому, который рекомендуется нами при Nervosität, психастении, неврастении, о чем речь будет дальше.

К. С., 12 лет. В наследственности патологического отягощения не отмечается, братья и сестры испытуемого здоровы.

Испытуемый от второй беременности, физически и психически развивался правильно. Из болезней перенес корь и скарлатину, протекавшие без осложнения. Рос спокойным, общительным, ласковым ребенком. 8 лет поступил в школу, прекрасно учился, отличался примерным поведением.

Осенью 1935 г. заболел гриппом, пролежал в постели около 6 дней (температура была 38—39°), с падением температуры пошел в школу. В школе и дома отметили, что после гриппа мальчик стал плаксивым, раздражительным, капризным (на второй день по возвращении в школу после гриппа, поссорившись с девочкой, ударил ее ключом по голове, рассек ей кожные покровы). Через несколько дней после этого инцидента вскопчил ночью с постели и с криком: «я убью его, как он смеет говорить; что я украл шарик» — пытался убежать из комнаты. Уложенный в постель успокоился, утром объяснил, что ему приснилось, будто брат обвиняет его в краже бильярдных шаров. Вскоре родители заметили, что мальчик как-то беспокойно себя ведет: не сидит на месте, вертится, дергается. Сам мальчик жаловался на то, что у него «левая рука и нога не болит, а как-то дергается... не могу рукой ничего держать... места она себе не находит, не знаю, куда ее девать, а нога как-то притопывает».

В таком состоянии был принят в клинику. Мальчик астенического сложения, резко истощен, видимые слизистые оболочки бледны. Тоны сердца глуховаты; весьма неустойчивый, легко возбудимый пульс. Со стороны черепно-мозговых нервов отклонений нет. Обилие беспорядочных, произвольных движений, особенно выраженных в левой руке и ноге. Беспорядочные движения отмечаются также и в мышцах лица (произвольное гримасничанье). Речь изменена: говорит неясно, как будто что-то держит во рту. При попытке совершить целевое действие произвольные движения усиливаются. С трудом может самостоятельно одеться; при застегивании, шнуровке ботинок нуждается в посторонней помощи. Пишет неразборчиво, много клякс. Ноги (особенно левая) при ходьбе как бы подкашиваются, при сидении слегка притопывает ими.

Апатичен, вял, легко раздражается, плачет. Жалуется на то, что он все забыл из пройденного в школе и теперь уже никогда не сможет учиться.

Было проведено общеукрепляющее лечение, мышьяк, ванны. Через месяц произвольные движения постепенно стали ослабевать и в дальнейшем прекратились совсем. Настроение выравнилось, появился интерес к окружающему. Был выписан в санаторий общего типа, в котором в конце пребывания (через месяц после выписки из клиники) снова начались произвольные движения. На этот раз подергивания были более выражены справа. Подобное болезненное состояние продолжалось в течение 3 недель. Больше рецептов не наблюдалось. В настоящее время мальчик совершенно здоров, посещает школу; ни со стороны родителей, ни со стороны педагогов жалоб на его поведение нет.

Диагноз: *инфекционная хорей.*

ХП. СХИЗОФРЕНИЯ.

Схизофрения (от греческого $\sigma\chi\iota\omega^1$ — разобщаю, разъединяю, расщепляю) — термин, введенный (1911 г.) в психиатрию Блейлером (Bleuler) с целью оттенить наиболее существенные явления болезни — разобщение, расщепление личности.

Под другими названиями болезнь была известна еще задолго до Блейлера. Так, еще в 1857 г. Морель (Morel) в своем «Трактате о вырождении» употребляет термин *Démence précoce* — раннее слабоумие, правда, в более узком смысле и несколько в ином значении. Выделенная Кальбаумом (Kahlbaum, 1869 г.) кататония (от греческого *katateino* — напрягаю) — психическое заболевание с напряжением мускулатуры (*Spannungsirresein*) — была следующим шагом на пути изучения этой болезни. Через два года (1871 г.) ученик Кальбаума Геккер (Hesker) описал особую форму психического заболевания, которой он дал название гебефрении (юношеское помешательство). Все это были различные симптоматологические группы, объединенные лишь одним признаком — тенденцией к распаду личности. Исходя из этого признака, Крепелин (1893 г.) объединил в своем учебнике в одну группу «процессов психического распада» и кататонию, и гебефрению, и некоторые бредовые формы параноического характера, быстро заканчивающиеся слабоумием. Впоследствии (1898 г.) этой группе он присвоил название *dementia praecox* (раннее слабоумие), так как в тот период времени считалось, что заболевание протекает исключительно в юношеском возрасте. В дальнейшем возраст, как вспомогательно-диагностический признак, стал отходить на второй план, так как были описаны случаи наступления кататонии в более позднем возрасте. В 1908 г. Санкте де Санктис (*Sancte de Sanctis*) и Т. Геллер (T. Heller) одновременно и независимо один от другого описали заболевание, начинающееся в раннем детстве и заканчивающееся слабоумием. Санкте де Санктис дал этому заболеванию название — *dementia praecocissima* (раннейшее слабоумие), а Геллер — *dementia infantilis* (детское слабоумие). Таким образом заболевание было известно под разными названиями, которые Блейлер и объединил общим термином «схизофрения». Хотя термин Блейлера и вошел в психиатрический обиход, но отдельные школы понимают его по-разному. В то время как значительная часть русской школы считает, что этим термином целиком покрываются различные формы, объединенные Крепелином в *dementia praecox*, французская школа (школа Клода — Claude) и отчасти русская одновременно признают и *dementia praecox* Крепелина и простую, латентную схизофрению Блейлера. *Dementia praecox* понимается школой Клода как ослабумливающий процесс органического происхождения (имеются патолого-анатомические изменения), возникающий без особого предрасположения, особой конституции; схизофрения — как психогенное развитие расстройств путем усиления бывших до психоза — препсихотических особенностей личности (в силу этого обязательность особой конституции); при болезни отсутствуют патолого-анатомические изменения, в течении ее возможны остановки, ремиссии, выздоровление, в первых двух стадиях (схизоидия, схизомания) — отсутствие слабоумия, возможность его в третьей стадии.² В дальнейшем изложении мы будем придерживаться термина «схизофрения» в понимании его большинством русских авторов, выделяя особо психопатические личности (схизоидный круг).

¹ Нередко вместо «схизофрения» говорят «шизофрения»; такая замена объясняется громоздкостью для русской речи такой комбинации, как «сх».

² Эволютивные стадии следующие: 1) схизоидная (интравертированные мечтатели, упрямцы, апрагматичные); 2) схизомания (болезненная мечтательность, болезненное упрямство, простая схизомания, циклическая форма); 3) схизофрения (простая, скрыто протекающая).

Общая симптоматология.

Ввиду того, что отдельные формы шизофрении нечетко ограничены одна от другой, существуют смешанные переходные формы и, кроме того, в течении болезни у одного и того же больного могут наблюдаться симптомы, относящиеся к различным формам, мы считаем целесообразным дать сначала общую симптоматику шизофрении.

Описание психических изменений при шизофрении мы начнем с мышления, так как его расстройства нередко являются начальным, а иногда и единственным симптомом болезни. Это мышление Блейлер характеризует как *аутистическое*. («Аутизм — преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира», в силу чего аутистическое мышление в той или иной степени является отщепленным, оторванным от действительности, с которой иногда бывает связано лишь чисто формально. Этот отрыв от действительности и игнорирование временных соотношений (бесцеремонное перемешивание настоящего, прошедшего и будущего) роднит аутистическое мышление с фантастическими построениями, которые все же отличаются от него тем, что материал для них берется из конкретной реальной жизни, соответственным образом комбинируясь. Как бы далеко фантаст ни ушел в своих грезах, как бы сильно ни оторвался от действительности, он все же не теряет с ней связи, нет «чувства потери реальности», а потому его поведение не кажется ни смешным, ни нелепым, ни странным, ни непонятным, как это бывает у шизофреника, потерявшего связь с действительностью. Как фантастические построения, так и аутистическое мышление располагают к бездеятельности, но все же и здесь не трудно подметить различия: фантаст выполняет требования, предъявляемые ему действительностью, правда, часто ограничивая их лишь крайне необходимыми для известного существования, шизофреник игнорирует все эти требования, не делая между ними никакого выбора, нередко предоставляя заботу о своем существовании другим. В отдельных случаях (особенно в начале процесса) у шизофреников, наоборот, отмечается повышение активности, при этом нередко направленной на несущественное, неважное (например, целыми днями переписывают энциклопедический словарь, занимаются сложными, никому ненужными вычислениями и пр.).

К аутистическому мышлению не применимы требования, законы логики, оно им не подчиняется: привычные для здоровых людей ассоциации сочетаются у шизофреника в причудливые связи, главная ассоциация подменяется побочными (*соскальзывание мыслей*), мысль идет своеобразным, непонятным для окружающих путем, то возвращаясь к пройденному этапу, то неожиданно обрываясь и продолжаясь новым потоком, не имеющим ничего общего с ее начальным истоком. В результате очень трудно понять этот ход мыслей: с точки зрения логического мышления выводы, умозаключения шизофреника кажутся неожиданными, нелепыми, противоречивыми. Подобное расстройство ассоциативного процесса принято называть *разор-*

ванностью мышления (Zerfahrenheit des Denkens).¹ Крайне важным симптомом (если он часто возникает или принимает длительный характер) является торможение, *задержка мышления* (Sperrung): мысль внезапно обрывается, ускользает, в мышлении на некоторое время создаются пробелы, паузы, больной жалуется, что «мысли отнимаются». (При сильном утомлении, резком аффективном напряжении этот симптом может иметь место и у совершенно здоровых людей.) В отдельных случаях наблюдаются «назойливые мысли», необходимость беспрестанно думать, думать против собственного желания (ощущение несвободы своих мыслей), как бы находясь под чьим-то влиянием, повторяя чужие, подсказанные мысли.

Расстройство мышления может дать повод к ложному впечатлению о нарушении сознания; больной отвечает невпопад, не по существу, говорит нелепости, неверно называет время дня, окружающих лиц и пр., что, все вместе взятое, создает представление о дезориентированности больного, и только из его случайных замечаний возможно бывает убедиться, что он достаточно хорошо ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке. Таким образом, необходимо запомнить, что способность ориентироваться в окружающем, месте и времени у шизофреников вполне удовлетворительная, расстраивается она лишь при глубоком заторможении (ступоре), а также в случаях помрачения сознания при остром возбуждении и спутанности. Подобные помрачения сознания у шизофреников, как это отмечает Груле, бывают у взрослых крайне редко, у детей с ними приходится встречаться несколько чаще. Характерной особенностью расстройства сознания шизофреников является меньшая степень наличия «я» в сознании, меньшая насыщенность сознания этим «я». Обладая сознанием своего «я», мы с ним связываем происходящие у нас психические процессы; у шизофреников подобная связь нарушена: происходящие психические процессы он не относит к «я», отделяет их от «я», рассматривает их как бы со стороны, наблюдая за ними, регистрируя их. Нередко он и о себе говорит в третьем лице, так как его мысли и чувства — не его мысли и чувства, «это с ним так делают». Это расстройство «я» часто (особенно в начале процесса) тяжело переживается больным: ему кажется, что он стал другим, подменили его личность, с ним происходит что-то странное, непонятное, необычное.

Расстройства мышления и сознания отражаются и на речи боль-

¹ Ряд авторов объясняет особенности шизофренического расстройства мышления «недостаточностью интенциональной дуги», т. е. недостатком у шизофреников руководящего понятия, целеустремления, действующего в определенном направлении и организующе связывающего мысль. Шизофренику недостает способности действовать по собственному побуждению, нехватает инициативы. По аналогии с техническими приемами в ремесле можно сравнить суждение, умозаключение, осмысление, которые суть только психологические приемы. Чтобы создать вещь, мало одних технических приемов, нужны план, понимание, творчество, изобретение, т. е. в конечном итоге инициатива. Ее как раз и нехватает шизофренику. «Шизофреническое расстройство мышления в существе своем есть расстройство высшей сферы личности, интеллектуальной инициативы, интеллектуальной продуктивности» (Груле).

ных. Одни очень много говорят, другие совсем перестают говорить (*мутизм*) или стереотипно повторяют отдельные слова, фразы. Нередко на вопросы отвечают избирательно, проявляют ту же избирательность и в отношении отдельных лиц: с одними говорят, с другими отмалчиваются. Иногда говорят короткими, отрывистыми фразами (*стиль телеграмм*), иногда нанизывая в беспорядке слова одно на другое (*словесный салат*), или бессмысленно повторяя отдельные слоги, слова (*вербигерация*). Речь изобилует новыми словами (*неологизмы*), не встречающимися в обиходе, изобретенными самим больным (например, «нофзакология» — учение о новом философском законе). Механизм возникновения неологизмов Груле объясняет отчасти тем, что необычайные, странные, причудливые переживания больного не находят себе равнозначного отображения в речи, а потому требуют новых, столь же необычных, но понятных самому больному слов. Со стороны письма также отмечается целый ряд расстройств: вычурные буквы, подчеркивания, завитушки, обилие знаков препинания или их полное отсутствие, стереотипные повторения отдельных слов, фраз, символические обозначения, рисунки и пр.

Расстройства эмоциональной сферы сказываются в понижении аффективности, в отсутствии заинтересованности окружающим, отсюда часто безразличие, холодность, безучастность к родным, близким, полное равнодушие к своей судьбе. Больные теряют внутреннее чувство такта, становятся грубыми, беззастенчивыми, несдержанными, навязчивыми. Но не столько в понижении или отсутствии аффектов сказываются эмоциональные расстройства при схизофрении, сколько в отсутствии координации между аффектами и интеллектом (*интрапсихическая атаксия* — Странский). У них нет «логики аффекта» (Антон): иногда ничтожный повод может вызвать взрыв аффекта, когда больная приходит в ярость, становится резко агрессивным, в других случаях на сильные раздражители нет никакой ответной реакции. Нередко аффекты стоят в резком противоречии, прямо противоположны тому раздражителю, которым они вызваны: то, что должно было бы вызвать радость, у схизофреника вызывает печаль, гнев, и наоборот (*паратимия*). Проявление аффекта у других лиц остается без ответной реакции со стороны схизофреника (*недостаток аффективного контакта*). Очень важен поворот в аффективном отношении, проявляющийся в переходе от симпатии к антипатии, чаще всего это наблюдается в отношении родных. Например, наша больная, горячо любившая мать, не отпускаявшая от себя ее ни на шаг, заболев схизофренией, постоянно избивает мать, щиплет, однажды пытается проломить ей камнем голову. Это состояние перехода от симпатии к антипатии следует отличать от *аффективной амбивалентности*, когда уживаются два взаимно противоположных чувства (одновременно люблю и ненавижу; рада, что пришла на свидание мать, и в то же время не отпускает случая, чтобы ударить ее, причинить ей боль).

Расстройство волевой сферы сказывается в понижении или, наоборот, в повышении активности (последнее значительно реже).

В первом случае больные перестают выполнять свои обязанности, забрасывают дела, ничем не интересуются, бесцельно бродят из угла в угол, часами, днями валяются на постели, подолгу сохраняют ту или иную позу. Они апатичны, вялы, у них нет потребностей, влечений, желаний. Повышение активности сказывается в том, что больные с большим упорством, настойчивостью добиваются выполнения своих желаний, носящих подчас необузданный, нелепый характер, занимаются с неослабевающей энергией выполнением совершенно ничемной или малозначащей работы и т. п. В ряде случаев поведение больных отличается немотивированными выходками, не стоящими в связи ни с бредовыми идеями, ни с галлюцинациями: Эти выходки носят импульсивный характер (больной неожиданно ударяет, целуется с незнакомыми, громко среди тишины закричит, цинично вслух выругается и пр.).



Рис. 44. Схизофреник с явлениями «восковой гибкости». Поза, приданная больному врачом. (Собственное наблюдение.)

Симптомы, позволившие в свое время выделить кататонию, и сейчас принято описывать под этим же названием. Кататонические симптомы встречаются как поодиночке, так и в виде комплекса. Одним из таких симптомов является *автоматическая подчиняемость*, когда больной беспрекословно, не оказывая никакого сопротивления, слепо выполняет любое обращенное к нему требование, как бы неприятно и болезненно оно для него ни было. К автоматической подчиняемости относятся также *эхолалия* (как эхо повторяет услышанные слова) и *эхопраксия* (аналогичное повторение действий).

С автоматической подчиняемостью в тесной родственной связи стоит *каталепсия* (восковая гибкость), когда больной в течение неопределенно долгого времени может сохранять одну и ту же позу, или самостоятельно им принятую, или приданную ему произвольно (рис. 44, 45 и 46).

Противоположностью автоматической подчиняемости является *негативизм* — выполнение действия, обратного просимому (позитиву): больному предлагают встать, он садится; предлагают есть, он отказывается от еды. Чтобы добиться просимого, больному иногда предлагают выполнить обратное действие. В тех случаях, когда негативистичность проявляется у больных по отношению к собственным влечениям, говорят о *внутреннем негативизме*: больной по собственному почину собирается выполнить какое-нибудь действие, тотчас же появляется желание выполнить действие обратное. *Ступор* (застывание, оцепенение, скованность) проявляется в том, что больные доводят общение с внешним миром до минимума, не реагируя на сильные раздражители (уколы, прикладывание горячего и пр.), не отвечая на вопросы, не принимая еды (в таких случаях прибегают к насильственному кормлению больных), мочатся и испражняются

под себя. *Кататоническое возбуждение* — состояние, противоположное ступору, когда больные чрезмерно психомоторно подвижны: прыгают, мечутся в кровати, плюются, громко кричат — и проделывают все это без видимой определенной цели. Монотонное проявление одних и тех же действий (*стереотипии*) может захватывать все области: стереотипные движения, стереотипные позы, жесты, мимика, стереотипное повторение слов, стереотипное вычурное письмо и пр. (рис. 47). Стереотипии, по мнению некоторых авторов, могут являться до известной степени осмысленными переживаниями больного в рамках его бредовых построений.

Манерничание обычно сказывается вычурностью позы (в особой манере здороваться, щурить глаза, кривляться и пр.).

В моторике шизофреников часто отсутствуют плавность, грациозность, отечканенность движений; движения их порывисты, угло-



Рис. 45. Тот же больной, что и на рис. 44. Поза также придана больному врачом.



Рис. 46. Тот же больной, что и на рис. 44. Обычная для больного поза.

ваты, незакончены, большое количество излишних, сопровождающих движений. Ассоциированные движения нередко отсутствуют, в силу чего, а также из-за напряженности, скованности движений часто отмечается походка куклы, манекена. В отдельных случаях наблюдается обезьяноподобная, питекоидная осанка. Мимика невыразительная, нередко окостеневшее, амимичное лицо, иногда долгое застывание на одном и том же выражении. Речь плохо модулирована, «деревянный голос». Рукопожатие вялое, иногда с различными выкрутасами: подают руку лодочкой, как-то по особому, выбрасывают ее из-за спины и пр. При всей этой недостаточности моторики в некоторых случаях встречается хорошая ручная умелость и способность к одновременным движениям.

Галлюцинации у детей шизофреников сравнительно со взрослыми встречаются несколько реже; обыкновенно это слуховые галлюци-

нации («голоса»), содержание галлюцинаций безразличное, беспредметное, часто бессмысленное. Наряду с слуховыми, наблюдаются также галлюцинации обоняния и вкуса (дурной вкус, что-то примешано к пище, так как от нее плохо пахнет, и пр.), зрительные галлюцинации по одним авторам крайне редки, по другим, наоборот, встречаются чаще, чем у взрослых.

Бредовые идеи обыкновенно встречаются у более старших детей, причем они не достигают такого пышного расцвета, как это наблюдается у взрослых. Они часто нестойки, не спаяны с личностью больного, носят отрывочный, элементарный, иногда противоречивый характер. По содержанию преобладают бредовые идеи воздействия, бред преследования, ипохондрический бред.

Для понимания шизофрении важен не каждый из отдельных описанных здесь симптомов, а расстройство целостной личности, в которой происходит своеобразный сдвиг, расщепление, почему так удачен термин «шизофрения».

H J e + 2 # W to e to 6 # 8 # + r
 † H w v † w s s v † w J e y 2 # †
 s s s e † v e to w v † e to † to u †
 e † e # 6 # † # e s s 2 6
 e † e w s w e e to s s e † 6 † e

Рис. 47. Письмо девочки шизофренички, 15 л. Русская, грамотная, до заболевания никаких букв иностранного алфавита не знала. (Собственное наблюдение.)

встречающиеся иногда припадки в виде обмороков, эпилептиформных судорог и пр. В одних случаях это кратковременные припадки, сопровождающиеся состоянием оглушения, побледнением лица, расслаблением мускулатуры; в других случаях — оцепенение мышц тела и клонические судороги отдельных мышечных групп; в третьих — припадки, имеющие вид истерических. Вазомоторные расстройства наблюдаются сравнительно часто в виде красноты отдельных участков тела, синюшности конечностей, местных отеков, сальности лица и пр. Исследование обмена веществ и крови до сих пор не привели к ясным результатам.

Отдельные формы шизофрении.

При описании отдельных форм шизофрении отграничение их основывается на преобладании тех или иных болезненных симптомов. Следует иметь в виду, что эти симптомы не носят устойчивого характера и в процессе развития болезни могут заменяться другими (переход из одной формы в другую) или комбинироваться с симптомами

другой формы (смешанные состояния). По сравнению с схизофренией взрослых клинические симптомы нередко бывают недостаточно выраженными, неясно очерченными. Здесь мы опишем наиболее часто встречающиеся в детском возрасте формы схизофрении.

Простая схизофрения (Dementia simplex). Начало болезни постепенное, ползучее, без острых психотических вспышек, с медленным нарастанием изменений личности, сказывающихся в постепенном запустении, оскудении психики. Мы называем эту форму «домашним вором» — болезнь крадет исподволь, понемногу, незаметно, домашние не замечают этих хищений, пока случайно на них не натолкнутся и тогда начинают вспоминать все бывшие кражи и подсчитывать, как много пропало за это время. Первые проявления болезни могут сказаться в расстройстве мышления. Очень долго могут быть только поверхностные, незаконченные, противоречивые мысли, неумение отличить существенное от неважного; в дальнейшем присоединяются стереотипные мысли, неожиданные, нелепые выводы при кажущихся внешне правильных логических операциях. Круг умственных интересов суживается, начинается задержка интеллектуального развития, степень которой определяется тем возрастом, в котором началось заболевание.

Изменения в аффективной сфере (которые в одних случаях сопутствуют расстройству мышления, в других — развиваются несколько раньше или позднее) в начале болезни нередко проявляются прилипанием интересов к чему-нибудь одному, сравнительно мало существенному (коллекционирование, изучение деталей автомобиля, выдумывание новой азбуки и т. п.), на которое тратится весь запас энергии. В дальнейшем интересы пропадают, ребенок становится вялым, апатичным, эмоционально безразличным (не беспокоят ни горе, ни страдание других, равнодушен к своим переживаниям). Иногда на этом фоне появляются раздражительность, злобность, агрессивность. Нередко симпатии заменяются антипатиями, особенно в отношении родных, которым грубят, пытаются их ударить, делают все наперекор. Особенно озлобляют настойчивые требования родных посещать школу, в то время как у больных совершенно потерял интерес к ней, в силу чего они забрасывают занятия, проводя время в беспечных скитаниях на улице, или же совершая в компании сверстников те или иные антисоциальные поступки. В школе эти дети обращают внимание педагога своими нелепыми рассуждениями, часто странными, неожиданными, агрессивными выходками, немотивированным упрямством, снижением работоспособности, запустением психики.

На общем фоне заболевания встречаются нередко кататонические симптомы, в виде упорного негативизма, импульсивных вспышек, стереотипии, манерничания. Эти кататонические симптомы одни авторы (Гомбургер) объясняют физиологическими особенностями центральной нервной системы у детей, недоразвитием их моторики, другие (Фогт) — повышенной невромускулярной возбудимостью. Бредовых идей и галлюцинаций, как правило, не отмечается.

Преморбидная личность ребенка (личность до заболевания) иногда

ничем не отличается от нормальных сверстников. В других случаях (что бывает значительно чаще) уже с детства отмечаются особенности характера: ребенок был необщительным, угрюмым, замкнутым, вялым, раздражительным, капризным, упрямым и т. д. В третьих случаях встречаются указания на то, что до заболевания у ребенка наблюдалась задержка в умственном развитии (олигофрения).¹

Простая форма шизофрении может начаться в любом возрасте, но все же чаще встречается в детские годы и сравнительно реже — в юношеские.

Болезнь развивается исподволь, постепенно, отличается вялым течением, в силу чего часто бывает очень трудно уловить ее начало.

Заканчивается эта форма шизофрении постепенным оскудением, распадом психики (слабоумием), причем, чем моложе возраст, в котором началось заболевание, тем более значительными бывают интеллектуальные дефекты, нередко сближающиеся в таких случаях с олигофренией. Все же, здесь можно подметить и известные отличия: нередко у шизофреника, на фоне общего оскудения, неожиданно встречаются островки знаний, запасы сведений, отдельные правильные логические операции, достаточно дифференцированная речь — все это вместе взятое свидетельствует о когда-то бывшем интеллектуальном багаже, в настоящее время безнадежно растерянном.

Вот один из таких случаев.

А. Л., 14 лет. В наследственности по линии отца отмечается туберкулез (отец умер от туберкулеза в возрасте 32 лет, кроме того туберкулезом страдали бабушка и 2 дяди нашего больного); отец по характеру замкнутый, скрытный, плохо сходилась с людьми, брат отца болен шизофренией (находится в психиатрической больнице). По линии матери патологического отягощения не отмечается. Испытуемый — единственный ребенок, родился на 2 году брака, недоношен (родился на 8 месяце беременности). Раннее физическое развитие без задержек. Рос чувствительным, легко ранимым, ласковым, нежным ребенком. «Совсем, как девочка», так характеризует его мать. С товарищами играть не любил, предпочитал им общество взрослых.

8 лет поступил в школу, пошел охотно; учился хорошо, заботился о том, как бы не опоздать, не проспать уроков, плакал, если почему-либо приходилось пропускать занятия. С товарищами не ссорился, близких друзей среди них у него не было; очень дружил с двоюродной сестрой, его однолеткой, взятой матерью больного на воспитание.

Изменение в поведении больного мать заметила не сразу, менялся постепенно; начало изменения мать относит к 10—11 годам. Мальчик стал раздражительным, плаксивым, быстро утомлялся, после занятий в школе приходил и ложился в постель. Успешность в это время была хорошая. С течением времени раздражение перерастало в грубость; дерзко отвечал матери, отказывался выполнять ее требования, но скоро раскаивался и просил прощения. Моменты раскаяния становились все реже и реже, выходы по адресу матери стали сокращаться вплоть до дичинной брани, грозил ее убить. Одновременно изменилось отношение и к двоюродной сестре: постоянно ее ругал, пытался ударить, требовал от матери, чтобы она выгнала ее из дому. Педагоги отмечают, что мальчик стал «диким, грубым, уединяется от товарищей». Занятиями манкировал, но все же школу не бросал; на уроках занимался чтением посторонней литературы. Читал без разбора все, что попадало под руку. Совершенно перестал следить за своею

¹ В этих последних случаях, т. е. когда шизофрения возникает на болезненно предрасположенной олигофренической почве, употребляют термин *Pfropfschizophrenie*.

внешностью: неряшливо одевался, ходил с грязными руками, непричесанными волосами; категорически отказывался идти в парикмахерскую, в баню.

Каких-либо внешних поводов для объяснения такого поведения подростка ни мать, ни педагоги указать не могут.

При исследовании в клинике никаких соматических изменений не обнаружено. WaR в крови отрицательная. Симптомов, указывающих на заболевание центральной нервной системы, не отмечается.

Интеллект формально не расстроен. Контакт с больным неглубокий, сам ни о чем не спрашивает, в беседу самостоятельно не вступает, на вопросы отвечает по существу, дать исчерпывающее объяснение своему поведению не может, уклоняется за несколько витиеватыми, неубедительными словесными формулировками. Критического отношения к своему поведению нет. С сверстниками в контакт не вступает, от совместных игр с ними уклоняется; от занятий с педагогами и работы в мастерских отказывается. Часами лежит в постели, читая первую подвернувшуюся под руку книгу, обрывок газеты. Какой-либо реакции на ярко эмоционально окрашенную фабулу того или иного прочитанного им произведения не дает. При запрещении лежать в постели, легко возбуждается, начинает кричать, упорно сопротивляется, когда его одевают. Приведенный в класс, занимается по своему выбору, стереотипно повторяя ту или иную деталь работы или по многу раз переписывая одно и то же.

От перевода в другую (более спокойную) палату отказался «что там шататься по палатам, уж лучше я здесь побуду». На вопрос, не хочет ли он выписаться домой, совершенно безучастно ответил: «Вам виднее, вы лучше знаете», через некоторое время добавил: «Уж лучше я останусь здесь». После этого в разговоре заявил, что «от него хотя бы отделаться, скорее его выписать». Бредовых идей и галлюцинаций не отмечается.

На свидание с матерью итти отказался: выведенный к ней насильно, был груб, ругал ее, под конец свидания плюнул на нее.

Поведение больного без каких бы то ни было изменений остается в течение 4 месяцев; в настоящее время еще находится в клинике.

Диагноз: *схизофрения* (простая форма).

За этот диагноз говорят: 1) наличие в роду отца отягощения схизофренией, 2) постепенное нарастание у больного эмоциональной тупости (недостаток аффективного контакта, переход в отношении матери и двоюродной сестры от симпатии к резкой антипатии; грубость, циничность в отношении посторонних лиц, безучастность к своей судьбе, отсутствие каких-либо забот о будущем), 3) резкое понижение активности, плохая работоспособность, 4) трудно преодолимое, немотивированное упрямство, стереотипии.

Dementia infantilis. Т. Геллер в 1908 г. описал под названием *dementia infantilis* (*детское слабоумие*) заболевание, встречающееся у детей в возрасте от 3 до 5 лет, которое одни авторы сближают с схизофренией, другие склонны рассматривать его как своеобразно протекающий энцефалит. Это заболевание встречается крайне редко. Указания на отягощающие моменты в наследственности или на психические и физические травмы, инфекции при этом заболевании обыкновенно отсутствуют. По своим симптомам оно до известной степени напоминает схизофрению, почему мы здесь его и рассматриваем, совсем не предпреляя этим самым вопроса об его этиологической сущности.

Болезнь начинается более или менее остро, обыкновенно с расстройства речи: у детей, до этого хорошо говоривших, появляется внезапно наступающее изменение речи: своеобразный певучий тон, иногда одинаково производящий все гласные, иногда часами молчат, а говоря ни слова. Очень быстро (в течение нескольких недель, а иногда и раньше) произношение становится неясным, переходит в лепет, и скоро ребенок совершенно утрачивает не только способ-

ность говорить, но и понимать чужую речь. Слух при этом сохранен полностью и нередко ребенок совершенно верно напевает без слов мелодию. Одновременно с этим развивается глубокое оскудение психики (идиотия): больные ничем (кроме еды) не интересуются, нечистоплотны, реагируют только на сильные внешние элементарные раздражители. Психомоторно, часто резко, возбуждены: бегают по комнате, прыгают, срывают вещи и пр. Иногда подобное психомоторное возбуждение бывает приступами, вне которых ребенок более или менее спокоен. В противоположность глубокому распаду психики лицо часто сохраняет осмысленное выражение.

Течение болезни стационарное. При систематической воспитательской работе удается приучить ребенка к элементарному самообслуживанию, простейшим трудовым навыкам.

Х. Г., 11 $\frac{1}{2}$ лет. Патологического отягощения по обеим линиям не отмечается; родители, брат и сестра испытуемого здоровы.

Испытуемый родился от второй беременности. Эмбриональный период и роды без отклонений. Физически и психически до 2 лет 9 мес. развивался без задержек: зубы прорезались на 6 месяце; первые слова начал произносить до года, в дальнейшем развитие речи шло правильно, ходить стал 1 года. Когда ребенку было около 3 лет, родители заметили, что мальчик без всякой внешней причины стал меньше говорить; перестал самостоятельно задавать вопросы, на вопросы то отвечал, то оставлял их без всякого ответа. Месяца через четыре после начала заболевания совсем перестал говорить; лишь однажды, расплакавшись, когда ему не дали игрушки, сказал: «мама, дай». Одновременно с утратой речи родители отметили «поглощение» ребенка: не понимал обращенных к нему требований, растерял навыки самообслуживания, тянул в рот несъедобные предметы (жевал картон, шнурки от ботинок и т. п.), ел собственные экскременты. Неоднократно показывали врачам, много лечили, лечение оставалось безрезультатным.

В возрасте 9 лет был принят к нам в клинику. При исследовании отмечено: диспластическое строение, внутренние органы без отклонений, глазное дно — N. Симптомов, указывающих на поражение центральной нервной системы, не обнаружено. WaR в крови и спинномозговой жидкости — отрицательная.

Психомоторно беспокоен: все время перебирает пальцами, делает движения вроде щелчков, ударяет одну руку о другую, барабанит по стеклу, подпрыгивает и т. п. На фоне постоянного психомоторного беспокойства раз-два в неделю бывают резкие вспышки двигательного возбуждения, когда больной начинает метаться по комнате, вскакивает на стулья, стол, схватывает, кидает, разрушает все, что попадает под руку, набрасывается, тормозит, щиплет кого-нибудь из детей. Подобная вспышка возбуждения длится 15—20 мин., после чего наступает обычное для больного двигательное беспокойство.

Выражение лица — осмысленное; создается впечатление, что больной все понимает и вот, вот сейчас заговорит. (Речь совершенно отсутствует.) Иногда громко неожиданно рассмеется, иногда без всякого внешнего повода расплачется, часто напевает мотив без слов.

Интеллект глубоко поражен. Навыков самообслуживания нет. Ориентировка в окружающем совершенно недостаточная. Привлечь внимание можно лишь резкими раздражителями (звон, шум). Окружающих лиц не выделяет.

За 2 $\frac{1}{2}$ года пребывания в клинике динамика развития (при систематических индивидуальных занятиях с ним) была крайне незначительная: отучился есть несъедобные предметы, научился пользоваться ложкой, приобрел некоторые навыки самообслуживания (частично научился одеваться и раздеваться, надевать галюши и т. д.), выделял из окружающих лиц мать, но если она долго не приходила на свидание, забывал ее.

Диагноз: *детское слабоумие* (dementia infantilis).

Гебефрения (юношеское слабоумие). При этой форме шизофрении на первый план выступают нарушение активности и аффектив-

ные расстройства, характеризующиеся своеобразной беспомощностью и дурашливым весельем. Крепелин называет эту форму — слабоумие с придурью, нелепое слабоумие, с глупыми, дурашливыми выходками, чудачеством (läppische Verblödung).

Начало болезни приходится на юношеские годы. Болезнь начинается исподволь, жалобами на повышенную утомляемость, рассеянность, забывчивость, раздражительность, бессонницу, головные боли. В одних случаях отмечается депрессивное настроение, сопровождающееся иногда галлюцинациями и бредовыми мыслями (ипохондрические, самообвинения, преследования, физического воздействия и пр.); в других случаях ни бредовых идей, ни галлюцинаций не отмечается, и картина заболевания складывается из слегка пониженного настроения, прерываемого немотивированным весельем.¹ Переходы от депрессии к взрывам веселья крайне неожиданны: нередко вслед за слезами следует какая-нибудь нелепая выходка. В дальнейшем аффективные расстройства прогрессируют. Депрессивное настроение сменяется повышенным самочувствием. На фоне повышенного самочувствия еще более вырисовываются разнообразные выходки, в которых нетрудно подметить черты пуэрелизма, т. е. возврата к уже пройденным этапам развития: юноши, девушки ведут себя так, как это допустимо, свойственно дошкольному или более раннему возрасту. Например, играют в куклы, кормят их с ложечки, бросают в прохожих камни, показывают им язык, по-детски лепечут, картавят, шепелявят и пр. Нередко их поведение полно противоречий, контрастов, когда, например, в сентиментальную, напыщенную речь вкрапливаются циничные фразы, в серьезный, деловой разговор вставляются нелепые замечания, шутки. Речь патетическая, изобилует неологизмами, манеры — театральны, позы — вычурны, в письме — росчерки, завитушки, символические рисунки и пр.

Расстройства мышления сказываются в его крайней поверхностности, нестойкости, незаконченности, неотделанности; второстепенные мысли не разделяются от главных, выводы часто нелепы и неожиданны. Некоторые авторы в расстройстве мышления видят причину последующего опустошения аффективной жизни, а потому они рассматривают аффективное обеднение как вторичное явление, другие (и эта точка зрения, нам думается, более правильна) считают аффективное обеднение первичным явлением, так как по своей тяжести оно не соответствует степени нарушения мышления. Продуктивность иногда резко падает, больные ничем не занимаются, проводят жизнь в праздности; в других случаях продуктивность настолько сохранена, что больные могут выполнять ту или иную работу.

Течение заболевания весьма различно: оно может остановиться на любой ступени развития, продолжаться годами, не прогрессируя. В одних случаях оно дает исход в слабоумие (полная инвалидизация личности), в других случаях — сохраняется работо-

¹ Если в картине болезни наблюдаются бредовые идеи, то они крайне изменчивы по своему содержанию, носят нелепый характер, часто как будто бы придуманы с целью повеселить, подучить собеседника.

способность. Возможно допустить и такие случаи, где болезнь производит неглубокие сдвиги в психике, дальше не прогрессируя, в силу чего эти больные иногда крайне трудно отличимы от шизоидных психопатов. Сходство этих больных с шизоидами послужило поводом к тому, что некоторые авторы отрицают самостоятельное существование шизоидной психопатии. Эта точка зрения нами не разделяется, так как шизоиды имеют целый ряд своих отличительных черт, о которых речь будет дальше, при описании этого вида психопатии.

Об отличиях гебефрении от других заболеваний мы скажем впоследствии, а здесь, чтобы сохранить цельность впечатления, укажем лишь на отличия от изменений психики, наблюдающихся у нормальных детей в период полового созревания. В пубертатном периоде отмечаются известная оторванность от действительности, стремление к отвлеченному мышлению, склонность заниматься неразрешимыми проблемами; при этом наблюдаются некоторая поверхностность мышления, неожиданные умозаключения, склонность к стереотипиям, странному построению фраз, напыщенному стилю, вычурности. Нередко повышенная смущаемость прячется за напускной развязностью, дурашливостью, а за грубостью, дерзостями скрывается притаившаяся симпатия. Характерны также расстройства моторики, которые Гомбургер называет *моторным кризисом*, связывая его с изменениями, происходящими в экстрапирамидной системе. Это — угловатые, порывистые, мешковатые, разболтанные движения, носящие иногда несколько подчеркнутый, вычурный, театральный характер. Повышенная жестикуляция, гримасничание часто дополняют этот моторный облик. Отличия от гебефреника заключаются в том, что у нормального ребенка заинтересованность не снижена, а лишь переключена на другие объекты, падения активности у него нет. Хотя симпатия и спрятана у него за внешней грубостью, напускным равнодушием, но чувство внутреннего такта не потеряно, так как он все же адекватно реагирует на эмоциональные переживания окружающих. Дурашливость его непостоянна, он склонен к длительному живому и разумному поведению. В повседневном обиходе вне рассуждений на «заумные» темы он последователен, логичен.

А. А., 14¹/₂ лет. В наследственности по линии отца встречаются патологические характеры: дед испытуемого был сухой, черствый человек, эгоист, с людьми плохо сходил, кончил жизнь самоубийством; дядя — вбалмошный, неуравновешенный, «самодур». Отец в молодости имел кличку «сумасшедшего», данную ему сверстниками за странности поведения. Был угрюмым, малообщительным, вел замкнутый образ жизни, отличался патологической рассеянностью. После развода (женился 36 лет, прожил с женой 2 года), придя на свидание с сыном, принес с собой шоколад; гуляя с ребенком, вынимал из кармана по кусочку шоколада и таким образом съел всю плитку, не угостив сына. Когда возмущенная этим жена позвонила ему по телефону, он ответил: «я знаю, о чем вы хотите со мной говорить; я только что нашел в кармане обертку от шоколада и догадался, что съел его сам».

По линии матери патологического отягощения не отмечается: по характеру общительная, жизнерадостная, веселая, вышла замуж 22 лет.

Испытуемый от первой беременности. Эмбриональный период сопровождался волнениями: сорилась с мужем из-за его странностей. Например, тот уходил

из дому, не оставляя денег на обед и обещая позвонить по телефону; целый день сидела голодная, и только поздно вечером (и то не всегда) раздавался звонок и муж требовал, чтобы она приезжала обедать в ресторан, объясняя ей, что все еще не может привыкнуть к тому, что он не холостяк, и забывает о том, что у него есть жена.

Роды физиологические. Раннее физическое и психическое развитие без опозданий. В детстве никаких трудностей поведения не обнаруживал, от сверстников ничем не отличался, легко вступал с ними в контакт. В школу пошел 8 лет, учился посредственно, переходя из класса в класс. Жалоб на его поведение не было.

Когда мальчику исполнилось 13 лет, педагоги стали жаловаться на его рассеянность, раздражительность, срывы дисциплины (в классе неожиданно начинал петь, смешил товарищей, вскакивал и уходил из класса и т. д.), конфликты с товарищами (приставал к ним, давал обидные прозвища). Дома был шумлив, непоседлив, суетлив, «выкидывал различные штучки». Так, например, однажды, когда родителей не было дома, связал веревкой шестидесятилетнюю домработницу, дал ей в зубы нож и велел стоять в такой позе. Сам при этом прыгал, скакал вокруг нее, ломал и разбрасывал вещи («исполнял индейский танец»).

Был принят на обследование в клинику. По росту несколько превышает нормы своего возраста, астеничен; намечаются вторичные половые признаки (пушок на губе, волосы на лобке, подмышками). Внутренние органы без отклонений. WaR в крови отрицательная. Симптомов органического заболевания центральной нервной системы не обнаружено.

Интеллектуальное развитие вполне достаточное, несмотря на это — выводы нередко неожиданны, нелепы. Это особенно сказывается на его поведении, в котором отмечается налет дурашливости. Так, например, когда на прогулке дети поймали воробья, он громко и радостно закричал: «на мясо его, на мясо» и начал скакать. Проходя по улице, подставил прохожему ногу и, когда тот споткнулся, усмехаясь, сказал: «с праздником, гражданин». На прогулке, проходя мимо марширующих физкультурников, начинает поддразнивать одного из них: «ну, этому никогда ничему не выучиться». При этом лезет под ноги марширующих, в силу чего инструктор принужден был на него закричать и отогнать прочь. Поддразнивает и подсмеивается над товарищами, давая им обидные прозвища: «центроспирт», «гужбан», «ошибка природы» и т. д. Прилипает к тому или иному слову, повторяя его к делу и не к делу. В классе часто нарушает дисциплину: начинает напевать, неожиданно хихикать, паясничать, гримасничать и т. д. Забавы часто не по возрасту: то возится с какой-нибудь игрушкой дошкольника, то подходит к водопроводному крану и начинает поливать водой ребят, радостно смеется, когда удастся кого-нибудь облить, то начинает прыгать на одной ножке и т. д.

На общем фоне веселого дурашливого настроения отмечаются аффективные вспышки (нередко по ничтожному поводу), когда он больно ударяет, толкает товарища, совершенно не считаясь с его возрастом. Часто избивает в таких случаях маленьких детей.

В занятиях непродуктивен, нередко совершенно отказывается от работы, ссылаясь на то, что он это знает или, наоборот, с этим он не может справиться. Начатое дело до конца не доводит. Заинтересованности ни к чему не проявляет; эмоционально холоден, притуплен (издевается над матерью, вышучивает ее перед товарищами, к окружающим ни к кому не привязался, близких товарищей ни в школе, ни дома нет); чувства собственной неполноценности подметить не удастся, скорее наблюдается переоценка себя, когда он считает, что «все ребята — ослы, лишь я один умный». Легкомысленное, бездумное отношение к своему будущему, критической оценки поведения нет.

Диагноз: *шизофрения (в форме гебефрении).*

От шизоидной психопатии приведенный случай отличается тем, что в детстве испытываемый ничем не выделялся от здоровых сверстников, его психические особенности появляются впервые в начале периода полового созревания, в дальнейшем нарастают, прогрессируют. От заострений черт, характера наблюдаемых иногда в пубертатном возрасте, наш случай отличается снижением заинтересованности, падением активности, потерей внутреннего такта, чересчур бьющим в глаза дурашливым поведением.

Кататония. Кататонические симптомы могут быть вкраплены в другие формы шизофрении, но могут встречаться и самостоятельно, складываясь в определенный симптомокомплекс. В этом последнем случае говорят о кататонии. Болезнь часто развивается остро, при этом нередко преморбидные особенности детей бывают настолько незначительными или совершенно отсутствуют, в силу чего они до заболевания ничем не отличаются от нормальных сверстников. Обычно рано начало болезни приходится на пубертатный, сравнительно реже, предпубертатный период.

В одних случаях заболевание начинается кататоническим возбуждением, переходящим в ступор или кончающимся ремиссией, в других случаях — депрессивным настроением, часто с аффектами тоски, страха, ипохондрическими жалобами, бессонницей, повышенной раздражительностью, капризностью. Депрессия длится сравнительно недолго и скоро переходит в ступорозное состояние, сменяющееся или возбуждением или ремиссией. Во время течения болезни (независимо, началась ли она депрессией или возбуждением) отмечаются неоднократные чередования ступора и возбуждения, прерываемые недлительными ремиссиями. Периоды возбуждения сравнительно коротки (от нескольких дней до 1—2 месяцев), ступорозные состояния более длительны (от нескольких недель до полугода и более). Переход от ступора к возбуждению и обратно нередко совершается внезапно. В периоды возбуждения больные беспокойны, плюются, часами кричат, ругаются, высказывают отрывочные бредовые идеи. В подобном состоянии могут легко нанести поранения себе, окружающим. В отдельных случаях возбуждение напоминает картину истерического состояния, что было отмечено старыми авторами, говорившими, что «чем истеричнее выглядит истерия, тем вероятнее, что мы имеем дело с ранним слабоумием» (шизофренией). В ступорозном состоянии больные не отвечают на вопросы, неподвижно лежат, оказывают упорное сопротивление при попытках придать им другое положение, иногда длительно отказываются от еды, испражняются и мочатся под себя.

Течение болезни различно. В одних случаях все ограничивается одним или несколькими приступами ступора и возбуждения, и болезнь заканчивается длительной ремиссией, когда только некоторая эмоциональная притупленность, известная поверхностность мышления да стереотипные жесты, фразы и связанность, скованность моторики указывают на перенесенное заболевание; иногда психика больного лишь несколько тускнеет, блекнет. В других случаях болезнь кончается резким сдвигом психики, напоминающим по своей картине олигофрению. От последней исходное состояние при кататонии отличается: наличием кататонических явлений (стереотипии, негативизм и пр.), изменениями в моторике (скованность, связанность движений), наличием отдельных островков знаний, свидетельствующих о когда-то полноценном интеллекте.

Циркулярная форма. Эта форма характеризуется периодической сменой депрессивного и возбужденного настроения. В преморбидном состоянии часто отмечаются черты шизоидной психопатии.

Каждый приступ кончается хотя бы и незначительным опустошением психики, в которой все более и более выкристаллизовываются симптомы распада личности: расстройство мышления, нарушение активности, эмоциональная притупленность, скованность движений и т. д. Эта форма в детском возрасте встречается сравнительно редко.

Параноидная форма. Эта форма в чистом виде у детей обыкновенно не встречается, так как более свойственна зрелому возрасту (за 30 лет). (У детей встречается иногда параноидный симптом-комплекс). Характеризуется она бредовыми идеями и галлюцинациями при сохранности ясного сознания.

Б. Н., 13 лет. По линии отца: дядя с рождения слабоумный, не ходил, умер 40 лет; другие родственники и сам отец здоровы, по характеру мягкие, отзывчивые, добродушные. Патологического отягощения по линии матери не отмечается.

Испытуемый от 3 беременности; братья и сестры его здоровы. Родился в срок, развивался без задержки. До настоящего заболевания никаких особенностей в поведении больного не отмечалось. Хорошо учился в школе, принимал участие в детских играх, товарищи его любили.

Настоящее заболевание началось с февраля 1936 г. Незначительно поднялась температура (до 37,4°), жаловался на головную боль, был суетлив, беспokoен. Поместили в соматическую больницу. В больнице все время лежал в кровати, отказывался от еды, иногда был возбужден, кричал петухом, пел, щипал себя за уши, за щеки, половые органы. Жаловался на головную боль. Через несколько дней успокоился, начал есть. Вскоре снова возбуждился, выбросился из окна 2 этажа больницы, бегал по снегу в одном белье. После этого был направлен к нам в клинику.

При приеме речевое возбуждение: кричит, плачет, стереотипно повторяет одну и ту же фразу: «Катя, что ты делаешь?» Сидит с закрытыми глазами, уши закрывает пальцами, сопротивляется осмотру; стонет, охает, неожиданно слезы переходят в смех. Врача называет «Катей», санитаря — «сынчком».

При соматическом исследовании отмечено: физически недоразвит (соответствует 11 годам), подкожно-жировой слой истончен, лицо несколько с салым оттенком, конечности цианотичны. Со стороны внутренних органов никаких отклонений не отмечается. WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Реакция Ланге также отрицательная. Черепно-мозговые нервы без отклонений, патологических рефлексов не обнаружено.

Лежит в постели, закрывши голову одеялом, крепко зажмурив глаза, мускулатура сильно напряжена, оказывает упорное сопротивление при попытке изменить положение его тела. Поднятый с постели застывает в случайно принятой позе; временами удается изменить позу больного, придав ей самое неудобное положение (например, одна рука вытянута вперед, другая отведена в сторону, нога подогнута, корпус откинут назад), которое он длительно сохраняет («восковая гибкость»). Иногда неожиданно схватывает кого-либо из проходящих мимо его постели за халат, за платье, крепко сжимает руку, так что требуется большое усилие, чтобы освободиться.

От еды упорно отказывается, набирает пищу в рот и держит ее, не прожевывая. Накапливает во рту слюну, при попытке открыть рот, плотно сжимает губы. При кормлении с ложки неожиданно ударяет по лицу дежурную сестру, плюет на санитарку. Неопятен мочей и калом.

Состояние заторможенности (ступора) неожиданно сменяется психомоторным возбуждением: вскакивает с кровати, начинает бегать по палате, кричит, плюется, произносит отдельные, отрывочные слова или поет песни; то вдруг громко рассмеется, то зальется слезами, эмоциональной окраски при этом не наблюдается. На вопросы в таком состоянии иногда отвечает по существу, чаще же «говорит мимо». Окружающих лиц называет чужими именами. Высказывает бредовые идеи отравления; повидимому, галлюцинирует (закрывает уши, озирается вокруг). Периоды возбуждения длятся от нескольких часов до одного-двух дней, снова сменяясь ступором. Ступорозное состояние держится от недели-двух до месяца.

В течение лета 1937 г. больной еще находился в больнице. Резко истощен, приходилось прибегать к кормлению через зонд, от постоянного лежания в постели — покраснение крестца (с большим трудом удается избежать пролежней). Применялись: ванны, общеукрепляющее лечение.

Диагноз: *схизофрения (кататоническая форма)*.

Следующая история болезни приводится нами для иллюстрации разнообразия симптомов в картине схизофрении и изменчивости ее течения, в силу чего трудно бывает говорить о какой-либо определенной форме (смешание формы схизофрении).

М. Н., 14 лет, поступила в институт судебно-психической экспертизы 24 января 1933 г., выписана в психиатрическую больницу 21 марта 1933 г. В анамнезе резкого патологического отягощения не отмечается: в роду отца и матери есть родственники «любители выпить», но не запойные, не тяжелые алкоголики. Отец по характеру — вспыльчивый, у матери — истерические симптомы, бабка по отцу — замкнутая, с некоторыми странностями в характере. У матери семь беременностей, из них один искусственный аборт. Братья и сестры испытываемой физически и психически здоровы.

Испытуемая от четвертой беременности, раннее физическое развитие без задержаний. Всегда была несколько плаксивым, робким, обидчивым, но привязчивым ребенком. С братьями и сестрами не ссорилась, охотно играла с ними, помогала матери по хозяйству.

Восьми лет поступила в массовую школу, дошла до третьего класса, в котором осталась на второй год; по совету педагогов была переведена в специальную школу. Здесь до шестого класса училась хорошо, жалоб на ее поведение не было, считалась спокойной, несколько самолюбивой, обидчивой девочкой.

На 14 году жизни родители и школа отмечают ряд перемен в характере девочки: становится раздражительной, взыскательной, придирчивой, часто спорится с окружающими, перестает интересоваться учением, мало продуктивна.

В декабре 1932 г. в течение 2 недель плохо спит, ходит грустная, заплаканная, избегает, сторонится окружающих. В конце этого периода впервые появляются менструации, вслед за которыми постепенно выравнивается и ее настроение. Спокойный период держится до середины января 1933 г. С 17 января у нее отмечается резкое возбуждение: суетлива, подвижна, много и бессвязно говорит, легко перескакивая с одной мысли на другую, откровенно сексуальна, обилие зрительных и слуховых галлюцинаций. В таком состоянии она на двое суток исчезает из дому, неизвестно где пропадает, впоследствии обнаруживается, что она была в это время или изнасилована, или имела с кем-то половую близость. Состояние ее возбуждения было таково, что она производит на окружающих впечатление пьяной, ее задерживают на улице и направляют в милицию, которая в свою очередь переправляет девочку в больницу.

При поступлении в институт дежурным врачом было отмечено, что «девочка резко психомоторно возбуждена, спутана (не знает, где она находится, принимает одних лиц за других), плачет, повидимому, галлюцинирует».

При исследовании со стороны нервной системы никаких патологических отклонений не обнаружено.

Во время пребывания в институте то вяла, апатична, заторможена, не покидает постели, много плачет (на общем фоне подавленного настроения все же иногда выступают черты дурашливости, немотивированный смех, импульсивные поступки), то возбуждена, суетлива, много смеется, много говорит, маверничает, сексуально распускается, дурашлива. Такие состояния, чередуясь, повторялись за время пребывания в институте несколько раз, длительность их колебалась от 5 до 10—12 дней, переход из одного состояния в другое происходил без светлых промежутков; видимых внешних поводов для таких переходов не было. В институте галлюцинаций не отмечалось.

Интеллект несколько снижен, мышление разорвано, непродуктивно-отрывочные бредовые идеи: у них случился пожар, все сгорели, папа убил и съел маму и пр.

Диагноз: *схизофрения* (наряду с кататоническими симптомами много гебефренических).

Авторы, изучающие схизофрению в раннем детском возрасте (преддошкольном, дошкольном) считают более правильным подразделение ее не по отдельным клиническим формам, а по симптомокомплексам.

Симсон, основываясь на своем клиническом опыте, выделяет следующие симптомокомплексы:

1. Кататонический симптомокомплекс, проявляющийся (на фоне нормально развивающейся или развивающейся в несколько замедленном темпе психики) двумя параллельно идущими рядами симптомов: а) нарастающая замкнутость ребенка, потеря контакта с окружающими, б) постепенное угасание речи (до заболевания ребенок нормально владел ею). Из кататонических явлений наблюдаются: стереотипии, возбуждение, импульсивные действия и т. д. Быстрый распад интеллекта.

Этот симптомокомплекс в основных чертах сближается с описанной выше *dementia infantilis*.

2. Симптомокомплекс бредоподобных фантазий характеризуется тем, что дети уходят из конфликтной для них действительности в мир аутистических фантазий. Действующим лицам этого фантастического мира позволено все, на что в действительности взрослые наложили свой запрет. Идеалы этого мира диаметрально противоположны идеалам окружающей действительности.

3. Симптомокомплекс навязчивых страхов и действий протекает на фоне подавленного настроения. Часто это навязчивые мысли о своей или чужой смерти, опасения грядущих бедствий (обвалится стена, случится пожар, задавит автомобилем и т. д.), разнообразны ипохондрические жалобы, различные навязчивые действия. В целом ряде случаев наблюдаются тики. Постепенно за этими симптомами навязчивых страхов и действий начинают вырисовываться расстройство мышления и аффективное оскудение.

4. Анэтический симптомокомплекс (автор подчеркивает условность этого названия) характеризуется аффективной тупостью, приводящей к антисоциальным реакциям. Например, без всякого повода, мимоходом бьют других детей, кусают, щиплют, берут чужое, навло ломают вещи и т. д.; в более старшем возрасте проявляют сексуальную распущенность, бродяжничают, совершают хулиганские поступки и пр. Иногда действия носят импульсивный характер. Интеллектуальное развитие при этом не страдает.

5. Гебефренический симптомокомплекс сказывается постепенно развивающимися разорванностью мышления и поведения, налетом манерности и дурашливости, импульсивностью, немотивированностью реакций.

6. Аментивно-делириозный симптомокомплекс в преддошкольном и дошкольном возрастах встречается крайне редко, проявляется он аффектами страха, галлюцинациями (обыкновенно зрительными), иногда бредоподобными высказываниями (чаще бред отношения).

Описанные симптомокомплексы могут встречаться как раздельно, так и замещать один другой или сосуществовать вместе в различных сочетаниях. По наблюдениям Симсона замещение и сосуществование различных симптомокомплексов чаще наблюдается при гебефреническом, мягко текущем кататоническом и аментивно-делириозном.

Прогноз при различных симптомокомплексам неодинаков. Как уже упоминалось при кататоническом симптомокомплексам наступает быстрый распад личности; при симптомокомплексам навязчивых страхов и действий прогноз сравнительно не плохой: дети дают ремиссию, учатся в школе, в жизни социально ценны, но в то же время они остаются с теми или иными «странными». Также более или менее благоприятным в отношении прогноза является аментивно-делириозный симптомокомплекс.

Сухарева, основываясь на интенсивности течения процесса, группирует схизофрению в детском возрасте следующим образом: 1) детская форма медленно текущих схизофрений и 2) остро текущие схизофрении в пубертатном возрасте.

При медленно текущей форме в наследственности больных часто отмечается отягощение шизофренией и шизоидными психопатиями как по восходящей, так и боковой линиям. Преморбидные особенности больных с раннего детства представляют довольно характерную картину: плохая приспособляемость к коллективу, неуживчивость, отгороженность, повышенная чувствительность, эмоциональная холодность; со стороны моторики: медлительность, малоподвижность, неуклюжесть и т. д. Интеллектуальное развитие в большинстве случаев не нарушено.

Начало болезни сказывается в том, что страдает нормальная детская активность и аффективная связь с окружающим; стремление к трудовой деятельности заменяется пустыми разговорами, пренебрежением, навязчивым мудрствованием, в которых обнаруживается типичное для шизофрении расстройство мышления. В картине болезни часто преобладают кататонические симптомы.

Начало болезни приходится на конец дошкольного или первые годы школьного возраста; начало постепенное, течение длительное. В одних случаях исход в слабоумие, в других — резкой прогрессивности не отмечается: дети, обнаруживая ряд странностей в поведении, все же продолжают учиться и приобретать известные навыки и знания. В основных чертах эта форма совпадает с описанной выше простой формой шизофрении (*dementia simplex*).

Вторая форма — остро текущих шизофрений, встречается обыкновенно в пубертатном возрасте (14—17 лет). Наследственное отягощение у этих больных (шизофрения, шизоидные психопатии) встречается сравнительно редко. До заболевания часто отсутствуют какие-либо преморбидные особенности, т. е. болезнь развивается у подростков, до этого ничем не отличавшихся от своих нормальных сверстников.

Основной тип течения — интермиттирующий (переменяющийся, периодический) в форме отдельных, психотических вспышек. Сравнительно редко после первой вспышки наблюдается исход в слабоумие (тип катастрофы по Маудсу); чаще первый приступ заканчивается более или менее полной ремиссией. Длительность приступов различна: от 10—15 дней до 2—3 месяцев и более. Вслед за первой вспышкой наступают повторные приступы и в дальнейшем — после нескольких вспышек — болезнь принимает более или менее хроническое течение, заканчиваясь слабоумием. В ряде случаев наблюдаются длительные перерывы (в несколько лет) между отдельными приступами, психические дефекты подобных больных бывают нерезко выраженными, в силу чего они заканчивают школу и впоследствии работают на производстве.

Что касается отдельных клинических картин, то при пубертатной форме шизофрении встречаются те, которые были уже описаны выше, как кататонические, гебефренические, циркулярные; иногда наблюдается также и параноидный симптомокомплекс.

Следует помнить, что наряду с шизофренией, как самостоятельной болезнью, *любое заболевание мозга* (инфекция, интоксикация, травма, опухоль и т. д.) *при определенных условиях может проявиться шизофренической симптоматикой*. Подобные шизофренические симптомокомплексы различными авторами понимаются и расцениваются неодинаково: одни не отделяют их от шизофрении, что на практике приводит к беспредельному расширению рамок этой болезни; другие предлагают для их обозначения разнообразные названия (симптоматическая шизофрения, экзогенная шизофрения, функциональная шизофрения, псевдосшизофрения, шизофренический тип реакции, шизофреническое состояние и т. д.), что также или расширяет рамки шизофрении, или приводит к терминологической путанице.

В связи с этим на 2-м Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров (декабрь 1936 г.) был четко поставлен вопрос о границах понимания шизофренического процесса, о сужении рамок шизо-

френи. ¹ К разрешению этого вопроса клиника приблизится лишь тогда, когда она, не отождествляя шизофренические симптомокомплексы с шизофренией, а вскрывая их сущность, будет изучать болезненный процесс в целом (этиология, патогенез, течение, исход, патологическая анатомия).

Для иллюстрации подобных «шизофренических» симптомокомплексов, наблюдающихся при различных заболеваниях, мы приведем следующие два случая. ²

Юра С., 14 лет. В наследственности по обеим линиям ничего патологического не отмечается. Мать мальчика добрая, общительная, умерла 40 лет от заболевания почек. Отец — мягкий, с чертами тревожно-мнительного характера. Испытуемый от второй беременности, старшая сестра его здорова, синтонная (созвучная окружающему). До 4 лет Юра развивался правильно, был общительным, живым ребенком. В 4 года перенес скарлатину; с тех пор отмечается резкое ослабление зрения, по временам возникали головокружения, длившиеся по несколько часов. В виду отсутствия в дальнейшем видимого нарастания этих болезненных явлений они особых опасений родным не внушали. Школу стал посещать 9 лет, успешно учился, отличался мягким, ровным характером, стойкими семейными привязанностями, достаточной общительностью, реальными интересами, свойственными его возрасту.

Первый психотический приступ наблюдался на 13 году жизни больного: мальчик вдруг перестал узнавать окружающее, запутался в хорошо известной ему местности поблизости от дома. На следующий день это состояние бесследно прошло.

Второй приступ — через несколько месяцев после первого. Вначале отмечалось расстройство желудочно-кишечного тракта с повышением температуры; в дальнейшем присоединились первые признаки галлюцинаторно-параноидного и кататонического синдромов, но еще в совершенно неразвернутом виде. Это состояние держалось 2 недели; после него в личности мальчика так же, как и в первый раз, никаких заметных изменений не наблюдалось.

Третий приступ — через год после второго. Начало внезапное, непосредственно перед ним субфебрильное (подлихорадочное) повышение температуры (37,5°—37,7°), жалобы на головную боль, с последующим развитием тревожности, мнительности, растерянности, некоторой заторможенности, отказа от пищи, нарушения контактности.

Был направлен в детское психиатрическое отделение с диагнозом шизофрени. В отделении отмечено: астеническое телосложение, истощенность, внутренние органы без отклонений. Симптомов органического заболевания центральной нервной системы не обнаружено. Вегетативные реакции лабильны (неустойчивы). WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Все время до момента госпитализации больной (в связи с резким ослаблением зрения) находился под наблюдением профессора-окулиста, с рецептами и справками которого он поступил в отделение и по утверждению которого со стороны глазного дна никаких нарушений не отмечалось.

Вскоре по прибытии в отделение больной становится совершенно недоступным, в течение ряда дней совсем не отвечает на вопросы и лишь в дальнейшем контакт начинает частично восстанавливаться, но ответы — с большой задержкой, часто «мимо», абсолютно бездействен, эмоциональные проявления бледны. В дальнейшем упорный отказ от еды, задерживает пищу по многу часов во рту, стереотипии, упорный негативизм, сменяющийся по временам автоматической подчиняемостью, днями сохраняет одну и ту же позу, восковая гибкость. Вызывает ряд бредовых идей: ему что-то подсыплют в пищу, чтобы его отравить; за ним следят, его преследуют. Боязливо озирается по сторонам, напряженно прислушивается, что-то про себя шепчет.

Все эти явления, постепенно бледнея среди приступа, неожиданно дали новое обострение, которому предшествовала субфебрильная температура (37,7°),

¹ См. «Материалы ко Второму Всесоюзному Съезду невропатологов и психиатров», Москва, 1936 г.

² Случаи описаны сотрудником нашей клиники Кандаратской. Журнал «Невропатология и психиатрия», том VI (5), 1937 г.

без выявленных соматических нарушений. После этого обострения болезненные симптомы начинают ослабевать, постепенно совершенно исчезая. В общей сложности приступ продолжался $1\frac{1}{2}$ месяца.

По окончании этого приступа (был выписан из больницы с диагнозом — схизофренический симптомокомплекс, этиология не выявлена) у мальчика полная сохранность семейных привязанностей и отсутствие перестройки личности в ее связях с окружающим. Большой вернулся к школьным занятиям и в течение целого года сохранял удовлетворительную продуктивность, обнаруживал присущую ему (вне приступов болезни) теплоту и живость эмоционального реагирования.

Последний, четвертый приступ (в это время больной находился у нас в клинике) отмечался резким физическим истощением, бурными проявлениями сменяющихся кататонического возбуждения и ступора, наличием впервые появившейся, неврологической симптоматики (косоглазие, изменения со стороны глазного дна и пр.). Этот приступ быстро оборвался вследствие смерти больного, наступившей при явлениях паралича дыхания.

На вскрытии (М а н д е л ь ш т а м) была обнаружена бугристая опухоль размером в 3 см, расположенная на основании мозга в области перекреста зрительных нервов. Опухоль, расположенная в непосредственном соседстве с гипофизом (придатком мозга), оказалась с ним не связанной, но сам гипофиз был заметно ею уплощен. Опухоль — мягкой консистенции, содержала в себе множественные кисты с коллоидным содержанием. Со стороны всего мозга отмечалась резко выраженная гиперемия и его набухание. Черепная крышка значительно истончена, особенно темные кости.

А. А., 14 лет, сирота, воспитанница детского дома. Сведения о наследственности и раннем детском возрасте отсутствуют. Детский дом, в котором девочка находится с 10 лет, характеризует ее, как взрывчатую, раздражительную, упрямую, по временам — угрюмую, мрачную, злобную. Учение дается с трудом, дублирует 4 класс.

Заболевание началось внезапно в апреле 1933 г.: перестала отвечать на вопросы, по целым часам простаивала на одном месте. Ночью сама с собой разговаривала; по отдельным высказываниям можно было заключить, что девочка «слышит голоса». В клинику была направлена с диагнозом — схизофрения.

В клинике отмечено: диспластический тип сложения, истощена. Щитовидная железа диффузно увеличена. Менструации впервые незадолго до настоящего заболевания. Симптомы органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. WaR в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. Глазное дно — N. Температура суфебрильная (37,2—37,5°).

Первое время по поступлении в клинику в психическом состоянии держится та же заторможенность, безучастность к окружающему. В последующие дни стала отвечать на некоторые вопросы; правильно назвала свое имя и фамилию, адрес детского дома точно назвать не могла. Откачивается от еды, считая ее «отравленной»; кажется, что над ней смеются, в связи с чем делает нападения на больных и персонал.

В дальнейшем состоянии колеблется между кататоническим ступором с полной утратой контактности и агрессивными, разрушительными действиями, выявляемыми одновременно с бредовыми идеями и обманами чувств. Из словесной продукции видно, что девочка считает, что «ее окружают враги», врача называет «колдуньей», слышит голоса, которые велют ей «не поддаваться». Ответы «мимо», с большой задержкой, злобна, импульсивна.

Через несколько дней полная разорванность речи и спутанное состояние сознания, на высоте которого наблюдался судорожный припадок типа grand mal, с последующим длительным сном и дальнейшим выходом из описанного психотического состояния. Вскоре повторный припадок с судорогами, потерей сознания и обычным эпилептическим типом течения болезни.

Общий период наблюдения больной четыре года. За это время девочка неоднократно выписывалась из клиники в хорошем психическом состоянии и снова поступала с явлениями сумеречного состояния, заканчивающегося судорожными припадками, но все последующие психотические состояния имели клинически четко очерченный эпилептический профиль и больше ни одного раза не были окрашены тем своеобразным сочетанием кататонических и гал-

люцинаторно-параноидных черт, имевших место в начале данного заболевания при первом поступлении в клинику.

Диагноз: *эпилепсия*.

Этиология и патогенез. Этиология шизофрении настоящего времени не считается окончательно выясненной. Большинство исследователей придают большое значение наследственному предрасположению, встречающемуся чаще по боковой (дяди, тетки), а не по прямой линии (родители, деды, бабушки). Подобная наследственная передача указывает, что шизофрения передается как рецессивный признак. Осипов объясняет передачу шизофрении по боковой линии тем обстоятельством, что заболевают шизофренией в молодом возрасте, еще до вступления в брак (по его данным до 80%); у вступающих в брак родственников этих больных шизофрения находится в зачаточном, скрытом виде (патологические характеры, поздние формы заболевания и пр.), обнаруживаясь в следующем поколении. Во всяком случае можно утверждать, что вероятность заболевания шизофренией понижается по мере отдаления родства от больного.

Нередко в семьях шизофреников наблюдаются и другие психические и соматические заболевания, среди которых в известном проценте случаев встречается сифилис. Роль его в этиологии шизофрении можно свести к поражению зачатка. За причинное происхождение шизофрении в связи с сифилисом, помимо данных анамнеза, иногда положительной WaR, говорят также нарушение иннервации зрачков, неравномерные коленные рефлексы, эпилептиформные припадки, глубокий распад личности и пр. (Гиляровский, О с т а н к о в).

Против роли, которая приписывается психогенным факторам в происхождении шизофрении, резко возражает большинство исследователей, считающих, что в основной своей группе шизофрения — заболевание органическое. Этим категорическим отрицанием совершенно игнорируется взгляд французской школы (Клод и др.) на психогенное происхождение части случаев шизофрении.

Если неразрешенным является вопрос об этиологии болезни, также спорным является и вопрос об ее сущности. Учитывая наблюдающееся при этой болезни расстройство желез внутренней секреции (патолого-анатомические данные, начало болезни или ее ухудшения, совпадающие с пертурбациями в эндокринном аппарате: пубертатный период, климакс, беременность, послеродовой период и пр.), ряд авторов отстаивает эндокринное происхождение шизофрении. Эту точку зрения в чистом виде разделяет сравнительное меньшинство. Другой взгляд на сущность шизофрении сводится к тому, что шизофрения — мозговой процесс, подготовленной почвой для возникновения которого является врожденная неполноценность определенных мозговых систем. Наблюдаемые при шизофрении эндокринные расстройства отчасти являются результатом заболевания нервной системы и лишь отчасти результатом неполноценности самих желез.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. Несмотря на многочисленные исследования, характерных для шизофрении патолого-анатомических изменений, которые давали бы возможность установления посмертного диагноза, т. е. не встречались бы и при других психических заболеваниях, до сих пор не найдено. Все же при шизофрении со стороны нервной системы отмечаются довольно часто разнообразные аномалии развития: недоразвитие всего мозжечка или одной из его половин, асимметрии и неправильности в строении борозд. На задержку развития указывают также находки двухядерных клеток Пуркинье и типичных для известного периода эмбрионального развития клеток Кахала (в первом слое). Хотя патолого-анатомические изменения отмечаются во всех частях коры, но нередко особенно сильно бывают поражены лобные доли, а также мозжечок и подкорковые узлы. Из отдельных слоев коры чаще всего поражаются более поверхностные и более поздние в филогенетическом развитии второй и третий слой, иногда также и пятый слой.

При патолого-анатомическом исследовании желез внутренней секреции отмечаются атрофические изменения щитовидной железы (в хронических случаях), иногда дряблость надпочечников, атрофические изменения половых желез (запустение в яичках, аналогичные изменения в яичнике).

Течение болезни, прогноз и лечение. Как уже нами указывалось, для различных форм шизофрении время начала болезни неодинаково: простая форма так же, как и кататония, могут начаться в любом возрасте, но все же первая из них чаще встречается в детские годы, вторая — в пубертатном периоде; гебефрения — в годы полового созревания. По данным Крепелина время начала шизофрении по возрастам распределяется следующим образом: до 10 лет — 3,5%; от 10 до 15 лет — 2,7%; от 15 до 20 — 21,7%; от 20 до 25 лет — 25,5%; от 25 до 30 лет — 22,8%; от 30 до 35 лет — 13,0% и т. д. Таким образом в $\frac{2}{3}$ случаев шизофрения начинается в возрасте от 15 до 30 лет. Как данные Крепелина, так и других авторов, с очевидностью говорят, что в детском возрасте шизофрения встречается не часто, а потому в дошкольном возрасте и начале школьного — диагноз всегда должен ставиться с большой осторожностью.

Течение болезни весьма различно, болезнь может прерываться на долгие годы хорошей ремиссией, может давать и очень быстрый исход в слабоумие, что было нами уже отмечено при описании отдельных форм. По отношению к взрослым Крепелин устанавливает излечение гебефреников в 80%, катоников — в 13%. Чем раньше возникает болезнь, чем вялее она протекает, тем меньше данных ожидать ремиссий; чем острее протекает психическое расстройство с самого начала заболевания, тем вероятнее хорошая ремиссия. Не располагая статистическими данными исходных состояний у детей, мы на основании нашего клинического опыта должны констатировать сравнительно часто наблюдающуюся у детей после острого начала кататонии длительную ремиссию и частый исход в слабоумие

(близкое к олигофрении) простых форм шизофрении. Таким образом предсказание при шизофрении будет зависеть от степени тяжести наследственного отягощения, формы заболевания, конституциональных особенностей ребенка, его возраста, воспитания, образа жизни и пр.

Известную роль при этом предсказании играет и лечение, большое значение имеет также рационально поставленная педагогическая и воспитательная работа. Отмечая, что ступорозные больные, после свидания с родными или прогулки, внезапно и притом на длительное время становились доступными, некоторые авторы считают, что ряд кататонических симптомов вызывается известной обстановкой, на которую они и стараются воздействовать. Прежде всего сама больница, с ее изоляцией от окружающего, способствует развитию у больного отгороженности, аутизма. Поэтому в настоящее время является правилом — ни одного лишнего дня не задерживать таких больных в больницах, выписывая их при малейшей возможности со стороны их психического состояния. На то, чтобы разбить этот аутизм, приобщить больного к реальной жизни, и направляется воспитательная работа, которой принадлежит выдающаяся роль не только при лечении, но и при профилактике этого заболевания. Нередко, благодаря рационально поставленной воспитательной работе, процесс протекает значительно мягче. В этом отношении в больницах играет выдающуюся роль рабочая терапия, занятие больного тем или иным видом трудовой деятельности. Вне больничной обстановки следует обязательно добиваться того, чтобы шизофреник приучался к самообслуживанию, был занят тем или иным видом работы. В отдельных случаях этому помогают настойчивые уговоры, убеждения; в ряде случаев необходимы строгая дозировка и систематическое соблюдение режима, приучающего больного к определенному распорядку. В острых случаях необходимо помещение в больницу; в тяжелых случаях с исходом в слабоумие, при отсутствии надзора в семье, — помещение в учреждение для хроников.

Для лечения шизофрении применялись и применяются самые разнообразные способы, из которых мы перечислим здесь лишь некоторые: пересадка желез внутренней секреции, прием внутрь препаратов этих желез, бактериофаг, прививка малярии, тифа, лечение вакцинами, лечение сном, инсулином, психотерапия (включая гипноз, психоанализ) и пр. До настоящего времени говорить о положительных результатах лечения еще нельзя, но из этого вовсе не следует делать пессимистического вывода о неизлечимости болезни, даже если и придерживаться того взгляда, что шизофрения является наследственно-обусловленным (герето-дегенеративным) заболеванием. Наследственное заболевание вовсе не является синонимом неизлечимого, а потому поиски лечения шизофрении должны и будут продолжаться.

Распознавание. Распознавание шизофрении нередко представляет очень большие трудности. С одной стороны, ее приходится отличать от шизоидной психопатии, пубертатных изменений, с другой стороны, начальные симптомы заболевания дают

иногда повод к смешению этих состояний с *nervosität*, неврастений, истерией. В третьих случаях затруднения могут возникнуть при отграничении циркулярной формы шизофрении от маниакально-депрессивного психоза; в четвертых случаях некоторые кататонические симптомы и аффективные расстройства психики могут дать повод для неправильного диагноза того или иного органического заболевания (в частности, эпидемического энцефалита). Наконец, исходные состояния могут быть смешаны с олигофренией. О некоторых отличиях (от олигофрении, от изменений при пубертатном периоде и пр.) мы уже говорили в настоящей главе; о дифференциально-диагностических отличиях от других заболеваний скажем при их дальнейшем описании, так как тогда яснее выступят различия между ними и шизофренией.

ХIII. ЭПИЛЕПСИЯ.

Эпилепсия (от греческого — внезапно падать, неожиданно быть охваченным) является заболеванием, известным с давних времен, о чем (наряду с другими указаниями) свидетельствуют самые разнообразные названия болезни, пытающиеся отразить ее сущность.

Ковалевский приводит до 40 таких названий, в которых болезнь, в зависимости от состояния уровня знаний той или иной эпохи, или связывается с вмешательством сверхъестественной силы (*morbis sacer, morbis demonicus*), или объясняется неправильной деятельностью желудка (*analepsia* — таков был взгляд на болезнь Гипократа), или ставится в зависимость от различных фаз луны, стояния звезд (*morbis lunaticus, morbis astralis*), или названием подчеркиваются характерные особенности проявления болезни (например удержавшийся до настоящего времени термин — эпилепсия; у нас в общепитии — падучая, черная немочь — повидимому, в связи с рвким посинением, багровым оттенком лица во время припадка).

Несмотря на то, что эпилепсия известна с древнейших времен, все же еще и до настоящего времени в понимании ее остается много неясного, темного, спорного. Ряд авторов не признает эпилепсию за самостоятельную болезненную форму, а рассматривает ее лишь как реакцию мозга на определенные воздействия, когда они достигают известной силы (*epileptische Reaktionsfähigkeit*). Подобная реакция является физиологической особенностью каждого нормального мозга; эпилепсия, как болезненное явление, связана с повышенной готовностью мозга к этому виду реакции. Эта готовность к эпилептической реакции может быть врожденной или приобретенной под влиянием экзогенных факторов. В противовес этому многие из современных исследователей, признавая генуинную (идиопатическую) эпилепсию самостоятельным заболеванием, выделяют ее от органической эпилепсии. Органическая (симптоматическая) эпилепсия включает в себя те случаи, где припадки являются лишь симптомом того или иного органического заболевания мозга (опухоль, последствия энцефалитов, менингитов, физических травм, склероза сосудов мозга и пр.) или следствием отравления — интоксикации (алкоголизм, уремия, отравление свинцом и пр.). Все те случаи, которые не являются результатом определенного органического по-

ражения мозга, но все же имеют более или менее общую анатомическую подкладку, главным же образом характеризуются определенными психическими и соматическими расстройствами, принято относить к генуинной или идиопатической (другое название) эпилепсии, клинические проявления которой и будут подлежать нашему рассмотрению.

Клиническая картина эпилепсии. ¹

Припадки. В клинической картине генуинной эпилепсии на первый план выступают повторяющиеся припадки, при которых потеря сознания является постоянным и обязательным, а судорожные явления — частым симптомом. Несмотря на то, что припадки составляют один из кардинальных симптомов генуинной эпилепсии, все же в клинической практике не так уже редки случаи, когда этот симптом бывает нерезко выраженным или в отдельных, сравнительно редких (атипических) случаях может и совершенно отсутствовать. Наличие только одних припадков еще ни в какой степени не может служить достаточным основанием для постановки диагноза, а тем более такого ответственного, как генуинная эпилепсия. С другой стороны, при тщательном анализе совокупности всех данных, характеризующих генуинную эпилепсию, диагноз ее может быть поставлен и при отсутствии припадков. Следует твердо помнить, что припадок — всего-навсего только симптом, встречающийся при самых разнообразных заболеваниях.

Мы с целью предпосылаем это замечание описанию припадков: в общезнании нередко случается, что, услышав о припадках (в особенности о судорожных), спешат приклеить готовую этикетку эпилепсии. Это является непростительной ошибкой, так как один симптом, выхваченный сам по себе, как бы он важен ни был, все же еще не является достаточным для постановки диагноза.

Припадки при эпилепсии весьма разнообразны, причем у детей, особенно в начале болезни, сравнительно редко приходится наблюдать выраженный типичный припадок. У них обыкновенно встречаются лишь едва намечающиеся формы этого припадка или различные отклонения от него и только с течением времени припадки принимают более или менее типичный характер.

Типичный эпилептический припадок (*grand mal* — большая болезнь, большое зло, бедствие) иногда начинается предвестниками. Эти предвестники в одних случаях наблюдаются за несколько дней до припадка, в других — за несколько часов и в третьих — за несколько минут, секунд. У детей припадки чаще

¹ Здесь мы описываем клиническую картину генуинной эпилепсии так, как будто она проявляется в виде одной формы. Это не соответствует действительности: генуинная эпилепсия так же, как например, шизофрения, может быть подразделена на целый ряд отдельных форм (время начала и характер припадков, своеобразие в сочетании отдельных симптомов, особенности течения, исхода и лечения). Для настоящего времени эти формы еще недостаточно клинически ясно вычерчены, а потому мы и ограничиваемся здесь общим описанием симптомов, наблюдающихся при генуинной эпилепсии!

начинаются без всяких предвестников, внезапно; у взрослых отдельные авторы отмечают предвестники в 30—70%. Раз появившись, предвестники в дальнейшем при каждом припадке неизменно повторяются в том же виде, в каком они обнаружались в первый раз, что дает иногда больным возможность заранее принять меры, чтобы не расшибиться, не упасть в неподходящей обстановке и пр. Эти предвестники называются — *aura* (ветерок); название присвоено давно и происхождение его связывают с тем, что у некоторых эпилептиков перед началом припадка бывает ощущение дуновения легкого ветерка. Некоторые авторы называют аурой только ближайшие предвестники припадка, другие — рассматривают ауру как начало самого припадка. С этим последним мнением согласны и мы. Отдаленные предвестники сказываются за несколько часов или дней плохим самочувствием, тоскливостью, раздражительностью, предчувствием чего-то плохого, внутренним беспокойством, напряженностью; нередко головные боли, сердцебиения, чувство общей усталости, разбитости и т. п. Ближайшие предвестники (которые по существу есть уже начало припадка и которые мы условились называть аурой) бывают весьма разнообразны и проявляются различными расстройствами в двигательной сфере, чувствующей, вазомоторной и психической. Длительность ауры исчисляется секундами, крайне редко — минутами.

Двигательная аура проявляется бормотанием одного и того же слова или фразы, плачем, всхлипыванием (*aura lacrimalis* — Кларк), помахиванием рукой и пр., иногда в виде неудержимого бегства, когда больной, пробежав несколько шагов, падает в судорогах (эпилепсия с бегством — *epilepsia procursiva* старых авторов); в других случаях перед падением больной начинает кружиться на одном месте (старое название — *epilepsia rotatoria* — эпилепсия с вращением, кружением). *Чувствительная аура* сказывается щекотанием в ноздрях, ощущением ползанья мурашек по телу, свистом, звоном в ушах, мелодичными звуками, окликанием по имени, мельканием искр в глазах, появлением перед глазами яркого огня, пламени, дурным запахом, горечью во рту, ощущением во рту металлического вкуса и т. д. *Вазомоторная аура* проявляется чувством холода или жара в голове, во всем теле, сердцебиением, потоотделением, слюноотделением, иногда сильным сексуальным возбуждением (эрекция *penis'a*). *Психическая аура* проявляется резким приступом страха, невыразимым блаженством, спокойствием, «просветлением» и т. д.

Маленькие дети об ауре рассказывают крайне редко, иногда удается установить наличие ее косвенным путем: мимика, жестикуляция, общее поведение ребенка, свидетельствующее о страхе, галлюцинациях. С возрастом указания на ауру увеличиваются, но все же по сравнению со взрослыми аура у детей и подростков встречается значительно реже.

Обыкновенно припадок начинается без ауры, внезапной потерей сознания, побледнением лица и падением. Сравнительно редко (у взрослых в 5% случаев, у детей не чаще) во время падения наблюдается протяжный, пронзительный крик, который можно объяс-

нить или уже наступившей тонической судорогой гортани, или реакцией на устрашающие галлюцинации, на внезапно охвативший ужас. Падение чаще всего происходит вперед (ударяются, расшибают лицо), реже на спину и крайне редко на бок. Вслед за падением, связанным с расслаблением мускулатуры, через несколько секунд начинается тоническая судорога: вся мускулатура резко напряжена, верхние конечности вытянуты или слегка согнуты в локтях, кулаки крепко сжаты, нижние конечности вытянуты, глаза скошены, зрачки расширены, на свет не реагируют, зубы плотно стиснуты, дыхание приостановлено, бледное в начале припадка лицо теперь приобретает синеватый, багровый оттенок. Туловище в отдельных случаях изгибается по-разному: то несколько изогнуто назад, то перекручено в одну из сторон. Сознание глубоко затемнено, чувствительность потеряна: больной не реагирует ни на уколы, ни на прикладывание холодного, горячего; рефлексы отсутствуют. Тоническая судорога длится 10—30 сек. и постепенно переходит в клонические судороги, чаще стибательные. Клонические судороги, вначале одиночные, слабые, редкие, беспорядочные, скоро учащаются, становятся выраженнее и распространяются на все тело. (Следует иметь в виду, что сила судорог неодинакова, в известном проценте случаев они выражены на одной стороне туловища сильнее, чем на другой.)

Тело резко содрогается в судорогах: большой ударяется головой, руками и ногами о пол, нередко причиняя себе при этом серьезные ушибы и поранения. В это время, возможно несколько позднее, у некоторых больных наблюдается непроизвольное отделение мочи, иногда и кала. Внешний вид больного производит тяжелое, страшное впечатление: лицо искривляется судорожными гримасами, глазные яблоки подергиваются, изо рта стекает пена, нередко окрашенная в розоватый, красный цвет — результат поранения, прикуса языка; дыхание учащенное, прерывистое, шумное, иногда вылетают отдельные, нечленораздельные звуки, клокотание; пульс учащен, лицо синюшное или с желтовато-бурым оттенком, покрыто потом. Постепенно судороги ослабевают, появляются небольшие паузы между ними, в дальнейшем отмечаются только незначительные вздрагивания, вскоре также прекращающиеся. Мускулатура начинает расслабляться, замедляется пульс, выравнивается дыхание.

Расслаблением мускулатуры заканчивается припадок. Типичный припадок длится 2—3, реже 5—10 мин. С расслаблением мускулатуры на короткое время наступает прояснение сознания, после чего больной впадает в глубокий сон; нередко прояснения сознания не наблюдается, и вслед за прекращением судорог больной тотчас же засыпает. Длительность сна у одного и того же больного неодинакова, в среднем колеблется от получаса до часа и более. В ряде случаев после расслабления мускулатуры сна совершенно не наблюдается, сознание возвращается постепенно; в подобных случаях больной иногда плохо ориентируется в окружающем, на вопросы отвечает невпопад, пытается куда-то идти, чего-то ищет, бесцельно переключает, перебирает предметы, иногда (крайне редко), разрушает

предметы, вещи, нападает на окружающих.¹ После припадков нередко расстраивается речь: больной говорит медленно, с большими паузами, часто не может подыскать слов для выражения мысли, забывает название предметов, но если ему назвать предмет, то он тотчас же находит его среди других (олигофазия); расстройства речи сглаживаются постепенно, и через несколько часов после припадка речь становится обычной. У некоторых больных еще спустя несколько часов после припадка (реже 1—2 дня) отмечаются легкие подергивания отдельных мышц, дрожание, патологические рефлексy (Бабинский).

Воспоминания о припадке обыкновенно не сохраняются, все же больные часто знают о нем по тем неприятным ощущениям — чувству общей слабости, усталости, разбитости, головным болям и пр., — которые бывают после просыпания. Также нередко они догадываются о бывшем припадке, замечая у себя неурядицы в одежде, поранения, ушибы, прикус языка и пр. На это обстоятельство следует обратить внимание при изучении припадков, так как иногда, основываясь на только что перечисленных симптомах, ребенок утверждает, что он помнит о бывшем с ним припадке.

Абортивные (недоразвитые) припадки у детей проявляются неполной потерей сознания или, наоборот, при глубоком затемнении сознания отмечаются настолько слабо выраженные судорожные явления, что припадок бывает весьма похож на обморок. В некоторых случаях клонические судороги предшествуют тоническим или и те и другие существуют одновременно в разных частях тела. Сравнительно часто отмечается, что клоническая фаза припадков проявляется не судорогами, а разнообразными движениями в виде топаяния, бормотания отдельных фраз, слов, стереотипно повторяющихся жестов и т. д. (элементы моторной ауры). В ряде случаев при потере сознания наблюдается закрывание глаз, легкие судорожные подергивания лица, отдельных мышечных групп конечностей; при этом иногда сознание настолько быстро проясняется, что больной бывает в состоянии сам наблюдать последние судорожные движения. Очень редко встречается такой вид припадков, протекающих с затемнением сознания, когда ребенок не падает, а продолжает идти несколько шагов вперед, после чего не надолго к чему-нибудь прислоняется (в это время у него тоническая судорога) и приходит в сознание.

От абортивных припадков следует отличать так называемые *малые припадки* (*petit mal* — малая болезнь, небольшое зло), которые не всегда оправдывают это название, так как встречаются иногда в случаях, где в дальнейшем происходит значительная инвалидизация личности. Малые припадки (*petit mal*) сопровождаются кратковременной (1—2 сек.) потерей сознания и в одних случаях характеризуются молниеносно протекающими судорожными движениями,

¹ Наиболее обычными отклонениями от типичного припадков является укорочение или удлинение отдельных фаз. Иоганс отмечает, что у маленьких детей (особенно у грудных) резкое преобладание тонических элементов над клоническими говорит скорее против доброкачественных судорог, указывая на эпилептический характер припадков или его органическое происхождение.

в других — отсутствием или слабой выраженностью судорожных явлений, т. е. лишь кратковременной потерей сознания. Обычно припадок протекает без всяких предвестников; больной внезапно теряет сознание и застывает в той позе, в которой застал его припадок, падения в таких случаях не наблюдается. Во время припадков взгляд больного или неподвижно устремлен вдаль, или чаще опущен книзу (веки слегка полузакрыты), реже отмечается закатывание глаз. Только на один короткий момент больной теряет связь с окружающим, «отсутствует», почему этот припадок и называют *absence* (отсутствие). После припадков больной тотчас же приходит в себя и, не помня о случившемся, продолжает, как ни в чем не бывало, прерванную игру, разговор (часто с того полуслова, фразы, на которых его застиг припадок). В других случаях *petit mal* сказывается такой же кратковременной потерей сознания, но сопровождается поворотом головы, перекашиванием лица, пожиманием плечами, глубоким вздохом, жевательными движениями, выбрасыванием ноги, падением на колени и т. д. В отдельных (крайне редких) случаях припадку *petit mal* предшествуют предвестники в виде головных болей, головокружения, мелькания в глазах, шума, звона в ушах и т. д. У одного и того же ребенка малый припадок всегда протекает более или менее одинаково. После малого припадков ребенок обыкновенно не засыпает, но в отдельных случаях, где припадки существуют длительное время, после них иногда наблюдается короткий сон.

Малые припадки иногда чередуются с большими припадками, чаще предшествуют им, являясь единственным симптомом в начале заболевания, и лишь потом заменяясь большими припадками; наконец, могут в течение всей жизни больного наблюдаться только одни малые припадки. В этих последних случаях течение болезни может быть иногда таким же тяжелым, как и при больших припадках. Нередко в начале болезни малые припадки остаются нераспознанными.

Вспоминается случай, когда к нам в клинику был доставлен мальчик с жалобами на упорное хулиганство, выразившееся в том, что он на глазах у учительницы сразу перечеркивал все им написанное в тетради, а после упорно отрицал свой поступок. На замечания учительницы, на ее строгий тон реагировал вспышкой гнева, обвиняя ее в пристрастном к нему отношении. На поверку оказалась начинающаяся эпилепсия с припадками типа *petit mal*.

Особенно часто не распознаются малые припадки в виде *absence*, которые принимают за рассеянность, невнимательность ребенка, объясняют его моторной неуклюжестью, иногда склонны приписать шалостям.

Как ни подробно старались мы очертить отдельные проявления припадков у детей, мы, конечно, далеко не исчерпали всего их многообразия.

В заключение о припадках следует еще отметить сравнительно редко встречающиеся так называемые *кивательные судороги* (*epilepsia nutans*). Внешнее проявление этих судорог таково: больной наклоняется вперед (сгибает туловище как бы для поклона) и при этом быстро кивает головой, что создает впечатление приветствия (этот вид судороги ведет название от арабов — судорож-

ный селям, судорожное приветствие). После припадка, который бывает кратковременным, быстро возвращается сознание, и ребенок продолжает прерванные занятия. В отдельных случаях сгибательные движения настолько резки, что больной теряет равновесие, падает, ударяется лицом.

Психические эквиваленты. От припадков принято отличать периодически повторяющиеся, кратковременные состояния психического расстройства, заменяющие собой припадок. Отсюда и их название — психические эквиваленты. Некоторые авторы расширяют понятие психических эквивалентов, присоединяя к ним и те *периодические расстройства сознания*, которые не стоят во временной связи с припадками. Такое расширенное толкование приводит к тому, что в психические эквиваленты включаются и *absence* и другие психические расстройства. Мы будем употреблять термин «психический эквивалент» в том суженном понимании, как это указано выше.

Наиболее часто встречающимся у детей видом психического эквивалента являются периодические расстройства настроения (так называемые «плохие» и «хорошие» дни эпилептиков). Начинаются эти расстройства внезапно, без видимого повода, так же как, неожиданно обрываясь, они и заканчиваются. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Подавленное настроение характеризуется злобно-тоскливой раздражительностью, когда больной не находит себе места, ничем не может заняться, без причины придирается, по всякому пустяку вступает в пререкания, ввязывается в конфликты, затевает ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. Очень часто высказывает ряд неосновательных жалоб, предъявляет всевозможные требования, обвиняет в несправедливом к нему отношении, припоминая все случаи, когда были нарушены его права, оскорблено самолюбие и т. д. Повышенное состояние сказывается в раздражительно-возбужденном, приподнятом настроении, лишенном того юмора, задушевности, как это бывает у маниакальных больных. Часто повышенное настроение находит себе выход в шутках, носящих характер издевательства, в «изводе» маленьких беззащитных ребят, в хулиганских выходках, драках. Психомоторный облик больного (речь и движения) сравнительно мало изменяется, оставаясь, как и обычно, замедленным в темпе. Чаще приходится наблюдать подавленное состояние.

Наряду с расстройствами настроения встречаются различные по глубине и продолжительности *сумеречные состояния*. Больные неожиданно теряют способность ориентироваться в окружающем, не узнают привычной обстановки, не находят на улице своего дома, заходят в чужой. Нередко больной забывает название знакомых ему предметов, путает события во времени, не знает даты дня, пугается незнакомых лиц, принимает их за других и т. д. Сумеречное состояние длится от нескольких минут до нескольких часов; воспоминания о бывшем расстройстве сознания обыкновенно отсутствуют.

Если в подобном состоянии на первый план выступают бредовые представления, яркие галлюцинации (обыкновенно зрительные, не-

сколько реже слуховые), то говорят о *делириозной* (бредовой) *спутанности*. Больные совершенно не ориентированы в окружающем: они находятся в могиле, подземелье, подвале, видят яркое пламя, огонь, сияние, окружены дикими зверями, страшными чудовищами, слышат выстрелы, музыку, пение; на них нападают, мучают, их истязают и т. д. Поведение больных диктуется содержанием галлюцинации и бреда. В одних случаях, охваченный ужасом, больной начинает все разрушать, пытается спастись бегством, выпрыгивает из окна, баррикадирует двери, окна, чтобы воспрепятствовать нападению на него и т. д. В других — в состоянии экстаза больной застывает на одном месте, глаза устремлены вверх, на лице написано блаженство. В третьих — больной как бы оглушен происходящим, тупо на все реагирует, мимика и движения скованы, ответы на вопросы не по существу, невпопад. Подобные делириозные состояния длятся от нескольких часов до нескольких дней. Придя в себя, больные или совершенно не помнят пережитого или сохраняют о нем отрывочные воспоминания, что зависит от степени изменения сознания во время приступа.

В отдельных случаях наблюдаются состояния, когда окружающее воспринимается как бы во сне — *сновидные состояния*. Временные грани исчезают (события настоящего и прошедшего объединены во времени), оживают умершие лица, больные их видят, разговаривают с ними, обстановка насыщена всевозможными чудесами, появляются невиданные звери, чудовища и пр. Нередко все это внушает больному неожиданный страх, он пытается спастись бегством или забивается в угол, пронзительно кричит, призывая на помощь. Длительность этих состояний такова же, как и бредовых; воспоминания о них или совсем не сохраняются или сохраняются отрывочно. Делириозные и сновидные состояния требуют тщательного надзора, так как больной в это время опасен как для себя (поранения, ушибы, повреждения, когда он спасается бегством, защищается), так и для окружающих (нападения на них, кончающиеся иногда убийством).

Иногда сумеречные состояния проявляются в виде *автоматизмов*, когда нечеткое, неясное, спутанное состояние сознания больного находит себе отражение в несложных двигательных актах: несколько раз застегнет и расстегнет пуговицу, встряхнувшись, приходит в себя, не помня, что с ним было; аналогичным же образом проделывает и какие-нибудь другие движения. В некоторых случаях эти движения усложняются: больной в классе встает среди урока, подходит к доске, раздевается, мочится, возвращается на свою парту, совершенно не помня о случившемся (Штротмайер). Подобные случаи, когда преобладает передвижение с места на место, ходьба, путешествие, получили название *амбулаторного автоматизма* или *транса*. В таких случаях больной производит впечатление несколько оглушенного, но все же его действия с виду целесообразны, он отвечает на вопросы, иногда теряясь, не находя нужных слов (что нередко может сойти за повышенную смущаемость), иногда отвечает на вопросы невпопад, что также находит себе у окружающих объяснение в растерянности, за что говорит и общий вид больного с малоподвижной, маловырази-

тельной мимикой. Иногда подобных больных принимают за подвыпивших. В таких состояниях больные далеко заходят от дому и, придя в себя, совершенно не могут вспомнить, как они оказались в данной местности.

Когда описанные сумеречные состояния развиваются вместо припадка, говорят о психическом эквиваленте; в ряде случаев психические эквиваленты могут развиваться непосредственно после припадка или предшествовать ему. У детей эти состояния обычно встречаются не часто, они более элементарны, делириозные и сноподобные картины менее ярки, чаще в них преобладает страх.

К сумеречным состояниям относится также *сомнамбулизм* — снохождение (старые воззрения на зависимость эпилепсии от фаз луны сказались и на этом явлении, которое и до сего времени нередко называется в общежитии «лунатизмом»). В одних случаях дело до настоящего снохождения не доходит, а ограничивается ночными страхами (*pauc nocturnus*), когда больной просыпается с криком (или без него) и с лицом, искаженным страхом, ужасом, пытается куда-то бежать, сопротивляется; когда его удерживают. Все это он обыкновенно проделывает молча, иногда произносит отдельные отрывочные слова. В некоторых случаях приступ страха кончается непроизвольным мочеиспусканием; помочившись, ребенок засыпает, не сохраняя на утро воспоминания о случившемся. В других случаях больной вскакивает, встает с постели, проделывает целый ряд разнообразных действий, иногда подходит к окну и, принимая его за дверь, пытается выйти через него, нередко выходит на улицу; чаще же, пройдя несколько шагов, или возвращается на постель, или засыпает, не возвращаясь на прежнее место. Отсутствие сознания опасности придает движениям больных ловкость, уверенность; поэтому не рекомендуется, когда больной находится в опасном месте (на карнизе окна, крыше), будить его, так как, проснувшись, он осознает опасность и теряет уверенность в движениях.

Раньше ночным страхам и сомнамбулизму приписывалась значительная роль в смысле диагностического признака эпилепсии. В настоящее время эта роль безнадежно утеряна, так как и то и другое явления нередко встречаются не только при истерии или у невротических детей, но и у детей совершенно здоровых. Поэтому при диагнозе этот признак может иметь значение лишь в тех случаях, когда он существует наряду с другими симптомами, говорящими за эпилепсию.

Соматические расстройства. Старые авторы были до известной степени правы, когда они утверждали, что «все эпилептики асимметричны» (L a s e g — Laséque). Действительно, среди эпилептиков более или менее часто встречаются диспластики, несколько реже атлетики и лептосомы и сравнительно редко — пикники.

У детей с диспластическими чертами строения тела нередко наблюдаются асимметрии в строении черепа, лица; маленький, сдавленный, сжатый с боков низкий лоб; тяжелая, массивная нижняя челюсть; приплюснутые уши с недоразвитыми ушными мочками, слабо развитая волосистость, дряблая кожа и т. д. Сравнительно часто

среди эпилептиков отмечается леворукость, а также, наблюдаемое иногда и в более зрелом возрасте, недержание мочи. Особенно выражены расстройства моторики. Движения неуклюжие, нерасторопные, медленные по темпу. Во время сумеречных состояний движения приобретают большую ловкость, уверенность, силу, появляются хватательные, лазательные движения, прыжки. Это зависит от расстройств от влияния коры филогенетически старых механизмов (Гуревич). Вот почему обычно слабосильные, малоподвижные, неловкие эпилептики в сумеречных состояниях проявляют такую подвижность и силу, когда окружающие с трудом с ними справляются, чтобы удержать их от насилия, поранений.

Весьма характерна речь эпилептиков: она замедлена по темпу, в ней часто повторяются отдельные слова, слоги, отмечается склонность к возвращению к началу фразы, повторению сказанного несколько раз подряд. Иногда это невнятная бормочущая речь, иногда в ней растянуты гласные и согласные звуки. Почерк также представляет известные особенности: это четкие, выведенные, тщательно вырисованные, пригнанные одна к другой буквы, иногда неряшливое письмо, на котором сказывается тремор (дрожание) рук; в отдельных случаях усиление дрожания рук, сказывающееся на почерке, служит опознавательным признаком приближающегося припадка. Сравнительно не часто у детей после припадка наблюдаются изменения походки в виде ее скованности, заторможенности, иногда настолько резкой, что больному трудно ходить; у слабоумных эпилептиков эти расстройства походки бывают особенно резко выражены.

Во время припадка от сильного напряжения происходит иногда разрыв сосудов слизистой оболочки глаза, сказывающийся мелкими точечными кровоизлияниями. Пульс резко учащается, доходя в отдельных случаях до 120—140, крайне редко во время припадка отмечается замедление пульса. Кровяное давление значительно повышено; наблюдения некоторых авторов над кровообращением эпилептиков с дефектами черепа отмечают, что в начале припадка отмечается спазм сосудов мозга и понижение кровяного давления, которое повышается лишь к концу припадка. В отдельных случаях во время припадка повышается температура тела, что следует иметь в виду при распознавании: родители нередко связывают происхождение припадка с повышением у ребенка температуры; так как в отдельных случаях такая возможность не исключена, то обязательно необходимо тщательно установить, не является ли повышенная температура следствием, а не причиной припадка. Наиболее частыми находками является увеличение кислотности крови (в связи с судорогами мышц), ее вязкость, усиление ее токсичности (отравляющих свойств). В моче после припадка нередко находят белок, фосфор, увеличение количества мочевой кислоты, встречаются также указания на усиление ее токсичности, особенно к концу припадка.

Хронические изменения психики.¹ Нередко у детей в начале забо-

¹ Некоторые авторы считают, что хронические изменения психики при эпилепсии не представляют чего-либо специфического, свойственного только этой болезни, так как они встречаются при многих органических заболе-

левания подметить какие-либо существенные изменения со стороны психики не удастся; среди детей (особенно раннего возраста) немало страдающих эпилепсией, ничем по своему психическому складу не отличающихся от сверстников: это эпилептики без эпилептического характера. Все же в отдельных случаях приходится слышать, что ребенок до обнаружения болезни был раздражителен, капризен, упрям, вспыльчив, жесток, злопамятен, с повышенной, иногда извращенной сексуальностью. В других случаях, еще до заболевания, отмечают вялость, малоподвижность, тугодумство, прилежание, аккуратность, чистоплотность. В третьих случаях указывают на повышенную чувствительность, обидчивость, капризность, прилипчивость и т. д. В рассказах об отдельных детях все эти черты могут быть скомбинированы по-разному, что придает большую пестроту их психическому рисунку. Как у этих детей, уже до обнаружения болезни имевших отличительные психические особенности, так и у детей, ничем по своему психическому складу от сверстников не отличавшихся, болезнь в своем дальнейшем развитии нередко накладывает свой особый отпечаток, придает психическому складу своеобразный оттенок: у первых — это в известной степени дальнейшее развитие психических особенностей, выявившихся до заболевания, у вторых — образование этих особенностей вновь. Эти психические особенности наслаиваются постепенно, исподволь, кончаясь в ряде случаев запустением, оскудением психики, полной деградацией личности, резким слабоумием.

В начале заболевания чаще всего выступают расстройства в аффективной сфере: ребенок становится раздражительным, капризным, несдержанным; отмечаются легкие взрывы гнева, вспышки по ничтожному поводу, иногда нарастает озлобленность. Рука об руку с аффективными расстройствами идет и расстройство мышления. Вначале это только трудности, медленность соображения, тугодумство, в дальнейшем — застревание на мелочах, на деталях: детали становятся ведущими, мышление непродуктивным, топчется на месте, появляется своеобразная вязкость мышления (*une viscosité mentale*). Ослабляется и память: с трудом запоминается новое, забывается усвоенное, растеривается словесный багаж и нередко в таких случаях ребенку не хватает слов для оформления мысли, и он ждет, когда их ему подадут, подскажут. В дальнейшем бедная мысль об-

ваниях центральной нервной системы. Если эта точка зрения и не находит себе полного признания у целого ряда психиатров, то она все же обязывает к тщательным поискам действительно специфических для эпилепсии хронических изменений психики, а не к перечислению тех признаков, которые нередко являются лишь случайными чертами в характере больного эпилепсией. В этом отношении нельзя не согласиться с положением Бриджа, что описываемые многими авторами так называемые эпилептические черты характера зависят не только от количества припадков и способа лечения, но в значительной степени и от влияния среды.

Мы описываем здесь эти хронические изменения психики у эпилептиков в том виде, в каком они считаются установленными для данного момента. Без сомнения многое в этом описании в дальнейшем (особенно при наличии более четких диагностических приемов распознавания эпилепсии) должно будет подвергнуться строгому пересмотру.

лекается в рубище из затасканных, обветшалых фраз, слов, оборотов речи. В разговорах больной по несколько раз повторяет одно и то же в одинаковых выражениях, с той же самой интонацией, с теми же жестами и мимикой. Если сравнительно быстрее расстраивается логическая и механическая память, то аффективная память сохраняется значительно дольше: она часто подсказывает больному воспоминания о давно нанесенных обидах, оскорблениях; она дает материал для злопамятности (нередко у эпилептика возникает желание отомстить за мелкую обиду, нанесенную несколько лет тому назад). Длительное застревание на одном и том же переживании, «прилипание к аффекту» является также характерной особенностью эпилептиков.

В начальном периоде оскудения мышления неспособность охватить новую ситуацию приводит к тому, что больной начинает предпочитать шаблон, трафарет, тщательно избегает всяких новшеств, нарушений раз установленного уклада жизни. В дальнейшем это приобретает более прочный характер, больной становится педантичным, размеренным, аккуратным в исполнении мелочей, всячески избегая, протестуя против приспособления к новым требованиям, положениям, обстановке. В это же время замечается «прилипание к вещам», которые помогают этому укладу, становятся его необходимой, неотъемлемой принадлежностью. Перемещение этих вещей, исчезновение их волнует, сердит больного; каждая вещь должна быть на своем месте, и больной с большой аккуратностью, тщательностью расставляет их по своим местам, тратя много энергии на поддержание раз заведенного порядка. Он не в состоянии расстаться с этими вещами, несмотря на то, что они уже утратили какое бы то ни было значение для обихода, не имеют никакой реальной ценности (например, огрызок карандаша, истершаяся резинка, сломанная ручка), он «сжился» с ними, ему их жалко, а потому он их убирает, копит.

Оскудевшая мысль, обедневшая аффективная жизнь, резко суженный круг интересов обуславливают центрирование внимания на своей личности, особенно на своей болезни. О ней больной может рассказывать часами, жалуясь на плохой уход, на нежелание его лечить. Вместе с ослаблением интеллекта все более и более выступают на первый план органические влечения, из которых на первом месте стоят гастрические (влечение к пище). Сравнительно часто обостряется также сексуальное влечение, находящее себе выход или в циничных приставаниях, или чаще в беззастенчивом онанировании на глазах у окружающих.

В поведении больных в одних случаях отмечаются колебания от ханжества, угодливости, слащавости, прилипчивости, назойливости — до резкого озлобления, жестокости, мстительности; в других (сравнительно менее частых) случаях больные добродушны, незлобивы, исполнительны, аккуратны, предупредительны; в третьих — вялы, безразличны, апатичны; в четвертых — угрюмы, насторожены, недоверчивы, подозрительны.

Если суммировать все здесь сказанное об особенностях психики эпилептиков, то можно, несколько обобщая, констатировать, что в легких случаях эти особенности выступают не резко, обыкновенно

сказываясь в виде некоторой вязкости мышления, склонности к детализации, сравнительно недостаточной памяти, некоторого прилипания аффектов, мелочности, педантичности, аккуратности, пунктуальности и т. д., в более тяжелых случаях — полная деградация личности, резкое оскудение психики.

П а т о л о г и ч е с к а я а н а т о м и я. При патолого-анатомических исследованиях со стороны мозга макроскопически (невооруженным глазом) чаще всего отмечается склероз, сморщивание аммониева рога. В хронических случаях наблюдается иногда помутнение мягкой мозговой оболочки; в отдельных случаях — истончение серого вещества и расширение боковых желудочков. При микроскопическом исследовании встречается ряд признаков, указывающих на задержку или атипичное развитие мозга: эмбриональный вид клеток, недоразвитие больших пирамид, неправильная форма нервных клеток, отшнуровавшиеся участки серого вещества, погруженные в белое вещество или в молекулярный слой коры; егладенная, неотчетливая граница между первым и вторым слоями. Исследования Н и с с л я и А л ь ц г е й м е р а устанавливают поражение нервных клеток в поверхностных слоях коры и особенно в моторных областях мозга; эти поражения менее выражены в височных и лобных долях и совсем слабо в затылочной доле. Весьма характерным признаком для эпилепсии является разрастание глии (межучточной ткани мозга) во всех отделах полушарий. Особенно типично разрастание краевой глии, когда, по сравнению с нормой, краевой слой утолщается в 2—3 раза, причем это утолщение не равномерное, а с образованием узлов; местами глия врастает в мягкую мозговую оболочку, результатом чего является срастание мягкой мозговой оболочки с корой.

Э т и о л о г и я и п а т о г е н е з э п и л е п с и и. Генуинная эпилепсия не является болезнью в тесном смысле этого слова, а этим термином до настоящего времени объединяется группа болезней, имеющих между собой много общего, но все же, как можно думать, различных по своему патогенезу. Считается более или менее твердо установленным, что одной из существенных причин эпилепсии является наследственное отягощение. Наследственность обуславливает предрасположение к этой болезни (эпилептическая конституция), выражающееся в повышенной возбудимости головного мозга (задержка или атипичное его развитие). Наследственная передача отмечается как по прямой, так значительно чаще по боковой линии (рецессивное наследование). Относительно того, как часто встречается наследственное отягощение при эпилепсии, мнения отдельных исследователей расходятся: процент этот колеблется от 25 до 40 и более.

Не менее важную роль, чем наследственность, играют в происхождении эпилепсии алкоголь и сифилис родителей. Без сомнения, и другие инфекции и интоксикации, обуславливающие повреждение зачатка, также играют роль в происхождении эпилепсии. Таким образом, обобщая, можно сказать, что наряду с наследственным отягощением, встречающимся приблизительно в одной трети всех слу-

чаев так называемой генуинной эпилепсии, в остальных двух третях случаев роль в ее происхождении падает на долю экзогенных факторов.¹

Механизм эпилептического припадка связан с кратковременным резким спазмом артерий в начале припадка, после чего отмечается расширение сосудов. Феретер в 100 случаях эпилептических припадков, происходивших на операционном столе (когда был обнажен мозг), наблюдал резкое побледнение мозга, что он связывает с аурой, а наступившее после этого спазма расширение сосудов считает началом самого припадка. Мозг с задержанным атипическим развитием имеет большую склонность к выявлению подобного механизма, который пускается в ход токсинами, действующими на нервную систему, наподобие судорожных ядов. В свою очередь, накопление токсинов в организме обуславливается нарушением обмена веществ. От степени нарушения обмена веществ зависит и клиническая картина эпилепсии: большая или меньшая частота судорожных припадков. В доказательство того, что обмен веществ является причиной токсикоза при эпилепсии, Коллье (Collier) наряду с другими сообщениями приводит также и следующие: 1) значительная частота первого проявления эпилепсии в раннем детстве, когда еще не установился обмен веществ, 2) влияние рахита насудорожные проявления болезни, 3) частота припадков в период полового созревания, когда в организме, повидимому, происходят важные изменения в обмене веществ, 4) уменьшение количества припадков в возрасте увядания, когда регуляция обмена понижена, 5) отсутствие припадков у беременных женщин-эпилептичек объясняется тем, что дефект в материнском обмене веществ корректируется обменом веществ плода. В противовес этому мнению Коллье, другие авторы выставляют сообщение, что нарушение обмена веществ само является результатом недостаточной регулирующей деятельности мозга эпилептиков. Нам думается, что точка зрения Коллье, в известной степени подтверждаемая и терапевтическими мероприятиями при эпилепсии, при современном уровне знаний является приемлемой рабочей гипотезой.

Н а ч а л о , т е ч е н и е , п р о г н о з . Эпилепсия является не только болезнью юношеского возраста, как думали раньше (старое название эпилепсии *mater puerorum* — мать отрочества, или *passio puerilis* — страдание, болезнь юношества), но в значительной степени и раннего детского возраста, о чем с большой убедительностью говорят данные различных авторов. Так например, Томсон (Thompson) на материале взрослых эпилептиков (4348 чел.) нашел, что у 3,5% болезнь началась в первые месяцы жизни, а у 9% — к концу

¹ С этой точки зрения мы считаем более правильным подразделение эпилепсии на чисто генуинную и врожденную. В последнем случае речь идет о поражениях плода или зачатка, а не о наследственной передаче заболевания. Как показывает наш опыт, течение, характерологические особенности и лечение при врожденной эпилепсии значительно отличаются от того, что мы наблюдаем при генуинной эпилепсии. (См. Проблема эпилепсии. Труды Московской областной конференции по эпилепсии, 1936 г.)

первого года. Если суммировать данные различных авторов, то процент заболевания детей до 15 лет будет колебаться от 42 до 59; возраст от 15 до 20 лет по данным этих же авторов дает процент заболевания от 15 до 20. Таким образом, основываясь на статистических данных, можно утверждать, что до 20 лет эпилепсия обнаруживается более чем в $\frac{2}{3}$ всех случаев.

Появление первого припадков обычно бывает неожиданным, без всякого внешнего повода, среди полного здоровья: в школе, на прогулке, во время игры, в постели и т. д. В некоторых случаях припадков развиваются вслед за испугом, неприятным переживанием, волнующим зрелищем, после физических наказаний, ушибов головы, физических недомоганий, повышением температуры и пр. В общезнании этим моментам склонны приписывать причинную роль в происхождении эпилепсии; роль этих факторов невелика и по существу сводится лишь к провокации припадков, который при наличии неполноценности, недостаточности мозга эпилептиков может обнаружиться в связи со всяким другим поводом и, как мы уже сказали, выявиться среди полного здоровья. Таким образом, не отрицая роли этих факторов, следует ее лишь правильно оценивать как роль провоцирующую, а следовательно, второстепенную.

Внешние проявления первых припадков весьма разнообразны. Иногда болезнь начинается с припадков типа *petit mal*, существующих самостоятельно в течение нескольких месяцев и лет и впоследствии сменяющихся большими припадками; в отдельных случаях у большого в течение всей жизни бывают только *petit mal*, в других случаях *petit mal* чередуются с *grand mal*. Сравнительно нередко эпилепсия начинается абортными припадками, которые часто проявляются состояниями свойственными двигательной ауре (бормотание отдельных слов, фраз, притопывание ногой, движения, напоминающие расстегивание воротника, упорное позевывание, глотательные движения и пр.). Следует также иметь в виду начало эпилепсии в виде ночных припадков (так называемая *epilepsia posturna*). Припадок случается ночью во сне. Вначале это только незначительные судорожные подергивания (иногда лишь отмечаются клокотание, бульканье в горле), сравнительно реже припадок начинается выраженными типичными судорогами. В целом ряде случаев припадок сопровождается обмачиванием в постели. Нередко окружающие просматривают ночные припадков, не распознают их и только дальнейшая деградация психики заставляет обратить на них внимание. В одних случаях припадков в виде ночных остаются на всю жизнь, в других случаях к ним присоединяются и обычные припадков в бодрственном состоянии.

Иногда болезнь может начаться психическими эквивалентами, чаще в виде расстройств настроения, *avor nocturnus*, сомнамбулизма, сравнительно редко в виде других проявлений сумеречного состояния сознания.

Из этого далеко неполного перечисления возможного начала эпилепсии не трудно убедиться, как многообразны и различны первые симптомы болезни, разнообразно и неодинаково также и даль-

нейшее течение припадков. В одних случаях припадки, раз начавшись, остаются в дальнейшем на всю жизнь. В других случаях после судорожных припадков, наблюдавшихся в первые месяцы, годы жизни ребенка, в дальнейшем наступает перерыв в несколько лет, после чего (чаще в конце дошкольного возраста) припадки снова возобновляются с тем, чтобы уже больше не прекращаться. В третьих случаях припадки впервые обнаруживаются в юношеском возрасте и здесь (сравнительно реже) между припадками может быть перерыв в несколько лет.

Частота припадков у одного и того же больного неодинакова. В начале болезни припадки встречаются реже, иногда отделяясь один от другого промежутками в несколько месяцев, иногда до года, в дальнейшем они учащаются, бывая ежемесячно, еженедельно, ежедневно и иногда (сравнительно редко) по 2—3 припадков в день. В других случаях припадки сразу же становятся довольно частыми. Частота припадков нередко увеличивается осенью и зимой, у девочек — перед менструациями; в отдельных случаях отмечается периодичность припадков, наступающих в одни и те же числа, часы. Эмпирическое наблюдение устанавливает сокращение числа припадков во время и вскоре после перенесенных инфекций, хронических нагноений, голодания.

Заслуживает особого описания учащение припадков, когда наблюдается так называемый *status epilepticus*: припадки непрерывно следуют один за другим, при этом нередко повышается температура, доходящая в отдельных случаях до 40°; в короткие промежутки между припадками больной не приходит в сознание. В значительном проценте случаев *status epilepticus* кончается смертельным исходом, в тех случаях, когда больной поправляется, остается склонность к повторению подобных состояний.

Частота припадков при эпилепсии может до известной степени служить указанием на то, как быстро будет развиваться психическая деградация личности: чем чаще припадки, тем обычно скорее наступает деградация. Все же из этого правила существует целый ряд исключений, когда, например, у больного в течение всей жизни существуют припадки только в виде *petit mal*, сопровождающиеся быстрым и значительным психическим оскудением. Бывают случаи, когда судорожные припадки встречаются один — два раза в год, в то время как слабоумие быстро нарастает, и, наоборот, при частых судорожных припадках изменения психики сравнительно незначительны.

Течение болезни длительное, болезнь хроническая, но все же и при этом заболевании бывает излечение, которое по статистике различных авторов колеблется между 5 и 10%. Несмотря на такой незначительный процент излечения, есть не малое количество эпилептиков с редкими припадками, психическая деградация этих больных невелика, работоспособность незначительно нарушена, в силу чего они с успехом могут заниматься тем или иным видом работы.¹ Само собой разумеется, что эта работа не должна быть

¹ Случаи с подобным течением Ланге называет олигоэпилепсией (малая эпилепсия).

связана с опасностями для жизни больного: работа у машин, на высоких местах (маляры, кровельщики, печники и т. д.), когда судорожный припадок может повести к тяжелому поранению, смерти больного.

Погибают больные или, как уже упоминалось, от status epilepticus, или в значительном проценте — от случайных причин, среди которых известный процент падает на долю несчастий, связанных с судорожными припадками. Наиболее ранимым считается юношеский возраст, когда учащаются судорожные припадки, истощается организм, в силу чего он более подвержен различным заболеваниям. По некоторым данным 72% эпилептиков не доживают до 30 лет.

При предсказании следует учитывать тяжелую бытовую обстановку, ухудшающую течение болезни, а также и возможность различных интоксикаций, из которых на первом месте стоит алкоголизм, резко ухудшающий течение болезни.

Распознавание. Распознавание эпилепсии в типичных случаях больших трудностей не представляет, но, к сожалению, подобные случаи в детской практике крайне редки, так как у детей обыкновенно приходится иметь дело с еще не оформившимися судорожными припадками, не обозначившимися достаточно рельефно психическими особенностями. Большие, подчас непреодолимые затруднения встречаются в тех случаях, когда необходимо отграничить генуинную эпилепсию от симптоматических судорожных припадков, а также от ряда доброкачественных судорог. С тем, чтобы отчетливее представить себе картину судорожных состояний в детском возрасте, которые могут быть смешаны с эпилепсией, мы их выделяем в особую главу. Об отличиях эпилепсии от эпилептоидной психопатии будет сказано в своем месте. Точно так же при описании маниакально-депрессивного психоза (возможность диагностических ошибок при распознавании колебаний настроения) и истерии (отграничение истерических припадков от эпилептических, различие в картине сумеречных состояний) мы указываем дифференциально-диагностические отличия их от эпилепсии.

В отдельных случаях эпилептические сумеречные состояния могут дать повод к смешению их со спутанностью сознания при шизофрении. Выяснению диагноза помогает тщательное ознакомление с преморбидной личностью, весьма различной при эпилепсии и шизофрении, внезапное начало и окончание сумеречного состояния при эпилепсии, его сравнительно небольшая длительность, преобладание зрительных галлюцинаций, большая глубина спутанности сознания, наконец, наличие в анамнезе судорожных припадков. (Описание такого случая см. на стр. 190.)

В некоторых случаях, когда эпилептические припадки крайне редки, а в то же время в клинической обстановке по тем или иным причинам возникает необходимость непосредственно видеть припадок, пробуют вызвать его при помощи гипервентиляции легких. Предлагают больному в течение 5—15 мин. глубоко дышать, обращая внимание на то, чтобы он делал не только глубокий вдох, но особенно выдох. Усиленное выделение из крови углекислоты приводит

к повышенному алкалозу (увеличению щелочности крови), благоприятствующему припадкам. В ряде случаев таким путем удается вызвать припадок, но в оценке его нужно быть крайне осторожным, так как гипервентиляция вызывает припадки не только у эпилептиков, но нередко обморочные состояния и тетанические явления у детей малокровных, истощенных, невротичных. Несмотря на это, все же в ряде случаев гипервентиляция является хорошим диагностическим подспорьем.

Профилактика и лечение эпилепсии. Эпилепсия принадлежит к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. В разных странах процент эпилептиков неодинаков; по приблизительному подсчету одних авторов у нас эпилептики встречаются один на тысячу, других авторов — два на тысячу. В виду распространенности заболевания эпилепсией в начале этого столетия в Будапеште была организована международная лига, поставившая своей целью систематическое изучение этой болезни и планирование профилактических и лечебных мероприятий. СССР входит в состав этой лиги.

Профилактические мероприятия в отношении эпилепсии прежде всего сводятся к оздоровлению труда и быта и системе мероприятий по охране здоровья детей и подростков, к популяризации среди широких слоев населения сведений о тяжелых последствиях для потомства сифилиса, алкоголизма и других заболеваний родителей.

Наряду с этими мероприятиями должно проводиться тщательное лечение сифилитиков, эпилептиков, должна быть широко развернута борьба с так называемым бытовым алкоголизмом, организована консультативная помощь эпилептикам по вопросам выбора профессии и т. п.¹

При лечении эпилепсии известную роль играет медикаментозное воздействие. Наибольшим признанием в смысле их воздействия на припадки пользуются бром и в последнее двадцатилетие люминал (препарат малонил — мочевины), имеющий перед бромом те преимущества, что при нем не бывает побочных явлений (сыпи, угрей, расстройств пищеварения и т. д.). Обыкновенно лечение бромом и люминалом комбинируется или чередуется. Успехи этого лечения таковы, что в одних случаях припадки совершенно прекращаются, в других — значительно сокращаются в числе. К сожалению, в целом ряде случаев их терапевтический эффект ничтожен. Некоторые авторы при лечении эпилепсии рекомендуют соли цинка и белладону. При *status epilepticus*, наряду с сердечными препаратами, введением большого количества жидкости, рекомендуются в больших дозах паральдегид и амиленгидрат.

Помимо медикаментозного лечения, исходя из того, что при эпилепсии расстроен обмен веществ, рекомендуется также лечение при помощи диеты. В одних случаях применяется голодная диета: в течение нескольких дней — недели ребенок получает незначительное

¹ Других вопросов профилактики мы здесь не касаемся, так как о них речь будет в особой главе.

количество пищи или только воду. В других случаях устраняются из пищи все возбуждающие блюда и напитки и ребенка переводят на овощное и молочное питание. И та, и другая диеты по наблюдениям ряда авторов дают нередко сокращение числа припадков там, где не помогло бромистое и люминаловое лечение. В третьих случаях применяется бессолевая диета с одновременным назначением брома или люминала (Бехтерев, Захарченко, Минор Л. С., Эмдин и др.).¹ Хирургическое лечение генуинной эпилепсии не дает сколько-нибудь эффективных результатов, что следует распространить и на рентгенотерапию. Эндолюмбальные вдувания воздуха в единичных случаях дают более или менее длительный эффект.

Весьма важную роль играет система педагогических воздействий на эпилептика, когда она проводится с раннего возраста: смягчение эмоциональной возбудимости, воспитание задержек, создание здоровых интересов и т. д.

При воспитании эпилептика прежде всего следует подумать о целесообразно построенном режиме дня: правильная нагрузка занятий, отдыха, сна и т. д. Не следует в этот режим вносить излишних ограничений, когда ребенок, резко отличаясь от сверстников, постоянно центрирует внимание на своей болезни, когда у него появляется чувство собственной неполноценности, непригодности. В каждом отдельном случае, ограничивая режим, необходимо подумать о замене выпавших из режима тех или иных занятий, удовольствий, развлечений, противопоказанных заболеванием. Все же не следует ребенка без нужды лишать игр, общения с товарищами.

Всегда возникает вопрос о том, может ли ребенок-эпилептик посещать школу. В тех случаях, когда припадки редки, особенно в случаях ночной эпилепсии, вопрос решается положительно; тогда же, когда припадки часты, и особенно тогда, когда они происходят в школе на глазах у детей, посещение ее должно быть запрещено. Но и здесь нельзя шаблонизировать: частые припадки в виде *petit mal* или нерезких абортивных, по нашему мнению, не могут служить препятствием для посещения школы, так как эти припадки не настолько травмируют здоровых сверстников больного, чтобы из-за этого следовало лишать ребенка возможности продолжать занятия. Выраженные судорожные припадки действуют на других детей устрашающе, а потому при наличии их посещение школы должно быть безусловно воспрещено. Но и в таких случаях ребенок не должен оставаться без занятий, которые должны быть организованы дома или в специальном санатории. Учебные занятия, тот или иной вид

¹ Наш сотрудник Рабинович М. иногда получал при применении бессолевой диеты (в комбинации брома с люминалом; брома и иодистого натрия с люминалом) положительные результаты (временное прекращение или сокращение числа припадков) даже при большой давности болезни. В среднем ремиссия (отсутствие припадков) длилась до полугода, в отдельных случаях 2—3 года. Лучшие терапевтические результаты были при судорожных припадках как больших, так и абортивных, худшие — при малых и смешанных припадках независимо от формы эпилепсии.

работы являются лучшим противодействием наступлению припадков, что было подмечено еще старыми авторами, утверждавшими, что у привычных эпилептиков припадки во время работы наблюдаются сравнительно редко. Само собой разумеется, что выбор занятий, выбор работы должен быть строго соразмерен с способностями ребенка, с учетом тех последствий, которые может вызвать внезапно случившийся припадок. Этими же соображениями следует руководствоваться и при выборе и дозировке занятий в школе.

Если с ребенком случается припадок, то помощь ему в это время сводится к следующему: необходимо положить больного в удобное положение, чтобы он, содрогаясь, не нанес себе повреждений об окружающие предметы, положить что-нибудь мягкое под голову, расстегнуть одежду, чтобы дать возможность свободно дышать, обтирать слюну. Вмешиваться с целью прекращения припадков с помощью различных средств (опрыскивание водой, нашатырный спирт и т. д.) совершенно не следует, также не надо неопытным рукам вмешиваться с различными манипуляциями с целью уберечь больного от прикусов языка; неумелые руки чаще или вредят больному (иногда сломанные зубы, еще большие поранения языка и пр.), или сами страдают от его укусов.

Попутно мы хотели бы остановиться на существующем поверьи, что закрывание больного во время припадков черной материей облегчает ему припадок. Что касается самого больного, то чем бы его ни накрывали, припадку это не помогает; для окружающих же, когда они не видят припадков, последний кажется протекающим значительно легче и в таких случаях собственные переживания они переносят на больного. В отдельных случаях, когда припадок разыгрывается на глазах у детей, такое прикрывание простыней или чем-либо другим вполне допустимо, но при этом необходим тщательный надзор за тем, чтобы больному был обеспечен достаточный приток свежего воздуха и чтобы он не запутался (не задохнулся) в прикрывающей его материи. По окончании припадков больной должен быть помещен в спокойную обстановку, где бы он мог спать. Не рекомендуется, если в анамнезе есть указания на бывшие сумеречные состояния, оставлять больного на время сна одного без надзора. В случаях частых припадков и невозможности больному обеспечить уход в семье, он должен быть помещен в специальное учреждение для эпилептиков; при известной сохранности интеллекта — в санаторий для эпилептиков.

Для иллюстрации разнообразия клинической картины припадков и психических изменений при эпилепсии коротко приведем несколько выдержек из историй болезней.

З. З., 11 лет. Первые припадки появились в возрасте 5 лет в виде недлительного головокружения, иногда лишь потемнения в глазах; случались припадки раз в 2 месяца. На 7 году характер припадков изменился: появились кратковременные судороги в верхних и нижних конечностях, на минуту теряла сознание; пены у рта и опускания мочи не было, после припадков чувствовала себя несколько разбитой. Постепенно припадки участились (3—4 раза в неделю), приближаясь к типичному grand mal. После припадков сна не бывает, но отмечается в течение 1—3 минут спутанное состояние сознания. Припадки случаются на улице, в школе, однажды упала в воду.

Снижение интеллекта, замедление мыслительного процесса отмечены в возрасте 9 лет, к этому же времени родные относят появление характерологических особенностей: упрямство, раздражительность, капризы, настойчивость, аккуратность, скрупулезность, злопамятность и т. д.

Л. К., 6 лет 9 мес. Первый припадок в возрасте 10 месяцев. Припадок случился среди полного здоровья, начавшись рвотой, потерей сознания; во время припадка глотательные движения, хрип, пена, судороги правых конечностей, быстро распространившиеся на левую половину туловища. Припадок длился 40—15 минут, после припадка сон. Следующий припадок через год, протекал аналогично первому. В дальнейшем припадки учащаются; сначала в год 2—3 припадка, потом ежемесячно, наконец ежедневно. У нас в клинике припадки протекали следующим образом: внезапный крик, потеря сознания, падение лицом вперед, тоническая судорога 30—40 секунд, клонические судороги в течение 3—5 минут, пена у рта, прикусывание языка, опускание мочи. После припадка сон, олигофазия (забывание названия предметов при сохранности знания их употребления), последняя в продолжении 15—30 минут.

При исследовании интеллекта отмечается незначительное его снижение. Каких-либо патологических особенностей характера за время 8-месячного пребывания в клинике не обнаружено. Лечение люминалом дало значительное снижение числа припадков.

С. П., 5 лет. Припадки впервые замечены в возрасте 2 $\frac{1}{2}$ лет. Длительность их была 2—3 секунды: девочка бледнела, голова несколько раз покачивалась из стороны в сторону, правая рука сжималась в кулак, левая разжималась. После припадка как ни в чем ни бывало продолжала прерванное занятие. В дальнейшем эти припадки чередовались с другими: неожиданное движение всем корпусом вперед и в правую сторону, глотательные движения, кратковременная потеря сознания (2—3 секунды), не падает.

Капризна, раздражительна, упряма, жестока с домашними животными; щиплет, царапает, кусает маленьких детей. Интеллектуальное развитие вполне достаточное.

В. Е., 9 лет 3 мес. Первые припадки родители заметили в 4 года; девочка сидела за столом и ела суп, вдруг ложка у нее дрогнула, суп разлился, но ложку она не уронила. Когда ее окликнули, она не отвечала; после ничего не помнила. Длился припадок 2—3 секунды. В другой раз на ходу на ровном месте девочка приостановилась, слегка зашаталась, но не упала. Об этом припадке воспоминания не сохранила. Подобные припадки с кратковременной потерей сознания (absence) случались 1—2 в месяц и держались до 8-летнего возраста. В 8 лет наряду с этими припадками наблюдаются и другие, случающиеся чаще в сидячем положении: внезапно наступает тоническое сведение тела, причем туловище наклоняется в сторону, сознание утрачено, легкие клонические судороги в руках или лишь только жевательные движения. Во время припадка издает отдельные нечленораздельные звуки, после припадка обмачивается. Длительность всего припадка 1—2 минуты, сознание возвращается сразу. Аналогичные припадки наблюдались не только днем, но и ночью.

Интеллект незначительно снижен. Речь чистая, моторика без каких бы то ни было дефектов; добродушна, ласкова, приветлива.

А. Н., 14 лет. До 7 лет рос тихим, послушным, ласковым, был очень обидчив, плаксив, не любил шумных игр, избегал сверстников, боялся чужих людей, животных. В возрасте 7 лет без всякой внешней причины с ним случился следующий припадок: внезапно побледнев, склонил голову на бок, глаза были устремлены в одну точку, короткие подергивания правым плечом и правой рукой. Сознание утрачено, длительность припадка около 2 минут, обмачивания не было; после припадка сон и последующие жалобы на головную боль. Через месяц аналогичный припадок повторился, впоследствии припадки участились, став почти ежедневными. Изменился и характер припадков: в настоящее время это типичные grand mal.

При исследовании в клинике отмечено значительное снижение интеллекта, особенно недостаточна память (долго не мог запомнить имя лечащего врача, адрес клиники, имена сверстников и т. д.; память прошлого сравнительно хорошо сохранена; помнит выученные в детстве стихи, с большими подробностями, деталями рассказывает о своих родных в деревне). Речь медленная

монотонная, стереотипно повторяет одни и те же слова, фразы. Часто плачет, скучая по родным, легко обижается; рассердившись, вспоминает о всех случаях несправедливого к нему отношения, подолгу рассказывает о своей болезни. В работе размерен, медлителен, аккуратен. Очень бережлив (тщательно завернул в бумагу и спрятал туалетное мыло, данное ему родными для пользования в клинике; несмотря на настоячивые приказания так и не дотронулся до него, при умывании «одождал» мыло у товарищей), скуп (никогда не делился с товарищами своими передачами, у них же часто выманивал, называл их ласкательными именами). Собирает и копит ненужные вещи (большое количество бумажек от конфет, маленькие карандашики, открытки), назойливо пристаёт и выпрашивает у персонала, чтобы ему их подарили.

Иногда наблюдались «плохие дни», когда он становился злобно-раздражительным, давал резкие аффективные вспышки, дразнил и избивал маленьких детей.

К. В., 13 лет. Припадки появились на третьем году жизни: терял сознание, падал, синел, вытягивался (тоническая судорога), руки, ноги, лицо и все туловище дергались (клонические судороги), появлялась пена у рта, обмачивался. Припадки продолжались две-три минуты, после припадка сон на полчаса—час. Припадки случались раз-два в месяц. К пяти годам совершенно прекратились.

8 лет поступил в массовую школу, но оттуда из-за плохой успешности, срыва дисциплины был переведен в специальную школу. В специальной школе, хотя и успевал, но трудности его поведения были настолько значительными, что его перевели в существовавшие тогда так называемые смешанные классы (для умственно отсталых с чертами трудновоспитуемости). В возрасте 11 лет припадки возобновились и проявлялись так же, как в раннем детстве. В начале припадки были редкими (1—2 в полгода), потом участились; из-за припадков прекратил обучение в школе.

При исследовании в клинике отмечено нерезкое снижение интеллекта. Груб, сексуально распущен (пристаёт к девочкам, поет нецензурные частушки, цинично ругается), навязчив, назойлив. Частые аффективные вспышки, когда он по ничтожному поводу набрасывается на обидчика, ударяет его первым повернувшимся под руку предметом, нанося в таких случаях тяжелые поражения. Обиду долго помнит и пользуется удобным случаем, чтобы отомстить за нее. Нередко ворует у сверстников (у младших детей отнимает силой) принесенную им передачу; за столом пользуется удобным моментом, чтобы взять себе лишний кусок, съест недоеденную товарищем порцию или просто, воспользовавшись случаем, когда тот отвернется, взять его порцию себе, поставив на ее место пустую тарелку.

Часто подбивает маленьких детей на те или иные проделки, сам при этом остается в стороне; влорядствует, когда малыши попадают впросак, а нередко и сам их выдает.

В «плохие дни» (бывают нечасто) сидит угрюмый, отказывается от занятий, плачет, капризничает, придирается по пустякам, легко возбуждается.

К. П., 16 лет. Обвиняется в убийстве двух сверстников. Был подвергнут судебно-психиатрической экспертизе.

Отец 60 лет, злоупотребляет алкоголем, взрывчатый, резкий, грубый, до 40 лет страдал снохождениями. Мать — сварливая, ни с кем не уживается, долго помнит обиду. Дед по матери — тяжелый алкоголик. Брат испытуемого физически слабый, взрывчатый, «весь в отца», до настоящего времени страдает ночным недержанием мочи. У сестры испытуемого с детства судорожные припадки, по характеру тяжелая, невыдержанная.

Испытуемый от второй беременности. Раннее физическое развитие без запозданий. В школе учился плохо, трудно давалась арифметика, «да и так ничего не мог запомнить». По окончании деревенской школы (в 13 лет) дальше учиться не стал: для продолжения учения надо было ехать в соседнее село, и там жить в общежитии, куда он поступить из-за ночного недержания мочи стеснялся.

В эти годы сам испытуемый отмечает, что на него иногда неожиданно «накатывалась такая злоба, что никак не сдержаться». Иногда ему слышались «голоса покойников», иногда видел «страшные рожи». Дважды ночью с ним случались судорожные припадки.

Убийство произошло при следующих обстоятельствах: пошел с тремя товарищами на охоту; вдруг ему показалось, что на него нападает волк, тогда, обороняясь, он выстрелил. Ясно видел, как ранил волка и, чтобы добить его, выстрелил второй раз. (Выстрелами были убиты наповал два его сверстника.) После этого побегал домой. Нашли его в саду крепко спящим. Разбуженный рассказывал историю о волке, беспокоился о том, удалось ли убежать его товарищам; как он попал в сад, совершенно не помнил.

По строению тела — диспластик (атлетические компоненты, избирательное отложение жира на животе и бедрах). Со стороны внутренних органов отклонений нет. WaR в крови отрицательная. Стеклоканный взгляд, вялая осанка; речь недостаточно модулированная, крайне медленная по темпу. Все движения замедленные, размеренные, несколько угловатые. Изредка наблюдается ночное недержание мочи.

Интеллект незначительно снижен. Мышление обстоятельное, рассказывает с большим количеством излишних подробностей, деталей, по многу раз повторяет одно и то же. Услужлив, вежлив, предупредителен в отношении взрослых и более сильных товарищей, груб с младшими, не прочь над ними поиздеваться. Бережлив, рассчетлив, скуп. В мастерской работал медленно, тщательно, аккуратно. На класных занятиях избегал помарок, по несколько раз переписывает, чтобы «тетрадь была чистая»; рисунок с большим количеством тщательно вырисованных деталей.

Об убитых сверстниках не вспоминает, в разговоре лишь формально подтверждает, что ему их жалко. Очень беспокоится о своей судьбе, при разговоре о его деле на глазах навертываются слезы, спрашивает, какое ожидает его наказание, признается, что ему «себя жалко».

За время двухмесячного пребывания в институте несколько раз наблюдались психические эквиваленты и припадки.

Совокупность данных: наследственное отягощение, судорожные припадки и изменения психики, обстоятельства дела (показания свидетелей, в частности товарища, бывшего при убийстве) — позволяют поставить в данном случае диагноз *эпилепсии*. Убийство совершено в момент психического эквивалента, в силу чего испытуемый уголовной ответственности не подлежит и нуждается в направлении для лечения в психиатрическую больницу.

Б. П., 16 лет, ученик повара, поступил в институт судебно-психиатрической экспертизы 2 февраля 1934 г. из тюремной больницы.

Испытуемый происходит из наследственно отягощенной семьи: его отец и родная сестра страдали судорожными припадками; в роду по отцовской и материнской линиям были алкоголики. Раннее развитие испытуемого проходило без запозданий, был шаловливым, непослушным ребенком, но все же от сверстников ничем особым не отличался. С 7 лет у него начались судорожные припадки с потерей сознания, с прикусыванием языка, упусканием мочи; о бывших с ним припадках не помнил. Восемью лет поступил учиться; вначале в школе его припадков не замечали, так как перед припадком у него «начинался шум в голове» (аура) и он успевал выйти из класса. Учение давалось легко, переходил из класса в класс, не дублировал. С 10 лет появились снохождения: по чью вставал, выходил на улицу, в сад, где рвал яблоки, иногда начинал неожиданно плакать, потом возвращался, ложился в постель, утром ничего не помнил.

Припадки и снохождение продолжались до 11 лет, когда они прекратились. Двенадцати лет окончил сельскую школу, перевезли его в город, устроили в детский дом и определили в пятый класс. В детском доме ему не понравилось, с ребятами не сошелся, убежал и стал на улице торговать газетами, а потом устроился в столовой, где помогал повару. Дальше начинаются его скитания по разным городам, так как он не любил сидеть на одном месте, тянуло куда-нибудь уехать. Так, скитаясь, он попал в Москву к брату, который устроил его учеником повара. С работой он справлялся хорошо; свободное время проводил один (часто ходил в кино) или в компании поваров, с которыми иногда выпивал, быстро хмелел от небольших доз алкоголя.

С ноября 1933 г. у испытуемого вновь появились припадки (было два припадков в ноябре и один в декабре). 4 января 1934 г. с ним случился припадок на улице, был доставлен в больницу, что с ним там было, не знает. В записях больницы имеются указания на то, что испытуемый был в спутанном состоянии

сознания, беспокоен, разбил окно, гонялся за санитаркой со стулом. В больнице пробыл несколько дней. В январе было еще несколько судорожных припадков, спутанности сознания не отмечалось. В конце января стал слышать знакомые и незнакомые голоса, окликавшие его по имени, вступавшие с ним в разговор, была сильная тоска, много плакал, «ходил как чумовой», причину тоски понять не мог. Был помещен в психиатрическую больницу, где пробыл 12 дней.

По выходе из больницы испытуемый приступил к работе, но вскоре (15 февраля) был арестован по следующему поводу: на бланке туберкулезного диспансера написал себе удостоверение в том, что он является общественным контролером трамвая, оштрафовал двух граждан. Был препровожден в отделение милиции, где у него на другой день повысилась температура и его перевели в соматическую больницу. В больнице пробыл несколько дней (с 17 по 21 февраля), температура упала, с 21 февраля изменилось состояние сознания больного: был дезориентирован, не знал, где он находится, громко и бессвязно говорил о какой-то старухе, которая его бьет, кусает, посылает носить кирпичи, отнимает хлеб и т. д.

В таком состоянии был принят в институт им. Сербского.

При исследовании в институте со стороны нервной системы отмечено несколько ослабленная реакция зрачков на свет, сглаженная носогубная складка, высокие сухожильные рефлексы; резко выраженная механическая возбудимость мышц, головокружения. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Спутанное состояние сознания, в котором он поступил в институт, держалось 2 дня, в дальнейшем выравнивалось и более до 18 мая 1934 г., когда он был выписан в психиатрическую больницу, не отмечалось. За время пребывания в институте были несколько раз судорожные припадки с потерей сознания, упусканьем мочи и прикусом языка. Кроме того бывали неоднократные беспричинные смены настроения. В «плохие» дни тосклив, придирчив, заявляет ряд жалоб, претензий, требований, при неисполнении которых плачет, падает на пол, кричит, рвет на себе белье. В одном из таких состояний ночью в кровати пытался задушиться простыней. Такие состояния тоски держатся от нескольких часов до суток, объяснить их причину не может, «так слезы из глаз сами выкатываются». В «хорошие» дни шумлив, навязчив, беспокоен, пристаёт к другим больным, грубит персоналу.

В разговорах крайне обстоятелен, с большими подробностями, деталями рассказывает о своей прошлой жизни, высказывает много жалоб по поводу своего болезненного состояния. Память прошлого достаточно сохранена (помнит ранее выученные стихотворения, есть запас приобретенных школьных знаний), новое усваивает и запоминает с большим трудом, скоро забывает. Педантичен, аккуратен; в работе (мастерская) в свободные от колебания настроения дни размерен, точен, медлителен. Резко сексуален, много онанирует, часто с этой целью, ссылаясь на головную боль, просит уложить его в постель. Настоящую привязанность высказывает только к своим близким (брату). Эгоистичен, скуп, расчётлив.

XIV. ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЕ СОСТОЯНИЯ И РЕАКЦИИ.

Отграничение генуинной эпилепсии в детском возрасте от целого ряда близких к ней по внешним проявлениям болезненных состояний представляет подчас громадные затруднения. Только тщательное изучение этих состояний даёт до некоторой степени возможность избежать грубых диагностических ошибок. Здесь мы опишем наиболее важные с этой точки зрения болезненные состояния у детей.

Спазмофилия. Болезнь характеризуется повышением механической и электрической возбудимости нервной системы и предрасположением к местным или общим клоническим и тоническим судорогам. В основе этого заболевания лежат сложные нарушения ионного обмена, что ставят в связь с недостаточной деятельностью

эпителиальных телец (паразитовидная железа). Меньшим признанием пользуется теория, защищающая интоксикационное происхождение спазмофилии (отравление гуанидином или метилгуанидином).

Спазмофилия — сравнительно частое заболевание; по данным Маслова она встречается у 3,7% всех детей грудного возраста; другие авторы указывают на более высокий процент заболеваемости спазмофилией. Заболеванию больше подвержены мальчики. Начало болезни не встречается у детей моложе 4 месяцев, обыкновенно же между 6 и 12 месяцами; к концу 2 года болезнь проходит. Некоторые авторы считают, что болезнь может начаться и после двух лет, но это единичные, исключительные случаи.

Клинические проявления спазмофилии, в зависимости от возраста ребенка, неодинаковы: ларингоспазм, эклампсия, тетания.

Наиболее частым и типичным проявлением спазмофилии является *ларингоспазм* (спазм гортани, легкие судороги голосовой щели), характеризующийся стонущим дыханием при крике, плаче. Нередко во время ларингоспазма наблюдаются клонические судороги. Через несколько секунд (реже минутой-две) судороги прекращаются, ребенок делает глубокое дыхательное движение (слышен свист втягиваемого в легкие воздуха), после чего дыхание выравнивается, ребенок приходит в себя. *Экламптический* судорожный приступ (в общепринятой его часто называют «родимчик», «младенческие») присоединяется иногда к ларингоспазму, но нередко наблюдается также и вполне самостоятельно; во время приступа ребенок теряет сознание, наблюдаются клонические подергивания лицевых мышц, закатывание глаз, иногда судороги во всем теле. При *тетании* повышенная возбудимость сказывается в периодически наступающем более или менее длительном спазме периферических мышц; судорог при этом не отмечается.

Как уже упоминалось, спазмофилия проходит самостоятельно к концу второго года. При подозрении на спазмофилию профилактически следует переводить детей на грудное вскармливание, то же следует делать и при обнаружившемся заболевании. Если ребенок отнят от груди, то необходимо соблюдение диеты в смысле усиления овощного питания. Лечение — рыбий жир и фосфор.

Наибольшие трудности при распознавании от генуинной эпилепсии представляет экламптический судорожный приступ. Отличием от эпилепсии служит наличие феноменов Хвостека, Труссо, Эрба и др.¹ Известное диагностическое значение имеют также указания на наследственное отягощение при эпилепсии, на характерные для спазмофилии судороги голосовой щели. Некоторые авторы большое значение при распознавании придают выражению лица спазмофиликов — напряженное, хитрое, боязливое, удивленное — «тетати-

¹ Симптом Т р у с с о — при сдавливании эластическим жгутом в течение 1—2 минут пучка сосудов и нервов предплечья судорожное сведение пальцев в виде лапки или «руки акушера». Симптом Эрба — повышение электрической возбудимости. Симптом Хвостека (описание его дано в общей части) при распознавании спазмофилии большого диагностического значения не имеет, так как нередко встречается у детей невротичных, психопатичных.

ческое лицо». В некоторых случаях (хотя это бывает крайне трудно установить в детском возрасте) распознаванию помогает строение тела ребенка: среди спазмофиликов чаще встречаются дети с астеническими чертами (хрупкие, «субтильные» дети). В ряде случаев только дальнейшее наблюдение помогает окончательной постановке диагноза.

Случайные судороги, симптоматические судороги. Судорожные явления, непосредственно не связанные с каким-либо мозговым заболеванием, а также спазмофилией, а обязанные своим происхождением какой-либо другой болезни, называют случайными судорогами или симптоматическими судорогами. Обыкновенно эти судороги бывают в начале острых заболеваний, так называемые *инициальные* судороги (воспаление легких, скарлатина, корь, малярия и т. д.). Наблюдаются они обычно при первом подъеме температуры и прекращаются с того момента, когда она, достигнув известной высоты, становится более или менее постоянной. Чаще всего они бывают однократными, реже повторяются несколько раз. Подобные судороги встречаются в раннем детстве, но бывают (сравнительно не часто) и у детей более старшего возраста. Как бы доброкачественны эти судороги ни были, все же они в значительном проценте случаев указывают на болезненную конституцию, из которой впоследствии развивается или психопатическая личность или остается на всю жизнь тенденция к невротическим реакциям. Эти дети почти всякий раз и при других заболеваниях, связанных с повышением температуры, реагируют судорогами. Такая реакция на температуру нередко затягивается до конца дошкольного возраста; в школьном возрасте *инициальные* судороги встречаются сравнительно редко.¹

От *инициальных* судорог следует отличать *терминальные*, наступающие в последних стадиях тяжелых заболеваний (туберкулез легких, воспаление легких, кишечные катары и пр.). Обычно судороги начинаются спазмами и произвольными движениями глазных яблок; эти судороги свидетельствуют о тяжести основного заболевания, редко кончающегося выздоровлением — обыкновенно смертельным исходом.

Токсические судороги у детей чаще всего бывают связаны с заболеванием желудочно-кишечного тракта. Причинами этих судорог являются: отравление недоброкачественной пищей, перегрузка желудочно-кишечного тракта ребенка тяжелой, неудобоваримой пищей, не подходящей ему по возрасту или принятой в слишком большом количестве, упорные запоры и т. д. Обыкновенно судороги сопровождаются повышением температуры и нередко предшествуют симптомам кишечного расстройства. Встречаются они у детей в возрасте от 1¹/₂ до 5 лет, в конце дошкольного возраста почти никогда

¹ Вопрос о судорогах при лихорадочных заболеваниях в настоящее время пересматривается, так как нередко подобные судороги являются одним из симптомов паринфекционных энцефалитов или менингита. Так, например, Экштейн у грудных детей при лихорадочных судорогах (ангина, бронхит и пр.) часто впоследствии диагностировал менингит. О том же сообщают и другие авторы.

не отмечаются. К токсическим судорогам относятся также и те, которые обусловлены перенасыщением крови углекислотой: судорожные явления при врожденном пороке сердца, при коклюше. Уремические судороги и судороги при тяжелых ожогах также токсического происхождения.

Возможность *рефлекторных* судорог (судороги при прорезывании зубов, судороги от глист и т. д.) в настоящее время значительным большинством авторов отрицается. Более удовлетворительное объяснение судорогам при прорезывании зубов можно найти лишь в совпадении времени прорезывания и начала спазмофилии. Даже провоцирующая роль прорезывания зубов в обнаружении спазмофилии многими авторами совершенно отрицается. Судороги при глистах объясняют не рефлекторным происхождением, а ставят в связь с токсикозом, исходящим из желудочно-кишечного тракта.

Распознавание случайных судорог от генуинной эпилепсии основывается на повышении температуры (не смешать с повышением температуры, зависящей от самого припадка при эпилепсии, что бывает лишь при значительно выраженных судорожных явлениях), наличии инфекционного заболевания или указания на отравления (токсикозы), повторении судорог лишь в связи с повышением температуры (чаще инфекционные заболевания) или определенно выраженными токсикозами. Отсутствие эпилептического отягощения, характерологических особенностей, свойственных ребенку-эпилептику, также будет говорить за случайные судороги. Для окончательной постановки диагноза все же необходимо дальнейшее прослеживание судьбы ребенка.

Аффективные респираторные судороги. Аффективные респираторные судороги (другое название *Wutkrampf* — судороги от гнева) характеризуются тем, что во время крика или плача, вызванного сильным гневом, испугом, у ребенка внезапно приостанавливается дыхание; в общезжитии в таких случаях говорят «ребенок зашелся», «закатился». Припадок длится несколько секунд, после чего ребенок делает глубокий вдох и припадок прекращается; после припадка ребенок некоторое время слегка апатичен, вял. При более длительной остановке дыхания лицо бледнеет, в дальнейшем становится несколько синюшным, больной теряет сознание, наблюдаются клонические судороги, чаще всего или расслабление мускулатуры, или нерезкое тоническое напряжение. Подобные судороги обыкновенно наблюдаются у детей, начиная с конца второго года жизни и до 3—4 лет, сравнительно реже в более старшем дошкольном возрасте. Припадок респираторных судорог нередко удаётся прервать обливанием холодной водой, резким окриком и пр. Эти судороги чаще встречаются у психопатических, невротических детей, с возрастом совершенно проходят. От ларингоспазма и эклампсии они отличаются тем, что связаны с сильным аффективным переживанием, в то время как ларингоспазм может начаться во время любого крика (иногда при просыпании). От ларингоспазма и эклампсии они отличаются также и тем, что встречаются в более старшем возрасте; при неврологическом исследовании повышения механической и электрической

возбудимости при них не наблюдается. Отличия от эпилепсии — зависимость этих судорог от крика и возбуждения, прекращение припадка сильными отвлекающими средствами (холодные обливания, компрессы), отсутствие после припадка сонливости, разбитости и пр.

Привычные обмороки. Привычные обмороки характеризуются внезапной потерей сознания, резким побледнением наружных покровов, замедлением пульса, падением, причем ушибы крайне редки, так как ребенок успевает иногда дойти до места, чаще же к чему-нибудь прислоняется, в силу чего он не падает сразу, а как бы постепенно склывается, съезжает. В отдельных, исключительных, случаях наблюдаются недержание мочи и легкие судороги (чаще местные). После обморока отмечаются разбитость, апатичность, вялость, сравнительно быстро проходящие, лишь изредка непродолжительный сон. Чаще всего подобные обмороки происходят в духоте, в спертom воздухе, от резкого переутомления, недоедания, при страхе, угрозе наказания, при испуге, особенно при виде несчастного случая, при виде крови и т. д. Обыкновенно привычные обмороки наблюдаются у детей конца дошкольного периода и первых лет школьного обучения, т. е. в возрасте от 6 до 10—11 лет, у девочек — несколько чаще. Обморокам наиболее подвержены дети с повышенной возбудимостью сосудисто-сердечной системы, что обыкновенно сказывается следующими явлениями: быстрая смена окраски лица, резкий разлитой дермографизм, крайне неустойчивый пульс, постоянно холодные конечности. В некоторых случаях симптом Хвостека. Очень часто эти дети отличаются повышенной эмоциональной возбудимостью, истощены, малокровны, быстро утомляются при незначительном физическом или умственном напряжении.

При распознавании от генуинной эпилепсии (от припадков типа *petit mal*) следует иметь в виду связь обморока с экзогенным моментом, побледнение лица и кожных покровов, замедление пульса во время обморока, большую продолжительность обморочного состояния, возможность прекращения обморока путем внешних раздражителей (обрызгивание холодной водой, обмахивание и пр.). Обморочные состояния у детей моложе пяти лет — крайне редкое явление, а потому быстро преходящие у них нарушения сознания всегда должны возбуждать сомнение о возможности начала эпилепсии. Нередко сомнения в таких случаях решаются путем длительного наблюдения больного.

Органически обусловленные припадки (симптоматическая эпилепсия). Нередко у детей при разнообразных заболеваниях центральной нервной системы наблюдаются судорожные припадки, которые в отличие от генуинной эпилепсии называются симптоматическими. Подобные припадки встречаются иногда при олигофрении, после заболевания мягких мозговых оболочек (менингитов различного происхождения), после заболевания вещества головного мозга (энцефалитов). Нередко также причиной судорожных припадков может быть сифилис мозга, о чем мы подробно говорили при описании этой болезни. В ряде случаев судорожные припадки развиваются

в связи с опухолью мозга, в результате всевозможных физических травм и пр.¹

Судоржные припадки могут протекать так же, как и при эпилепсии, т. е. сопровождаться потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами. В других случаях, если поражение захватывает двигательные области центральных извилин, наблюдается так называемая *Джексоновская эпилепсия*.

При Джексоновской эпилепсии сознание не бывает затемнено, припадки характеризуются тем, что волна раздражения пробегает в том или другом порядке по всей двигательной зоне, или же ограничивается пределами одного двигательного центра (например, судороги лишь в одной руке или в одной ноге). Типичный припадок Джексоновской эпилепсии происходит следующим образом: судороги захватывают лишь одну половину тела, начинаясь с одной половины лица (одновременно с этим как бы отнимается язык—больной ничего не может сказать в эту минуту), затем переходят на руку, мышцы живота (только этой половины туловища) и кончаются судорогой ноги. Во время припадка больной бледнеет, взгляд несколько растерянный, после припадка покраснение лица. Подобные припадки обусловлены пробеганием волны раздражения по двигательной зоне снизу вверх, волна привела в действие все двигательные центры один за другим. Волна может пробегать и в обратном порядке, тогда и последовательность судорог будет иная: начнется с ноги, окончится лицом. Джексоновская эпилепсия часто лечится хирургическим путем.

В. Д., 10 лет. Происходит из наследственно неотягощенной семьи, братья и сестры испытываемого здоровья.

Развивался правильно, по характеру от сверстников ничем не отличался, в школе учился удовлетворительно. В возрасте 9 лет, желая покататься, прицепился сзади к телеге ломового извозчика; последний сильно ударил мальчика кнутом по голове, отчего тот упал, но сознания не потерял. В этот и два последующих дня жаловался на головную боль; был показан врачу, который нашел лишь незначительную припухлость кожных покровов (рентгеновского снимка не делали). Недели через 3 после удара, у испытываемого вдруг неожиданно задергало правую половину лица, вскоре судорогой свело и правую руку. Длился припадок $1\frac{1}{2}$ —2 минуты, сознание мальчик не терял, но на вопросы не отвечал, так как по его словам у него «как будто отнялся язык». По наблюдениям родителей больной во время припадка изменился в лице, побледнел, как-то странно смотрел («растерянный вид, остановившийся взгляд»), не падал; после покраснел, лицо слегка вспотело. В дальнейшем припадки стали повторяться, причем протекали точно так же, как это было и в первый раз.

Мальчик продолжал посещать школу, но вскоре ее бросил из-за учащавшихся припадков, в особенности из-за возобновившихся головных болей. Был показан мне в амбулатории (родители живут в провинции). На рентгенограмме черепа в области, совпадающей с расположением передних центральных извилин, была обнаружена отслоившаяся пластинка кости. После оперативного вмешательства припадки исчезли. Из катamnестических данных, полученных

¹ Следует обратить внимание на те случаи симптоматической эпилепсии, которые наблюдаются в детском возрасте после рентгеновского облучения головы. В нашей практике мы видели четыре подобных случая, когда после такого облучения (дети лечились по поводу заболевания паршей) через 1—2 года у них отмечались отставания в росте, появление эпилептиформных судорог, нарастающее слабоумие.

нами через четыре года после операции, мы знаем, что припадки больше не возобновлялись. Мальчик продолжает учиться в школе, жалоб на его поведение ни со стороны родителей, ни со стороны педагогов нет.

Диагноз: *Джексоновская эпилепсия.*

При распознавании органических судорожных припадков от генуинной эпилепсии следует иметь в виду наличие при симптоматической эпилепсии: 1) неврологических симптомов, очаговых явлений,¹ 2) указание в анамнезе на мозговое заболевание, травму черепа и т. д., 3) часто отсутствие прогрессивности заболевания, 4) отсутствие психических изменений, свойственных генуинной эпилепсии. Не исключена возможность сочетания того или иного мозгового заболевания с генуинной эпилепсией, что следует иметь в виду при распознавании. В особо сомнительных случаях лишь длительное наблюдение помогает правильной постановке диагноза.

Нарколепсия. Первое клиническое исчерпывающее описание этого заболевания дал Ж е л и н о (Gélineau), назвав его нарколепсией. Характерными особенностями болезни являются приступы сна, напоминающего обычный сон. Приступ наступает неожиданно и может случиться во время ходьбы, работы, на прогулке, при стоянии, езде и т. д. Сон обычно длится от нескольких минут до четверти-получаса. Перед засыпанием наблюдается усталость, вялость, сонливость. В одних случаях сон неглубокий, больного можно легко разбудить прикосновением; в других случаях — крепкий, сопровождается иногда сновидениями. В тех случаях, когда больному удается перебороть сонное состояние, следующий приступ сна бывает значительно глубже. После сна больной чувствует себя освеженным, бодрым. Частота приступов сна различна: Желино описал до 200 приступов в течение суток, обыкновенно бывает значительно меньше — от 3 до 5 приступов.

¹ В отношении уточнения неврологического диагноза церебральных детских параличей (при распознавании органически обусловленных припадков), интересные сведения сообщает Карл Шнейдер. Например, на перенесенный церебральный детский паралич может указывать своеобразное положение второго и четвертого пальцев руки — в виде штыка (Bajonettstellung). Этот симптом Шнейдер не находил у детей, у которых заболевание началось в возрасте 4—5 лет, из чего он делает вывод, что этот симптом указывает на перенесенное заболевание во внутриутробном периоде или в раннем возрасте ребенка (не позднее первого года жизни). Другое более тонкое отступление от нормы при перенесенном церебральном детском параличе он видит в определенном отношении длины пальцев руки: нормально четвертый палец длиннее указательного; это отношение длины может быть нарушено одновременно с Bajonettstellung или без него и может служить признаком самой легкой формы церебрального детского паралича. Наблюдается и обратное явление, т. е. укорочение четвертого пальца, что имеет значение только тогда, когда встречается на одной стороне (двухстороннее укорочение может быть и у здоровых лиц — чаще у женщин).

При неясных парезах довольно тонким диагностическим признаком является также невозможность вытягивания руки: при попытке вытянуть прямо руку и пальцы лучезапястье остается согнутым, тогда как пальцы чрезмерно вытянуты.

Все выше описанные положения пальцев и руки наблюдаются не только при тяжелых и несомненно церебральных детских параличах, но и при легких

Нарколепсия обыкновенно встречается, начиная с 9—10 лет, особенно в период полового созревания; в процентном отношении заболевание чаще наблюдается у мальчиков. Влияния в смысле психической деградации личности нарколепсия никакого не оказывает.

Крепелин считал нарколепсию одной из форм генуинной эпилепсии; в настоящее время это мнение большинством авторов не разделяется, и нарколепсию рассматривают как самостоятельную болезнь, отличную от эпилепсии, связывая ее происхождение с заболеванием зрительного бугра (*thalamus opticus*).

Наряду с описанной Желино нарколепсией при отдельных заболеваниях (эпидемический энцефалит, опухоль третьего желудочка, опухоль, гипофиза и т. д.) могут встречаться кратковременные засыпания, которые в отличие от настоящей нарколепсии называются симптоматической нарколепсией. С подобной симптоматической нарколепсией можно встретиться у детей (помимо указанных заболеваний) также при перенапряжениях, истощениях нервной системы, при желании избежать аффективного затруднения. Это напоминает своеобразное, «бегство в болезнь», по своему механизму близкое к истерическому: при неприятности спешит скорее заснуть — «сном все пройдет». Обычно этот сон ближе к естественному, более длителен и всегда связан с неприятным аффективным переживанием.

Приведем один из случаев нарколепсии.

V. B., 6 лет. Из семейного анамнеза известно, что дед и отец больной — тяжелые алкоголики; прабабка по материнской линии страдала припадками невыявленного характера, бабка — тяжелая алкоголичка, у матери 5 беременностей, кончившихся срочными родами, в живых — трое, остальные умерли от инфекционных заболеваний (скарлатина).

Болезнь от первой беременности. Раннее физическое и психическое развитие протекало без задержек. Из заболеваний в возрасте 3 лет перенесла без осложнений корь. С 4½ лет воспитывалась в яслях, с 4 лет — в очаге. Вскоре в очаге заметили, что девочка днем неожиданно на короткое время засыпает; с этими жалобами она и поступила к нам в клинику.

Физическое развитие соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов болезненных отклонений не замечается. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. Глазное дно — N. WaR в крови отрицательная. Интеллектуальное развитие достаточное. Мимика — живая, дифференцированная; движения — ловкие, хорошо координированные. Очень музыкальная, легко улавливает мелодию, подолгу сохраняет ее в памяти.

Настроение в течение дня резко колеблется: от оживленного состояния быстро переходит к подавленному и обратно; иногда плачет по полчаса и более, с трудом успокаиваясь. Стремится обратить на себя внимание, при этом слегка рисуется, жеманничает, манерничает. Взаимоотношения со сверстниками нервные, сравнительно часты конфликты с ними, возникающие по пустякам.

Во время пребывания в клинике неоднократно наблюдались приступы сна, наступавшего внезапно на высоте возбуждения или активности: засыпала после музыкально-двигательных занятий, игр, во время прогулки, после ссор со сверст-

и самых легких формах. Подобные отдельные пальцевые симптомы могут появляться в соединении с легкими пирамидными признаками с одной или обеих сторон, но могут быть и без каких-либо признаков гемипареза.

Bajonettstellung и другие симптомы со стороны руки и пальцев могут существовать как в тяжелых, так тем более и при легких формах детских церебральных параличей. Но тем большей является диагностическая ценность этих симптомов, когда они наблюдаются в сочетании с судорожными припадками. Подобные симптомы могут встречаться не только в случаях органически обусловленных припадков, но также и у олигофренов, так как эти симптомы манифестируют собой ранние детские мозговые поражения.

никами и т. д. Неоднократно отмечались случаи засыпания стоя или в самой неудобной позе. Нередко засыпала после того, как перед этим только что достаточно высыпалась. Сон длился от нескольких минут до получаса, ничем не отличаясь от обычного нормального сна.

Иногда под влиянием тех или иных аффективных переживаний наблюдалось побледнение лица, общая вялость, расслабление мускулатуры. Длительность этих состояний колебалась от 5 до 15 минут.

При поступлении в клинику припадки сна случались ежедневно 2—3 раза, в дальнейшем стали реже (1—2 раза в месяц); последний припадок мы наблюдали за 3 месяца до выписки больной из клиники. Девочка пробыла у нас около 2-х лет, взята матерью, уезжавшей в провинцию. Катамнестических сведений о ней мы, к сожалению, не имеем. В клинике применялось общеукрепляющее лечение.

Диагноз: *нарколепсия*.

Пикнолепсия. Пикнолептический припадок характеризуется кратковременной потерей сознания, больной при этом не падает, взор неподвижен, голова несколько запрокинута назад, частое моргание, отмечается повышение тонуса мышц, преимущественно верхних конечностей. В других случаях к этому присоединяются движения, похожие на жевательные, глотательные, иногда слюноотделение, слезотечение. Припадок длится несколько секунд. После припадка обычное нормальное состояние; никакой вялости, разбитости, сонливости не отмечается. В виду кратковременности припадки не всегда улавливаются окружающими. Частота припадков различна, в среднем она колеблется от 20 до 50 в день, доходя в отдельных случаях до 100 и более. Интересно отметить, что перемена обстановки влияет на припадки как в смысле уменьшения их частоты, так иногда и полного исчезновения. Если припадки прекратились, то вновь они уже не возобновляются.

Начало заболевания падает на годы от 3—12 лет; мальчики и девочки подвержены заболеванию в одинаковой степени. Болезнь длится месяцы, нередко годы; обыкновенно к периоду полового созревания, а у многих детей и значительно раньше, проходит бесследно. Несмотря на частоту припадков, длительное течение, никаких изменений в психике ребенка не происходит, он продолжает развиваться без задержек, иногда опережая в интеллектуальном отношении сверстников. Этиология болезни до настоящего времени не выяснена. Некоторые авторы присоединяют пикнолепсию к генуинной эпилепсии. Доброкачественность течения пикнолепсии говорит о неправильности этого положения: мы более согласны с Я. Ратнером, объединяющим пикнолепсию и нарколепсию в группу «диэнцефалозов», т. е. болезненных состояний, вызываемых неполноценностью межзачаточного мозга.

Лечение болезни преимущественно общеукрепляющее. Антиэпилептические средства (бром, люминал и др.) никакого действия на припадки не оказывают, и если при таком лечении припадки начинают сокращаться в числе, то всегда следует подумать о возможности генуинной эпилепсии. Следует обращать внимание на то, чтобы ребенок не отстал в педагогическом отношении, не отставал в развитии от сверстников. Необходимо оберегать ребенка от центрирования внимания на своей болезни, препятствовать исполь-

зованию болезни как средства для приобретения различных льгот, выгод в смысле послабления предъявленных к нему требований; с другой стороны, необходимо оберегать его от возможности развития в связи с болезнью чувства собственной неполноценности, недостаточности.

Распознавание пикнолепсии всегда представляет громадные затруднения. Прежде всего, самые припадки очень похожи на *petit mal* (в особенности *absence*), а потому основываться при распознавании на одних только припадках совершенно невозможно. Необходимо учитывать всю картину заболевания и при отграничении от эпилепсии руководствоваться совокупностью следующих отличительных признаков: 1) множественность припадков при пикнолепсии, 2) стереотипное их повторение без нарастания новых явлений, без присоединения судорожных припадков, 3) известная зависимость припадков от перемены обстановки, 4) безрезультатность лечения антиэпилептическими средствами, 5) наличие при припадке покраснения лица, повышения тонуса мышц, что нехарактерно для *petit mal*, 6) отсутствие психических изменений, деградации личности больного. Все же в ряде случаев окончательный диагноз может быть поставлен после длительного наблюдения больного.¹

Вот один из таких случаев.

К. Н., 6 лет, происходит из наследственно-неотягощенной семьи. Родители, братья и сестры испытуемой здоровы.

Испытуемая от 6 беременности; физически и психически развивалась без задержки. Общительная, ласковая, добрая, послушная, веселая, «любимица семьи». Заболевание, с которым она поступила к нам в клинику, началось в возрасте 5 лет. Болезнь выражалась в припадках следующего характера: девочка запрокидывала голову, закатывала вверх глаза, усиленно моргала; лицо во время припадка краснело, иногда отмечалось слезотечение. Если припадок происходил в тот момент, когда больная стояла, то она во время припадка отступала несколько шагов назад (в остальном припадок протекал так же, как это только что описано). В начале заболевания припадки случались в день 5—8 раз и длились по 15—20 секунд, впоследствии припадки участились (до 20, в отдельные дни до 30), несколько увеличилась и их продолжительность (до полминуты).

Применявшееся лечение бромом и люминалем осталось безрезультатным. При исследовании в клинике отмечено: девочка сложена гармонически, в строении тела преобладают пикнические компоненты. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не отмечается. WaR в крови отрицательная.

К сказанному следует добавить, что во время припадков наблюдалось повышение тонуса мышц верхних и нижних конечностей. На оклики, уколы и другие раздражители больная во время припадка иногда отвечала, так что, повидимому, они не сопровождалась полной потерей сознания.

Интеллектуальное развитие девочки несколько выше ее возраста. Общительна, приветлива, ласкова, всегда оживлена, всегда чем-нибудь занята.

Пробыла в клинике около года. На 4 месяце пребывания в клинике припадки начали сокращаться в числе (характер их за все время болезни не менялся), к моменту выписки совершенно прекратились. Катamnестические данные, полученные через три года после выписки больной, устанавливают полное отсутствие

¹ В этом разделе следовало бы остановиться еще на одном болезненном состоянии, сопровождающемся судорогами, — это аффект-эпилепсии, но так как подобное состояние является разновидностью эпилептоидной психопатии, то мы его там и описываем.

у нее каких бы то ни было припадков. Физически и психически развивается правильно.

В клинике применялось общеукрепляющее лечение.

Диагноз: *пикнолепсия*.

ХV. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

В целом ряде психических заболеваний и при разнообразных психопатических состояниях наблюдаются более или менее значительные колебания настроения; все же, в общей картине болезни или психически аномальных состояниях, подобные изменения настроения не играют первенствующей роли и затушевываются другими более характерными симптомами. В заболевании, о котором сейчас будет речь, аутохтонные (наступающие независимо от внешних факторов) смены настроения являются одним из кардинальных симптомов. Это эндогенное (зависящее от внутренних причин) конституциональное заболевание называется маниакально-депрессивным психозом. Маниакально-депрессивный психоз известен также и под другими названиями: циклофрения (Рыбаков), маниакально-меланхолический психоз (Бехтерев), не получившими широкого признания.

Болезнь преимущественно затрагивает аффективную сферу и характеризуется немотивированными, более или менее длительными состояниями возбуждения (маниакальное состояние) и угнетения (депрессивное состояние), протекающими в виде фаз, приступов. Раньше каждый из этих приступов (фаз) считали самостоятельным заболеванием; со времени Крепелина в маниакально-депрессивном психозе объединяются и меланхолия и мания, и периодическое помешательство, которые считаются не отдельными самостоятельными заболеваниями, а лишь контрастными проявлениями одной и той же болезни. Обоснованием для такого объединения в одну общую болезненную единицу таких качественно-контрастных состояний, как меланхолическая (депрессивная) фаза или маниакальная, служит то, что при них расстраиваются функции одних и тех же психических механизмов.

В одних случаях маниакально-депрессивного психоза фазы могут правильно чередоваться между собой, иногда следуя непосредственно одна за другой, иногда отделяясь более или менее длительными светлыми (когда нет никаких болезненных явлений) промежутками. В других случаях фазы носят односторонний характер, т. е. у больного в течение жизни бывают только маниакальные или только депрессивные приступы, отделенные один от другого светлыми промежутками. Светлые промежутки между отдельными приступами весьма различны и в течение жизни могут колебаться у одного и того же больного: то они почти непосредственно следуют один за другим, то наступают лишь через 10—15, а иногда и более лет; чаще же один приступ отделяется от другого светлым промежутком в 2—3 и более года.¹

¹ Последнее наблюдается у подростков, закончивших пубертатный период, в первом школьном и пубертатном возрастах светлые промежутки нередко бывают значительно короче.

У детей маниакально-депрессивный психоз — заболевание не частое. По данным Крепелина начало заболевания по возрастам распределяется следующим образом: до 10 лет — 0,4%, от 10—15 лет — 2,5%, от 15—20 лет — 16,4%, от 20—25 лет — 15,3%, от 25—30 лет — 15,4%, от 30—35 лет — 12,7% и т. д.

Проявления маниакально-депрессивного психоза у детей, не достигших периода полового созревания, обыкновенно носят рудиментарный (зачаточный) характер. Меньшая сложность, глубина переживаний отражается на внешней картине болезни, рисунок которой подчас расплывчат, смазан, намечен только отдельными штрихами. В более старшем возрасте картина болезни становится отчетливее, приближаясь к аналогичному состоянию у взрослых. С этих картин мы и начнем описание клинических проявлений болезни, попутно делая соответствующие поправки на более молодой возраст.

Маниакальное состояние (фаза, приступ) характеризуется следующими основными симптомами: 1) повышенное, приподнятое настроение, 2) облегченная смена ассоциативных процессов, 3) психомоторное (речевое и двигательное) возбуждение. Повышенное настроение сказывается в том, что все окружающее начинает казаться больному удивительно привлекательным, приятным. Больному так радостно, так хорошо, что все плохое, тяжелое он тотчас же отменяет от себя, скользит мимо неприятных переживаний, не задерживаясь на них подолгу. Он жизнерадостен, общителен, доступен, он перестает замечать как свои недостатки, так и недостатки других, а если ему на них указывают, то он находит для них различные извиняющие мотивы. Ему кажется, что все хорошо к нему относится, для всех он приятен, а потому он легко завязывает новые знакомства, посещает друзей, родных, непрерывно развлекается, постоянно в погоне за новой сменой впечатлений.

Благодаря облегченной смене ассоциативных процессов мысли его быстро текут, сменяют одна другую; он легко отвлекается, пере скакивает с предмета на предмет и, не докончив одной мысли, переходит к другой. Его речь едва успевает за этой спешкой мыслей, она носит торопливый, беспорядочный характер, иногда в нее впе таются рифмы, легко возникающие по созвучию. Что не успевает высказать, так как речь отстает от мысли, то дополняет мимикой, жестикულიацией, становящимися крайне подвижными, разнообразными, выразительными. Наплыв мыслей, «вихрь идей», влекут к самой разнообразной деятельности: то больной сочиняет стихи, то что-то изобретает, то придумывает новую забаву, игру, то с увлечением читает случайно подвернувшуюся книгу. И так постоянно переходит от одного занятия к другому, не доводя их до конца, быстро отвлекаясь, постоянно куда-то торопясь. Шумливый, крикливый, болтливый, суетливый, неусидчивый, непрерывно в движении он производит вокруг себя постоянный беспорядок. Его поведение сильно утомляет других, в то время как он сам, несмотря на огромную затрату энергии, совершенно не чувствует себя утомленным. Наоборот, он иногда выставляет напоказ свое здоровье, хвастает своей силой, ловкостью, выносливостью, терпеливостью к боли и пр.

Эта повышенная самооценка распространяется большим и на свои психические качества: он находчив, сообразительнее других, ему все легко дается, у него разнообразные способности и пр. В отдельных случаях отмечается повышенная эротичность, проявляющаяся в неудержимом кокетстве, поисках любовных приключений, писании стихов, любовных записок и т. п. Из-за усиленной психомоторной подвижности происходит падение в весе, иногда наблюдается упорная бессонница; в ряде случаев отмечается повышение сердечной возбудимости, повышенная потливость, легкое покраснение лица.

В более тяжелых случаях маниакального состояния (обыкновенно они встречаются в пубертатном возрасте) наряду с резким двигательным возбуждением отмечаются стереотипные движения, гримасничание, вычурная жестикуляция, рисовка, манерность.¹ Часто наблюдаются плоские шутки, нелепые выходки, пуэрелизм, (поведение, соответствующее более младшему возрасту, чем тот, в котором находится больной); в отдельных случаях — разорванность речи, напоминающая собой схизофреническую. Иногда встречаются и бредовые идеи (Гомбургер, Ланге, Фридман и др.).

У детей младшего возраста маниакальное состояние характеризуется общим хорошим самочувствием, несколько повышенной болтливостью (другие внешние проявления облегчения ассоциативного процесса у них значительно бледнее, менее выражены) и резкой психомоторной возбудимостью. Последняя проявляется в том, что они кричат, бегают, поют, производят постоянный шум и беспорядок. Непрерывно требуют новой смены впечатлений, легко отвлекаются, бурно выражают свой восторг. При отказе в их неудержимо нарастающих требованиях, при неисполнении их желаний, при ограничении их психомоторной возбудимости они дают резкую аффективную вспышку с криком, плачем, слезами и т. д. Иногда на короткий промежуток времени приподнятое настроение без причины сменяется капризным, раздражительным. Очень быстро успокаиваются, отвлекаясь случайными впечатлениями. Со сверстниками контакт часто нарушается их непомерными требованиями подчинения себе, бесцеремонным нарушением правил игр, нежеланием в чем-нибудь уступить, часто насильственным захватом понравившейся вещи, игрушки. Очень быстро успокаиваются и с увлечением играют до новой вспышки, наступающей почти незамедлительно. Таким образом у них на первый план выступает психомоторная возбудимость, и чем моложе ребенок, тем эта психомоторная возбудимость при маниакальном состоянии выражена резче, и за ней обыкновенно трудно бывает выявить и повышенное настроение и облегчение ассоциативных процессов.

Депрессивное состояние представляет полную противоположность маниакальному: 1) подавленное, пониженное настроение, 2) замедление ассоциативных процессов, 3) психомоторная заторможенность.

Приступ депрессии (меланхолии) чаще всего начинается жалобами

¹ Ряд авторов наблюдал во время маниакальной фазы у детей расстройства движений близких к тем, какие бывают при хорее (хореоформные движения). Винокурова при маниакально-депрессивном психозе у детей в целом ряде случаев отмечала наличие гиперкинезов (в виде тиковых подергиваний).

на соматическое нездоровье: плохой аппетит, расстройство сна, чувство стеснения в груди, головные боли, общую слабость, повышенную утомляемость. Вскоре к этому присоединяются (иногда начинаются и одновременно с соматическими) жалобы на плохое самочувствие, скуку, тоскливость, апатию, отсутствие желания чем-нибудь заняться. «Мне нездоровится, я устал, я не могу, я не хочу». Работоспособность сильно падает, так как больным трудно собраться с мыслями. Мысли текут медленно, вяло; подумать о чем-нибудь, если для этого требуется напряжение внимания, крайне трудно. Они с трудом понимают прочитанное, должны по несколько раз проверить выполнение задания, так как им кажется, что они его неправильно поняли, что-то забыли, перепутали. Работа их больше не удовлетворяет, будущее рисуется беспросветным, трудным, мрачным. В отдельных случаях это тоскливое настроение бывает пронизано тревогой, страхами: должно случиться что-нибудь неприятное, стрясется какая-то беда, произойдет непоправимое несчастье.¹ Иногда им кажется, что это несчастье уже произошло, но от них его скрывают, и тогда они становятся подозрительными, мнительными, чутко вслушиваясь в каждое слово. Движения их крайне замедлены, осанка согбенная, общий вид опущенный, мимика вялая, подчас скорбное выражение лица.

Говорят больные медленно, тихо, монотонным голосом. Иногда сами в разговор не вступают, ограничиваясь односложными ответами. Нередко они забиваются, прячутся в угол, так как детское общество их раздражает, они избегают развлечений, не выносят шума, крика, суетни. На фоне тоскливого настроения возникают мысли о самоубийстве, как о единственном выходе из тяжелого, беспросветного положения. Со стороны соматической отмечаются падение веса, малокровие, побледнение лица, синюшность конечностей, иногда замедление пульса, аритмия.

В более тяжелых случаях депрессивных состояний (обыкновенно они встречаются в пубертатном возрасте и крайне редко в первые школьные годы) по наблюдениям целого ряда авторов (Гомбургер, Ланге, Фридман, Мнухин и др.) отмечается повышенная готовность к ступорозным состояниям. Эти состояния при известном отсутствии депрессивной окраски эмоциональных переживаний скорее напоминают собой кататонию, чем депрессию. В этих случаях обыкновенно также часто встречаются стереотипные жесты, поза, неадекватная мимика, амимия, автоматическая подчиняемость, упорный негативизм и пр. Нередко наблюдаются расстройства сознания, бредовые идеи (наряду с идеями самоубийчения встречаются иногда бредовые идеи отношения, воздействия), галлюцинации (чаще иллюзорные восприятия). Сравнительно нередко по выздоровлении больные или совсем не могут, или лишь отрывочно вспоминают о собственных переживаниях и событиях, бывших в этот период болезни.

¹ Гомбургер указывает на то, что депрессия в раннем детстве часто сказывается страхами и раздражительностью, в силу чего эти состояния неправильно принимают иногда за эпилептические расстройства настроения (Verstimmungen).

Такое течение депрессивной фазы следует скорее рассматривать как атипическое, объяснение чему Ланге находит в известном болезненном предрасположении этих больных. Подобное предрасположение сказывается в большой зависимости депрессивных фаз у этих детей от психогенных моментов, имеющих у них эндокринных сдвигов, в чуждой их преморбидной (бывшей до заболевания) личности синтонности. Таким образом болезненным предрасположением обуславливается по Ланге своеобразное течение депрессивной фазы у этих детей.

У детей младшего возраста меньше жалоб на тоску, скорее на скуку. Они становятся более требовательными, капризными, раздражительными, преобладают жалобы на соматическое нездоровье. Их настроение не носит того однообразного, тоскливого фона, как это бывает у подростков, оно больше подвержено колебаниям, легче отвлекается в сторону несколько приподнятого и веселого. Эти колебания обычно связаны с внешними факторами, когда то или иное развлечение, игрушка прорывают на время депрессивный фон. Сравнительно часто их настроение не распознается родными как болезненное, а расценивается как каприз, избалованность. Расстройства в двигательной сфере также менее значительно выражены: движения несколько замедлены, заторможены, но нет согбенного, опущенного вида; нет скорбного выражения лица.

Вообще о раннем детском возрасте следует сказать, что ему мало свойственна депрессия, и если в этом возрасте наблюдается первый дебют маниакально-депрессивного психоза; то чаще это бывает маниакальный, а не меланхолический приступ.

Смешанные состояния наблюдаются у детей в виде ажитированной депрессии и гневной мании; маниакальный ступор (приподнятое, оживленное настроение с интеллектуальной и двигательной заторможенностью), маниакальное возбуждение (приподнятое настроение с интеллектуальным возбуждением, но психомоторной заторможенностью) и другие смешанные состояния у них наблюдаются крайне редко. *Ажитированная депрессия* (подавленное настроение, интеллектуальная заторможенность, но резкое психомоторное возбуждение) проявляется в том, что больные находятся в непрерывном движении, не находят себе места, мечутся, кричат, стонут, заламывают руки, иногда наносят себе повреждения. В таком виде ажитированная депрессия иногда встречается у подростков; в виде исключения — в первом школьном возрасте. Детям и подросткам скорее более свойственно двигательное проявление тоскливого настроения в виде повышенной суетливости, беспокойства рук и ног, более резкой и порывистой жестикуляции, крикливой, торопливой речи, приставания к окружающим с жалобами, просьбами и пр. При *гневной мании* на первый план выступает не повышенное, веселое, приподнятое настроение, а раздражительность, гневливость, агрессивность. В некоторых случаях больные бранятся, разрушают вещи, набрасываются с кулаками на окружающих и пр. У младших детей гневная мания наблюдается в смягченной форме и обыкновенно сказывается в повышенной раздражительности, чрезвычайной обидчивости, придирчивости, не-

уживчивости, некоторой озлобленности, постоянных спорах, конфликтах с окружающими и т. п.

Течение и прогноз. Течение маниакально-депрессивного психоза весьма различно, но, как общее правило, это течение не бывает таким длительным, как у взрослых.

Депрессивный приступ длится от нескольких дней до нескольких недель. в то время как маниакальный — от нескольких недель до нескольких месяцев. (В более раннем детстве и тот и другой приступы исчисляются днями, иногда даже часами.) Следует иметь в виду, что у одного и того же больного как длительность, так и выраженность (интенсивность) отдельных приступов бывают неодинаковыми. Светлые промежутки между отдельными приступами исчисляются годами, но все же не так редки случаи, когда в год отмечается по одному, по два, иногда и более выраженных приступов. Наряду с выраженными приступами нередко наблюдаются кратковременные колебания настроения, обычно окружающими не улавливаемые или расцениваемые ими, как реактивные состояния.

Чаще болезнь начинается маниакальным приступом (особенно у маленьких детей), в пубертатном периоде может начаться с депрессии. Каждый приступ болезни обязательно заканчивается выздоровлением, ребенок возвращается к состоянию, бывшему до заболевания, т. е. не происходит никаких изменений, деградации личности. Поэтому для каждого отдельного приступа предсказание благоприятно. Это предсказание в отдельных случаях омрачается тем, что в связи с частыми или длительными приступами, а также иногда сопровождающим их сильным истощением, падает работоспособность ребенка, он отстает в педагогическом отношении от своих сверстников. Во время депрессии всегда следует подумать о возможности самоубийства, в силу чего за ребенком должен быть хороший присмотр. В маниакальном состоянии следует считаться с возможностью антисоциальных поступков (легко берут деньги взаймы и не отдают их, совершают подлоги, мошенничают, крадут, чтобы иметь деньги на удовольствия, развлечения). Наблюдаемая иногда повышенная эротичность также требует организованного надзора (возможность случайных связей, венерического заболевания).

Причины и сущность болезни. Маниакально-депрессивный психоз является наследственной болезнью, возникающей на определенной конституциональной почве. Эти конституциональные особенности в основном сводятся к созвучности (синтонности — Блейлер) с окружающими, направленности на реальный мир, а не внутрь собственных переживаний (экстраверсия), к конкретному мышлению.¹ В наследственности часто наблюдается прямое отягощение со стороны родителей, в свою очередь, происходящих из семейств, где встречаются циклоидные личности. В силу того, что маниакально-депрессивный психоз нередко наблюдается в нескольких поколениях подряд, некоторые авторы склонны говорить о доминантном типе наследования. Эта точка зрения оспаривается.

¹ Подробнее об этой конституции см. в разделе — «Циклоидные психопаты».

Юдин считает, что маниакально-депрессивный психоз возникает в том случае, если к дополнительному циклоидному ядру присоединятся две рецессивные особенности (например, два схизоидных гена или один схизоидный ген с прибавкой психастенических компонентов). В доказательство на участие в наследовании схизоидного гена Юдин приводит случаи, где дети, происходящие от родителей, болевших маниакально-депрессивным психозом, заболевают шизофренией.

В качестве моментов, провоцирующих приступ, нередко бывают тяжелые жизненно-эпизодические факторы, внезапно действовавшие психические травмы и пр. При этом характер приступа не всегда бывает равнозначным вызвавшему его психическому моменту. Например, в случае утраты близкого лица вместо депрессии, как бы этого следовало ожидать, развивается иногда маниакальное возбуждение.

Патолого-анатомические изменения при этой болезни сколько-нибудь характерной картины не дают. Можно думать, что сущность болезни заключается в первичной, болезненно-измененной иннервации сосудов и неполноценности эндокринного аппарата (щитовидная железа, надпочечники), влияющих, в свою очередь, на мозговые функции (изменение химического состава нервных элементов головного мозга). Можно предположить и обратное, т. е. первоначально расстраивается мозговой аппарат, результатом чего является последующая дисфункция эндокринных желез. Вопрос этот до настоящего времени спорный; большинство склоняется к первому высказанному здесь положению.

Распознавание. При отграничении маниакально-депрессивного психоза от циклоидной психопатии встречаются иногда большие затруднения, о которых мы, чтобы сохранить цельность впечатления, предпочитаем сказать несколько позднее, когда детально будем описывать психопатоз циклоидного круга.

В ряде случаев приходится дифференцировать маниакально-депрессивный психоз от шизофрении. Отличия маниакального приступа от маниакального состояния шизофреника будут следующие: 1) преморбидная личность маниакального отличается созвучностью окружающему, конкретностью мышления, установкой на реальную жизнь; 2) в маниакальном приступе психомоторная возбудимость нередко находит себе разряд в каком-либо виде продуктивной деятельности (Beschäftigungsdrang — стремление работать), в то время как у шизофреника все лишь сводится к психомоторному разряду в непродуктивных движениях (Bewegungsdrang — стремление к движениям); 3) поступки маниакального больного понятны для окружающих, не выглядят странными, его эмоциональные переживания адекватны поведению; 4) маниакальный приступ заканчивается без всяких потерь, ущерба для личности; приступ у шизофреника всегда что-нибудь отнимает, после приступа его личность тускнеет.

Отличия депрессивного приступа от аналогичного состояния у шизофреника также базируются на тщательном выяснении пре-

морбидной личности, анализе происшедших после приступа изменений, которые будут говорить за схизофрению. Несмотря на наличие в отдельных случаях кататонических явлений все же депрессивный больной будет отличаться от схизофренника своей доступностью, понятностью переживаний, связанных с «я», а не оторванных от него, хорошим контактом вне этих кататонических симптомов.¹

В отдельных случаях, в особенности при гневной мании и ажитированной депрессии, могут встретиться затруднения в отличии от колебаний настроения при эпилепсии (тоскливо-раздражительное или возбужденно-гневливое настроение эпилептиков). Тугоподвижное, негибкое мышление эпилептиков, вязкость, прилипание к аффекту, иногда намечающиеся черты слабоумия служат хорошими описательными признаками. Если ко всему этому выражены и другие особенности характера эпилептика, или имеются судорожные припадки, эквиваленты, то диагноз значительно упрощается.

Лечение. Острые состояния нуждаются в помещении в психиатрическую больницу с тем, чтобы больному был обеспечен соответствующий уход.

Своевременное помещение в больницу нередко ведет к сокращению срока течения приступа, затягивающегося при неправильном уходе, постоянной травматизации больного. В острых случаях (при бессоннице, истощении, сильном возбуждении и пр.) необходим постельный режим, ванны, медикаментозное лечение. Пребывание в больнице должно быть до полного окончания приступа; при выписке особенно следует иметь в виду возможность, после короткого перерыва, наступления противоположной фазы. Необходимо еще раз напомнить о тщательном надзоре за больными, склонными к самоубийству, антисоциальным поступкам. Легкие случаи могут быть оставлены в домашней обстановке при условии обеспечения надзора, устранения травмирующих психику моментов, возможности проведения лечебных процедур. Особенно следует подчеркнуть значение профилактических мероприятий при маниакально-депрессивном психозе, где различные травмирующие психику моменты, разнообразные экзогенные вредности смогут как спровоцировать наступление той или иной фазы психоза, так и обострить, затянуть течение процесса.

Приведем один из наиболее типичных случаев маниакально-депрессивного психоза.

А. З., 14 лет. Дед и тетка больной по отцовской линии страдали маниакально-депрессивным психозом (диагноз больницы), отец — веселый, жизнерадостный, временами склонный к непродолжительной грусти, иногда ему приходят в голову мысли о самоубийстве; дядя по отцу — спокойный, уравновешенный, энергичный, предприимчивый. Родственники по линии матери и сама мать — общительные, веселые, музыкально и художественно одаренные.

Девочка от первой беременности; последнее у матери было еще двое родов, оба ребенка умерли в раннем детстве от случайных инфекций. Развивалась

¹ При атипичически протекающих фазах маниакально-депрессивного психоза часто лишь длительное наблюдение помогает исключить схизофрению.

больная без задержки. В детстве была общительной, жизнерадостной, веселой, имела большое количество подруг. В школе обращала на себя внимание выдающимися способностями; музыкально одарена, писала стихи. В возрасте 13 лет в течение нескольких дней (совпало с периодом появления первой менструации) была грустной, задумчивой, жаловалась на тоску, на бессцельность жизни; говорила, что ей стало «трудно думать», «школу она не кончит, так как она бездарная, пустоцвет». Вскоре к девочке вернулось ее прежнее настроение; пожалуй, как вспоминает мать, была некоторое время после этого даже несколько экзальтированной, капризной, несдержанной.

Настоящее заболевание началось без всякого внешнего повода с соматических жалоб: девочка говорила, что ей нездоровится, она устала, все ее раздражает, у нее неприятные ощущения, покалывания в области сердца. Была показана терапевту, который никакого заболевания у нее не нашел. После визита к доктору была очень расстроена: «Значит я симулянтка», неоднократно повторяла она, «у меня ничего не болит, а я пропускаю школу». «Мамочка, я ведь не виновата, что у меня ничего не нашли. Мне думать стало трудно, у меня голова не работает, я ничего не соображаю». При этом плакала, в отчаянии заламывала руки; пыталась встать перед матерью на колени и поцеловать у нее руку. Была показана психиатру, посоветовавшему уложить девочку в постель и наблюдать за ней. В постель легла охотно («значит я все-таки больная»), попросила дать ей что-нибудь почитать, но скоро отложила книгу: «нет, голова не работает, все равно ничего не пойму». В эту же ночь, мать, перебравшаяся спать к девочке в комнату, проснувшись, увидела, что она что-то пишет. На предложение отдать записку ответила отказом, пыталась разорвать ее, пришлось взять насильно. Записка оказалась предсмертным письмом, в котором девочка просила у родителей прощения за то, что она оказалась «бездарной, никчемной, никому не нужной, обузой и позором для семьи».

В таком состоянии была помещена к нам в клинику.

В строении тела преобладают пикнические компоненты. Со стороны внутренних органов ничего патологического не обнаружено. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не отмечается. WaR в крови отрицательная.

В контакт вступает легко, отвечает по существу, но говорит тихим, слабым голосом, с большими задержками, паузами. Лицо нахмурено, все движения резко замедлены. Большой себя не считает; уверяет, что ее напрасно держат и лечат, так как она симулянтка, не хочет учиться в школе, всех обманывает. «Все думали, что я способная, а я даже запомнить ничего не могу: все забыла, что и знала». «Мамочку-то как жалко; бедная она бедная, как ей будет за меня стыдно». Горько плачет, долго не может успокоиться.

Аппетит плохой, ест медленно, очень мало; часто спрашивает: «может быть мне лучше не есть, я так скорее умру, освобожу всех от себя».

Состояние заторможенности держалось в течение 1¹/₂ месяцев, проходило постепенно, сменявшись резким психомоторным возбуждением: больная стала оживлена, много говорит, смеется, поет, рисует, играет с маленькими детьми, с удовольствием помогает персоналу (моет посуду, чинит белье и пр.). На вопрос о том, как она расценивает свое прошлое состояние, весело ответила: «дурака валяла, не знаю, с чего это я на себя все выдумала». Склонна переоценивать себя: показывает рисунок и говорит: «вы, наверно, таких еще не видали». «Хотите я что-нибудь вам спою, у меня незаурядный голос». Фамильярно похлопывает врача по плечу «ничего, брат, не пропадем».

Состояние психомоторного возбуждения держится около 10 дней и сменяется обычным спокойным, уравновешенным, жизнерадостным настроением, свойственным девочке и до заболевания.

Диагноз: *маниакально-депрессивный психоз*. В клинике девочка проделала обе фазы: депрессивную и маниакальную. Настоящее заболевание является вторым приступом болезни; первый приступ, оставшийся для родных незамеченным, был в возрасте 13 лет.

Я наблюдаю больную в течение 5 лет, до настоящего времени у нее было еще два приступа болезни (депрессивная фаза), не требовавших помещения в больницу. Прекрасно учится в вузе.

XVI. ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

Определение понятия и классификация психопатий.

В руководствах по психопатологии детского возраста глава о психопатиях или пограничных состояниях, как их также принято называть (т. е. своеобразных психических аномалиях, стоящих на грани между психическим здоровьем и болезнью), является наиболее уязвимым местом. Происходит это потому, что по этому вопросу нет еще полной договоренности, и нередко каждый из авторов, затрагивающих эту область, предлагает как свое понимание пограничных состояний, так и вытекающую отсюда собственную классификацию. На практике это часто приводит к тому, что отдельные авторы говорят об одном и том же, но в разных терминах, или, наоборот, употребляют иногда одинаковые термины для обозначения различных состояний.

В дальнейшем изложении мы будем придерживаться определения психопатии, данного Крепелиным, так как большинство определений других авторов в той или иной степени является лишь его перифразом. Не следует при этом забывать того, что сам Крепелин не считал свое учение о психопатиях законченным, так как он лишь только приступил к разработке этой проблемы, а потому все сделанное в этом направлении далеко отстает от его достижений в других областях психиатрии. Крепелин смотрит на психопатов или как на *недоразвившуюся ступень настоящих психозов*, или как на *ограниченные задержки развития*, обусловленные неблагоприятной наследственностью, повреждением зачатка или рано подействовавшим торможением. При ограниченных задержках развития Крепелин отводит известную роль (правда, весьма недостаточную) «формирующему влиянию жизненного опыта». Недостаточность таких личностей сказывается по Крепелину в сфере чувств и воли («своеобразный инфантилизм воли и влечений»); болезненные явления психопатов «меняют достижение общих жизненных целей».

Разделяя в основном взгляды Крепелина на сущность психопатии, мы не придерживаемся целиком его классификации, так как она не лишена ряда недостатков, о которых мы скажем позже.

Сейчас же мы лишь укажем на то, что правильнее говорить о психопатиях не как о недоразвившихся психозах, а как о своеобразных психических аномалиях. Психопаты имеют известное симптоматологическое сродство с определенными психозами; различие между ними и психозами заключается в том, что при них имеются недостатки определенных механизмов, в то время как при психозах — болезненное нарушение и изменение этих механизмов. Здесь мы должны лишний раз предостеречь от того, что *совершенно неправильно* (как это делает Кречмер) *устанавливать единство нормальной психики, психопатии и психоза, т. е. механически переносить закономерности больного человека на здоровую психику*.

К психопатиям, являющимся по Крепелину недоразвившимися психозами, мы относим схизоидов, циклоидов и эпилептоидов.

Несмотря на то, что схизоидная, циклоидная и эпилептоидная

психопатии в настоящее время очерчены ярко и выпукло, все же подобное подразделение является в значительной степени эмпирическим, группировка не охватывает всего многообразия психопатий, отдельные типы не встречаются в таком чистом, законченном виде, в каком их рисует клиническая схема. Необходимо также твердо помнить о том, что развитие личности этих психопатов не является «обреченным» в смысле биологической обусловленности, предопределенности этого развития. Речь идет лишь об известных биологических тенденциях в развитии личности, но для педагогического — воспитательского воздействия открывается при этом широкий простор; от этого воздействия в конечном итоге зависит оформление личности. Другими словами, сложная структура личности обуславливает то, что при различных ситуациях развитие ее идет неодинаково; если характер претерпевает изменения, сдвиги при неблагоприятных условиях, то само собой разумеется, что благоприятная обстановка, правильно поставленное воспитание и обучение будут влиять в положительную сторону. В связи с этим мы констатируем, что в советских условиях процент психопатий (а также и психических заболеваний) меньше, чем в буржуазных странах. Вот почему является крупной ошибкой игнорирование своеобразия условий СССР и механическое перенесение на нашу советскую почву буржуазных статистических данных о детской психической заболеваемости и психических аномалиях.

Группа психопатий, которую Крепелин рассматривает, как «ограниченные задержки развития личности», подробно описана им самим. В эту группу по Крепелину входят: возбудимые (Erregbare), неустойчивые (Haltlose), одержимые влечениями (Triebmenschen), сварливые (Streitsüchtige), лжецы и мошенники (Lügner und Schwindler), враги общества (Gesellschaftsfeinde) и др.

Наиболее существенными недостатками классификации этой группы является биологизирование социальных явлений («враги общества», «мошенники»), а также выделение отдельных видов психопатий на основании лишь одного признака («неустойчивые», «возбудимые», «лгуны» и т. д.). В формирующейся детской психике выделяемые Крепелиным отдельные симптомы (неустойчивость, возбудимость и т. д.) могут встречаться как явление физиологическое, свойственное тому или иному возрастному периоду, так одновременно с этим быть и первыми симптомами разнообразных патологических состояний, до психозов включительно.

Признавая неоспоримую ценность крепелиновского подразделения психопатий на две группы, мы считаем наиболее целесообразным сохранить в детской практике название психопатии лишь для первой группы (схизоиды, циклоиды, эпилептоиды) — группы конституциональных психопатий, второй же группе (ограниченные задержки развития) присвоить название — *патологическое развитие личности*.¹

¹ Наше понятие патологического развития личности не совпадает с тем, о котором говорит Бирнбаум. По Бирнбауму — это специальные конституционально-психические формы, представляющие естественное, хотя и ненормальное, развитие заложенных в конституции действующих и противодействующих тенденций.

Без сомнения, при конституциональных психопатиях также отмечается патологическое развитие личности, но это развитие имеет свою лейт-линию, свою структуру, взаимную обусловленность отдельных симптомов (например, плохая моторика и известная аутистичность схизоида); при патологическом развитии (ограниченных задержках развития по Крепелину) лейт-линия обыкновенно не выражена, отсутствует, «каждая отдельная психическая недостаточность может однажды стоять на переднем плане клинической картины, в то время как другие бывают намечены слабее или вовсе отсутствуют, так что может получиться необозримое число ограниченных состояний недоразвития, которые, в свою очередь, могут еще иметь всевозможные градации» (Крепелин).

В этиологии патологического развития решающую роль играют разнообразные экзогенные факторы, вызывающие повреждение зачатка или же вредно воздействующие на плод или самого ребенка в первые годы его жизни. Роль наследственности в этиологии патологического развития сравнительно невелика (и притом совершенно необязательна) и сводится в таких случаях лишь к некоторой биологической неполноценности, а не к отягощению каким-либо определенным видом психоза, как это наблюдается при конституциональных психопатиях (при схизоидной психопатии — шизофрения, при эпилептоидной психопатии — эпилепсия и т. д.). Таким образом при патологическом развитии имеется врожденное или приобретенное (обычно в раннем детстве) болезненное состояние, а не конституциональная (т. е. в известной степени наследственная) аномалия.¹

Что касается коррекции патологического развития, то при систематически проводимых лечебных мероприятиях, при правильно организованной педагогической — воспитательской работе с этими детьми темп выравнивания их состояния идет значительно быстрее, чем это наблюдается при конституциональных психопатиях.

В группу патологического развития мы относим истероидов и астеников (астеническое развитие). На ряду с этими клиническими хорошо очерченными формами патологического развития мы даем описание (в виде отдельных симптомокомплексов) и других видов патологического развития: дистонные, взрывчатые, реактивно-лабильные.

Сознавая все несовершенство нашего описания подобных симптомокомплексов мы находим известное оправдание в том, что эти клинические зарисовки должны будут помочь ограничению рамок разросшихся до бесконечности схизоидного, эпилептоидного и циклоид-

¹ В строгом смысле слова к патологическому развитию относятся, между прочим, и различные психические изменения (сближающиеся некоторыми симптомами с психопатиями) на почве конгенитального сифилиса, а также менингитов и энцефалитов различной этиологии. Поскольку в этих случаях имеются: указания на определенный этиологический момент, более резко выраженные и притом более своеобразные патологические симптомы (часто грубые неврологические отклонения, более глубокие изменения личности) — мы их выделяем из группы патологического развития и говорим о них как о «психопатоподобных состояниях». Некоторые авторы в отношении этих случаев употребляют термин «органическая психопатия».

ного кругов личности. Описанием отдельных симптомокомплексов патологического развития мы преследуем также и другую цель: выделение из числа психопатов и других патологических личностей тех детей, у которых в связи с неблагоприятными жизненно-эпизодическими факторами, недостаточностью или неправильностью педагогического — воспитательского воздействия отмечается ряд отклонений в характере, напоминающих собой черты патологического развития, той или иной конституциональной психопатии. При поверхностном, невнимательном подходе эти дети совершенно неправильно включаются в число психически аномальных. Чтобы отличить их от этих последних, некоторые авторы предлагают называть их «ложными психопатами», «психопатоподобными» — термины весьма неудачные, так как они недостаточно четко подчеркивают принадлежность этих детей к нормальным вариантам, эпизодичность их характерологических изменений. Поскольку эта категория детей является здоровой, она для своего обозначения в психиатрической терминологии не только не нуждается, но подобная терминология является определенно вредной, так как, сбивая педагогов с толку своей quasi научностью, она разоружает их в борьбе за воспитание этих детей.

Наше описание пограничных состояний мы начнем с группы конституциональных психопатий.

Конституциональные психопатии.

Схизоиды. В семьях больных шизофренией Крепелин находил у некоторых кровных родственников больных такие психические особенности, которые свойственны этому заболеванию. «В таких случаях — говорит он — речь обыкновенно идет об эмоционально-тупых людях или о боязливых чудаках со всякого рода странностями мышления и поведения».

Этих лиц Крепелин относит не к шизофреникам, так как у них психоз «не доразвился», а к психопатическим личностям — странные, чудаки, оригиналы (*Verschroben*). Ганнушкин, говоря о группе лиц, которая в своей симптоматологии имеет некоторые сходные черты с шизофренией, вводит (1912 г.) понятие о шизофренической конституции. В дальнейшем этой психопатической группе присваивается название схизоидов — термин, введенный в употребление Блейлером, Эльмигером и Кречмером. Последний слишком расширил рамки схизоидной психопатии, в силу чего в его толковании термин «схизоид» потерял строгие границы, стал расплывчатым и неопределенным.

Нередко уже в раннем детстве удается подметить у этих детей склонность к одиночеству, уединению. Отчужденность, замкнутость, отгороженность (*аутистическая установка*) их от детского коллектива приводит к тому, что они, образно говоря, живут не в коллективе, а около него. Иногда эта отгороженность (аутизм) бывает больше выражена в отношении своих родных, чем посторонних, с которыми налаживается, хотя и поверхностный, контакт. В других случаях наблюдается обратное явление: более откровенны со своими и замыка-

ются, «свертываются» при посторонних. Иногда эта замкнутость, отгороженность, маскируется внешней общительностью за счет шутовства, гаёрства, к которым прибегают эти дети, чтобы притупить острие направленных на них проиий, шутки; иногда находит себе выход в грубости, излишней развязности, нахальстве, хулиганских выходках и т. п. И в том, и в другом случаях это — защитная реакция, это — своеобразный страх перед людьми.

Известным препятствием к общению со сверстниками является также и моторика схизоидов. Резко бросается в глаза их неуклюжесть, мешковатость, нерасторопность, нередко замедленный темп движений. что, все вместе взятое, часто служит помехой в подвижных играх, вызывая насмешливое, полупрезрительное отношение сверстников к их моторной беспомощности. Большое количество излишних движений, вялая осанка, нередко сутуловатость, иногда разболтанность движений или напряженная скованная походка (походка куклы, манекена), маловыразительная мимика, недостаточно модулированная речь (деревянный голос), отрывистый смех, письмо — неряшливое, отдельные слова часто недописаны, буквы разорваны — вот наиболее типичные черты моторного облика схизоидного ребенка. По Гуревичу их моторная пропорция колеблется между заторможенностью и импульсивным, порывистым возбуждением.

В области аффективной жизни у схизоидов отмечается одновременное сосуществование, переплетающаяся комбинация из элементов повышенной чувствительности и холодности (*психэстетическая пропорция*). Одновременно можно наблюдать аффективную вялость, безразличие и повышенную чувствительность, ранимость; иногда — холодность и чрезмерную раздражительность, доходящую до аффективных вспышек (*судорога, паралич аффекта* — Блейлер); в третьих случаях — спокойный эмоциональный тон и вместе с тем экзальтированная нежность к близким лицам. Неинтересные, бледные, тусклые с поверхности они нередко в глубине скрывают значительные богатства. Так, например, за внешне бедной аффективной жизнью, внешним безразличием к окружающему проскальзывают уточненная наблюдательность, изысканный вкус, глубокие суждения, тонкие замечания. Подобная склонность к изыщному встречается у них наряду с неряшливой одеждой и хаотическим беспорядком в комнате.

При хорошем интеллекте (зачастую вправленном в очень бедную, дешевенькую оправу аффективной жизни и угловатой моторики) они своей склонностью к резонерству, абстрактному, схематическому мышлению, подчас бесполезному мудрствованию производят впечатление странных, чудаков, нелепых. Вот пример такого болезненного мудрствования у одного из пациентов нашей клиники: «Почему на сиденьи стула такое количество дырочек? А что, если на каждую из этих дырочек положить по картошке, сколько понадобится картофеля? А что, если так положить на 100 стульев, на все стулья, имеющиеся в СССР и т. д.»

Их интеллект обыкновенно вполне достаточен для обучения в школе, но все же нередко увлечение каким-нибудь одним предметом (чаще математикой, физикой, химией) приводит к тому, что

другие предметы забрасываются, и это снижает их успешность. Из особенностей схизоидов следует также отметить их большую рассеянность. Они резко суживают круг внимания, целиком сосредоточивая его на каком-нибудь одном переживании, и в таких случаях можно иногда видеть, как, позабыв надеть брюки и расхаживая в таком виде по комнате, ребенок ведет сложную беседу на какую-нибудь отвлеченную тему, целиком его поглотившую.

Ко всему сказанному надо присоединить еще наблюдающуюся у некоторых схизоидов склонность к рифмованию, на котором также заметен некоторый налет чудачества, дурашливости. Вот стихи одного из наших пациентов:

Не смотрите кошке в рот,
Выйдет пища наоборот.

В ряде случаев встречается стереотипное повторение одних и тех же вопросов, прилипание к отдельным словам, фразам, придумывание новых, нередко бессмысленных слов (неологизмы): «офуфыриться» — рассердиться (схизоид, придумавший это слово, объяснил его происхождение тем, что, когда сердятся, обыкновенно повторяют — «фу», «фу», «фу»), «мукалаберно» — смутно на душе и т. д. Иногда это сочетается с навязчивыми действиями, когда, например, ребенок не может пройти мимо стола, чтобы по-особому не загнуть скатерть, или каким-то особым образом подуть на руки, а потом их крепко потереть. У некоторых из схизоидов наблюдаются также нелепые импульсивные поступки: иногда среди полной тишины неожиданно громко закричат, плюнут соседу в лицо, ни с того, ни с сего ударят товарища и т. д. Найти объяснение этим поступкам обыкновенно не удается, так как ребенок чаще всего отделяется ответом: «не знаю, так захотелось» и т. п. Один из наших пациентов плевал с галерки в партер, но это не было хулиганством, так как он, забыв об окружающей обстановке, «только изучал скорость падения плевка».

Все сказанное об особенностях схизоидной психики относится преимущественно к мальчикам; у девочек схизоидные особенности выражены не так отчетливо и выпукло. Сухарева в картине схизоидных психопатий у девочек отмечает на первом плане расстройство в эмоциональной сфере. Смена настроения отличается у девочек своей причудливостью и противоречием; ярче и определеннее выступает сочетание сенситивности (чувствительности) и эмоциональной тупости. В области мышления у них менее выражена склонность к абстрактному, схематическому, формальному мышлению. В моторике нет той резкости, угловатости, мешковатости движений, как это наблюдается у мальчиков, но все же своей неуклюжестью они выделяются среди сверстниц. В выразительных движениях (мимика, речь, голос) резких расстройств не отмечается.

У девочек более часто встречается негативизм, иногда сопровождающийся истероидными налетами: манерничание, жеманство, стремление обратить на себя внимание, некоторая взвинченность, капризность.

Таким образом особенности схизоидной психики, отмеченные у взрослых, в основных чертах наблюдаются и у детей: 1) *психэстетическая пропорция настроения*, 2) *аутистическая установка*, 3) *прыгающий психический темп*, 4) *особенности психомоторики*, 5) *неадекватность реакции раздражению*.

Крайне важно из сложной психопатологической картины выделить первичные основные симптомы, являющиеся непосредственным выражением биологической недостаточности схизоида. Подобная попытка сделана Сухаревой, отметившей, что в раннем возрасте при малой дифференцированности психики первым симптомом, обращающим на себя внимание окружающих, является недостаточная моторика. Обыкновенно обнаруживается биполярность между возбуждением и вялостью. Возбуждение стереотипно, бесцельно, проходит по типу двигательного разряда (*Bewegungsdrang*); медлительность и вялость напоминают кататоническую скованность (медленно едят, застывают в одной позе, медленно одеваются и т. д.).

К ранним симптомам относится также колебание между автоматической подчиняемостью и негативизмом (от безотказного послушания неожиданно переходят к резкому непреодолимому упрямству). Сравнительно позже обнаруживаются характерные для схизоида элементы психэстетической пропорции настроения, а также интеллектуальные особенности (наклонность к абстрактному, формальному мышлению). Аутизм схизоида обыкновенно развивается значительно позднее, чем ранее перечисленные симптомы (моторика, психэстетическая пропорция и т. д.), которые обыкновенно подмечаются в дошкольном возрасте (реже преддошкольном), в то время как аутистическая установка — чаще в школьном возрасте.

Повторяем, что изучение динамики схизоидной психопатии находится в самом начале, а потому с известной осторожностью следует пока говорить о первичных симптомах этой формы психопатии.

При воспитании схизоидов необходимо учитывать как их биологическую недостаточность, так одновременно и особенности социальной установки в связи с этой недостаточностью.

В частности из-за оторванности от окружающего, практической неприспособленности схизоиды нуждаются во включении их в повседневную работу, что достигается постепенным усложнением форм самообслуживания с поручением в дальнейшем и более ответственной работы, связанной с обслуживанием детского коллектива. Особенное внимание должно быть обращено на коррекцию моторики. У нас в клинике это достигается как путем специальных музыкально-двигательных занятий, так и путем систематических упражнений отдельных моторных навыков в школьной работе и во время внешкольных занятий. Очень важно на первых же порах соприкосновения ребенка с детским коллективом укрепить его авторитет, указав детям на положительные стороны его личности. При отсутствии этого ребенок часто из-за своих нелепых выходов, рассеянности становится мишенью для острот, шуток сверстников, что способствует еще большему отгораживанию его от коллектива. Крайне важно не перебрасывать схизоидов из школы в школу, из класса в класс, так как

новое приживание для них всегда болезненно. Схизоиды с резко выраженными патологическими чертами нуждаются в пребывании в условиях специального учреждения типа санатория.

Д и ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. При распознавании схизоидной психопатии наиболее трудно отличить ее от простой формы шизофрении. В отдельных случаях диагноз может быть поставлен лишь после длительного наблюдения, которое не устанавливает изменения, распада, деградации личности, как это свойственно шизофрении. В других случаях отличительными признаками от шизофрении могут служить: 1) наличие основных схизоидных черт уже в раннем детстве, отсутствие в анамнезе указаний на время начала заболевания, на происшедшие сдвиги в психике, 2) отсутствие снижения интеллекта, 3) большая, по сравнению с шизофренией, продуктивность схизоида в школе и на работе, 4) известное улучшение состояния при соответствующих лечебных и педагогических мероприятиях.

При дифференциальном диагнозе схизоидной психопатии необходимо также иметь в виду, что отдельные схизоидные симптомы могут возникнуть в результате эпидемического энцефалита или других мозговых заболеваний. Особенно затруднительна диагностика в тех случаях, когда ребенок перенес мозговое заболевание в раннем детстве. В таких случаях в правильной постановке диагноза известную помощь оказывают: 1) тщательно собранный анамнез, в котором можно найти указания на бывшее мозговое заболевание, 2) наблюдающиеся иногда снижение, задержка интеллектуального развития, 3) наличие неврологических симптомов, 4) наличие наряду с схизоидными чертами и других психических особенностей, от них отличных.

Наконец, приходится отличать схизоидную психопатию от сдвигов, заострения черт характера, образовавшихся под влиянием неблагоприятных жизненно-эпизодических факторов. Чаще всего в таких случаях причиной является безнадзорность ребенка, с раннего детства лишенного заботливого ухода; в таких случаях ребенок привыкает затаивать, прятать свои переживания. В подобных случаях нетрудно бывает подметить замкнутость, уход в себя, настороженность, эмоциональную притупленность, трудно преодолимое упрямство, раздражительность, вплоть до резких аффективных вспышек, иногда кривляние, манерничание, дурашливость. Отличительными признаками от схизоидной психопатии служат: 1) чаще наблюдаемое в таких случаях конкретное мышление без склонности к резонерству, болезненному мудрствованию, 2) избирательная отгороженность, отчужденность (плохо или совсем не вступают в контакт со взрослыми, более или менее хорошо налаженный контакт со сверстниками), 3) отсутствие склонности к навязчивым состояниям, 4) хорошая продуктивность, приспособляемость, гибкая психика, 5) удовлетворительно развитая моторика, 6) при наличии анамнеза — указания на постепенное нарастание отрицательных черт характера, 7) сравнительно быстрое побледнение, впоследствии полное исчезновение отрицательных черт характера при правильно организованном воспитательском подходе.

Для иллюстрации сказанного приведем один из наиболее типичных случаев схизоидной психопатии.

Н. И., 9 лет 8 мес. В наследственности по линии матери встречаются патологические характеры: дед испытуемого был угрюмым, замкнутым, нелюдимым, «никак не мог приспособиться к людям»; дядя отличался большими странностями; приходил в гости и снимал ботинки, «пустить ноги отдохнут, мне все равно итти пока некуда»; подходил на улице к незнакомым и спрашивал, о чем они сейчас думают, это ему необходимо знать для «анкетных целей»; не мог подолгу жить на одном месте, постоянно путешествовал, «вечно философствовал, носился в облаках». О себе мать рассказывает, что она росла молчаливой, замкнутой, была очень застенчива, всегда считала себя выше других, «постоянно мечтала», к практической жизни была неприспособлена.

По линии отца патологического отягощения не отмечается. Отец — жизнерадостный, общительный, поверхностный, увлекающийся, непоседливый, с большими способностями, «всегда все схватывал налету».

Родители в разводе; от этого брака имеется двое детей: испытуемый и его брат, оба ребенка сходны по характеру.

Испытуемый от первой беременности. Раннее физическое развитие без задержки. Четырех лет самостоятельно научился читать, с этого времени совершенно перестал интересоваться игрушками. С ранних лет обращала на себя внимание плохая моторика мальчика: неуклюжий, нерасторопный, мешковатый, он никак не мог привыкнуть самостоятельно одеваться, пользоваться ложкой и пр. («постоянно обливался супом», «все ронял, все у него падало»). Из-за недостаточной моторики не мог включиться в коллектив детей очага, который он посещал. От детей уединялся, забивался куда-нибудь в угол и, читая, забывая об окружающем. Нередко, зачитавшись, позабывал сходить в уборную, мочился в штаны. Мешало слиянию с детским коллективом также и то, что у мальчика по ничтожному поводу бывали резкие аффективные вспышки, во время которых он много и беспорядочно кричал, плакал, бросал вещи. Отмечается также, что наряду с непреодолимым упрямством он проявлял повышенную уступчивость. В очаге пробыл не больше месяца, был взят из него и до школы воспитывался дома.

В школу пошел 8 лет; вскоре начались на него жалобы; не узнавал своих вещей, а потому случалось, что брал чужие; свои вещи постоянно терял; из-за неумения самостоятельно застегнуть пуговицы приходил в класс с расстегнутым воротом рубашки, расстегнутыми штанами. Общий вид был крайне неряшливым: шнурки от ботинок болтались, руки грязные (не любил и не умел мыться). В классе часто не слушал объяснений педагога, подавал реплики, вставлял замечания. Дома жаловался, что в школе сидеть ему скучно, так как он все знает (действительно в это время он прекрасно читал, знал четыре арифметических действия, интересовался алгеброй и астрономией). Из школы пришлось взять. Дома постоянно ссорился с братом, не слушался педагога, посещавшего его на дому, не учил задаваемых уроков, «разрабатывал свой план занятий», много и без разбору читал.

С этими жалобами и был принят в клинику.

При соматическом исследовании отмечается: диспластичен, чрезмерная волосатость на ногах, руках, спине; шея вся заросла волосами; на голове волосы густые («меховая шапка»). Со стороны внутренних органов отклонений не отмечается. Симптомы органического поражения центральной нервной системы не обнаружено. WaR в крови отрицательная.

Мимика однообразная, вместо мимического оформления того или иного переживания часто своеобразная гримаса. Общая моторика резко недостаточна; большое количество излишних сопровождающих движений. Ходит вобрав голову в плечи; из-за недостаточности ассоциированных движений походка скованная. Скакать на одной ноге, прыгать, бегать не умеет (при беге сильно раскачивает корпус, далеко в стороны разбрасывает руки). Не может как следует умыться, одеться, убрать свою постель; за столом часто разливает суп, роняет тарелку, разбивает стакан. В подвижных детских играх участия не принимает, от занятий в рабочей комнате категорически отказывается. Пишет неразборчиво, неряшливо. Речь монотонная, плохо модулированная, голос слегка приглушенный.

Интеллектуальное развитие на очень высоком уровне. Большая склонность заниматься отвлеченными вопросами, при этом несколько резонерствует; вместе с тем полная беспомощность в разрешении несложных практических задач. Мальчик хорошо осознает свои особенности, иллюстрацией чему могут служить выдержки из беседы с ним. Рассказывая о своем прошлом, когда его исключили из школы, и он стал заниматься дома, мальчик говорит: «дома мне очень нравилось, все нравилось, кроме учителя. Он ко мне придирался». На вопрос, почему он поступил к нам, ответил: «я за большим не вижу малого. Без малого и большого не будет. Я все сижу и читаю запоем, кругом себя ничего не замечаю, а в это время нужно маме что-нибудь помочь, и я этого не делаю. Вот нужно меня научить, чтобы я малое умел делать, тогда у меня будет и малое и большое, и все будет хорошо. Тут у меня что-то неладно (показывает на лоб), тут винтика нехватает, не все в порядке, т. е. большое я понимаю, а малое нет. Вот политику я понимаю, хорошо знаю ее, но не всю». Пускается в длинные рассуждения о текущей политике; в этих рассуждениях наряду с хорошими знаниями много детских, наивных, незрелых суждений. Поражает запас отдельных сведений из различных областей науки (в особенности из математики, астрономии, географии), вместе с тем он совершенно не знает, чем занимаются его родители («я этим, знаете, как-то не интересовался»). С смущением заявил, что он не может назвать адрес их квартиры («я думаю, что и так дойду»). Наряду с повышенной самооценкой («я все науки хочу изучать, я уже много сделал, я ведь лучше ребят головой думаю») прочно сочетается чувство собственной неполноценности («куда мне сравняться, я ведь чудачок»); безразличие и эмоциональная холодность к родным (избивает младшего брата, грубит матери, подчас зло ее вышучивает) сочетается с трогательной заботливостью о них. Аффективная вспышка (иногда по незначительному поводу) проявляется в крике, разбрасывании вещей, топании ногами и пр. Успокаивается не сразу.

В классе часто нарушает дисциплину; громко разговаривает, кладет ноги на парту, делает замечания педагогу, вертится, читает посторонние книги.

В клинике пробыл около трех лет, выписан с значительным улучшением. Коррекцию его особенностей мы начали с индивидуальных занятий по исправлению и развитию его моторных навыков. Постепенными упражнениями удалось значительно выравнять его неуклюжесть, мешковатость, разболтанность движений. Шаг за шагом он овладевал всеми навыками самообслуживания, которые имели его сверстники. Приучился следить за своим внешним видом, за чистотой, порядком. Выровнялся и почерк. В рабочей комнате вначале давали ему несложные задания, настоятельно добивались их выполнения.

Одновременно с этим был поднят его авторитет среди сверстников, которым были указаны положительные стороны мальчика. Весь уклад жизни учреждения способствовал тому, что он научился соблюдать режимные моменты, подчиняться дисциплине. Значительно снизились и побледили его аффективные вспышки. Беспорядочное чтение было направлено по определенному руслу, разрозненные, случайно нахвачанные знания более или менее систематизированы. Из клиники мальчик поступил в массовую школу, в которой педагоги, информированные об его особенностях, способствовали дальнейшему закреплению полученных нами результатов. Мальчик окончил 7 классов, жалоб на его поведение в школе и дома не было, успешность отличная.

Диагноз: шизоидная психопатия.

По полученным за последнее время сведениям Н. И., сохраняя в основном особенности своего характера, прекрасно учится в школе.

Циклоиды. Психопатические состояния, характеризующиеся более или менее длительным аутохтонным (самопроизвольным) расстройством настроения и по своей симптомике приближающиеся к маниакально-депрессивному психозу (циклофрения), называются циклоидными психопатиями. Крепелин, отмечая подобные состояния у родственников больных маниакально-депрессивным психозом, у которых дело не доходит до настоящего заболевания, выделяет у них

4 вида предрасположения: депрессивное, маниакальное, раздражительное и циклотимическое.

У детей, предрасположенных к *депрессии* (конституциональная депрессия по Крепелину), подавленное настроение часто сказывается апатичностью, вялостью, жалобами на скуку, плохое настроение, нежелание чем-нибудь заняться. Эти дети обыкновенно послушны; лишь иногда отмечается у них склонность к плаксивости, раздражительности, капризам; придирки по пустякам, вспыльчивость по ничтожному поводу, ворчливый, раздраженный тон. Говоря образно, настроение этих детей можно сравнить с тем, какое бывает в ненастный осенний день, когда тоскливо, безрадостно, тускло, однотонно окружающее. Если в такой обстановке и происходит что-нибудь светлое, приятное, радостное, то оно лишь не надолго, приподнимая настроение, заставляет забывать о серых, тусклых тонах, после чего настроение снова падает.

Сравнительно часто к подавленному настроению присоединяются жалобы на соматические расстройства: усталость, тошноту, головные боли, бессонницу, тревожный сон, плохой аппетит и т. д. Несмотря на соматические жалобы и пониженное настроение, эти дети отличаются хорошей работоспособностью, которая лишь иногда, при обострении состояния, несколько снижается или падает, причем в таких случаях дети сами просят уложить их в постель. Настоящего аффекта тоски и тем более бредовых высказываний, как это бывает иногда при маниакально-депрессивном психозе, не отмечается.

Депрессивные дети обыкновенно избегают шумных подвижных игр, предпочитая им спокойные занятия, тихую нераздражающую обстановку. Несколько уединяясь таким образом от коллектива, они все же не замыкаются в себя, так как и с товарищами и со взрослыми у них легко налаживается контакт: они открытвенны, доступны, не прячут вглубь своих переживаний.

В отдельных случаях (обыкновенно в пубертатном периоде, при резком стечении неблагоприятных жизненно-эпизодических факторов) отмечаются попытки к самоубийству.

Конституциональная депрессия у детей в таком чистом виде, как это описано здесь, встречается сравнительно редко. Это также отмечает и на своем большом клиническом материале Сухарева, которая ищет объяснение этому в том, что: 1) подобные дети не часто попадают в клинику, так как они не представляют больших трудностей при воспитании в семье и школе, и, 2) с другой стороны, они часто не распознаются, так как картина депрессии затушевывается у них физиологическим для ребенка состоянием возбуждения.

Д и ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. При распознавании наибольшие трудности встречаются при отграничении этой формы от нервности (*Nervosität*). Отличиями служат: 1) отсутствие беспокойства в грудном возрасте; о детях с явлениями *Nervosität* матери обыкновенно говорят, что они уже в грудном возрасте были беспокойными, крикливыми, «блажными»; 2) крайне редко наблюдающийся отказ от груди, что более свойственно детям-невротикам (*Иогихес*); 3) часто встречающееся при *Nervosität* двигательное воз-

буждение с оттенком повышенной раздражительности; 4) более частые при Nervosität колебания настроения в зависимости от внешних факторов; 5) неустойчивое внимание в противовес легкой отвлекаемости и истощаемости внимания при Nervosität; 6) обилие при Nervosität соматических, вегетативных симптомов, их более или менее устойчивый характер; 7) сравнительно редкие при Nervosität указания на заболевания родственников маниакально-депрессивным психозом или на принадлежность их к циклоидному кругу психопатий.

От маниакально-депрессивного психоза конституциональная депрессия отличается: 1) отсутствием отдельных приступов болезни, так как при ней имеется более или менее постоянно выраженный депрессивный фон; 2) отсутствием выраженного аффекта тоски и бредовых высказываний; 3) отсутствием замедления течения мыслительных процессов; 4) отсутствием резкой психомоторной заторможенности; 5) наличием сравнительно хорошей работоспособности.

От расстройств настроения эпилептоидных психопатов отличия крайне просты, так как весь склад психики при конституциональной депрессии служит достаточно хорошим опознавательным признаком.

От реактивной депрессии, которая в некоторых случаях представляет собой как бы заострение конституциональных черт ребенка в связи с неблагоприятными жизненно-эпизодическими факторами, отличить конституциональную депрессию не всегда легко. Все же отличительными признаками являются: 1) связь реактивной депрессии с внешними моментами, при устранении которых сглаживаются депрессивные напластования, 2) наличие при реактивной депрессии указаний в анамнезе на время начала заболевания, 3) сравнительно более мягкое течение конституциональной депрессии, 4) более частые указания при конституциональной депрессии на наследственное предрасположение (маниакально-депрессивный психоз, циклоидные психопатии).

Циклоидные психопаты с чертами *гипоманиакальности* (маниакальное предрасположение или конституционально-возбудимые по Крепелину) характеризуются возбужденно-веселым настроением, которое иногда по незначительному поводу переходит в раздражительное и плаксивое. (Плаксивость чаще наблюдается у дошкольников и в первые годы школьного обучения.) Они доступны, открытвенны, доверчивы, общительны, легко сходятся с людьми. При их большой контактности и добродушии они все же нередко приходят в столкновение с окружающими, препятствующими осуществлению их планов, желаний. Их вспышки раздражения не отличаются большой стойкостью и продолжительностью; они незлопамятны и, успокоившись, легко забывают обиду.

Свойственные гипоманиакальным циклоидам хороший биотонус, большая уверенность в себе сопровождаются иногда повышенной самооценкой. В таких случаях дети несколько заносчивы, хвастливы, иногда грубы; при плохом воспитании склонны мучить животных, издеваться над слабыми и т. д. Повышенный биотонус обуславливает быстрый темп желаний, жажду удовольствий, а также склонность

к смене впечатлений. У безнадзорных детей, у которых воспитание в свое время не выработало способности к торможению, задержкам, эта упорная склонность к удовольствиям часто является известным затруднением при перевоспитании.

Что касается двигательного возбуждения гипоманиакальных, то оно находит себе выход в постоянном стремлении к деятельности. При этом они нередко бывают мало продуктивными, работают порывами, и их стремление к перемене занятий часто приводит к тому, что они оставляют работу неоконченной. Сравнительно часто их возбуждение проявляется в суетливости, беготне, крике, драках, приставании к товарищам, что обыкновенно ведет к срывам режима; в связи с этим они расцениваются педагогами и родителями, как распушенные, недисциплинированные. Несмотря на хороший интеллект, они сравнительно нередко отстают в школьных навыках, так как не могут надолго сосредоточиться, быстро истощаются в работе, отвлекаются сами и отвлекают товарищей. Таким образом, не только сами выпадают из занятий, но и дезорганизуют класс. Легко схватывая и усваивая задание, они также быстро его и забывают, в силу чего часто очень плохо помнят пройденное. В целом ряде случаев они обнаруживают хорошую наблюдательность, быстро, легко ориентируются в новой обстановке, выявляя большую подвижность и гибкость интеллектуальных процессов. Мышление их конкретное, практически жизненное (без болезненного мудрствования), скорее поверхностное; на нем сильно сказывается влияние эмоций. Про их интеллект можно сказать, что он вставлен в очень хорошую оправу, в силу чего при меньшей глубине мышления они производят в наше впечатление более одаренных, чем, например, шизоиды. Этому впечатлению также способствует хорошо развитая моторика: движения их проворны, ловки, уверенны, отчетливы, плавны, подчас грациозны. (Ручная умелость у них нередко хуже, чем у шизоидов.) У них живая мимика, соответствующая переживаниям, закругленная естественная жестикуляция, хорошо модулированная речь. Походка мягкая, эластичная; общий вид, осанка подобранные.

Если в картине конституциональной депрессии подметить различие между полами не совсем легко, то в картине гипоманиакального состояния различия между девочками и мальчиками выступают более рельефно. Отличаясь от мальчиков несколько меньшей психомоторной возбудимостью, девочки являются менее активными; шалости и проказы их не носят того «злостного» характера, как это бывает у мальчиков. В отдельных случаях (обыкновенно у безнадзорных девочек) отмечается склонность к бравате, к подражанию мальчикам (своеобразное мальчишество), склонность к грубым шуткам, хулиганским выходкам. По сравнению с мальчиками настроение девочек чаще зависит от внешних факторов, более лабильно (неустойчиво), нередко на фоне этого настроения выявляются капризность, раздражительность. У них нередко можно также отметить некоторую эротичность, склонность к кокетству, нарядам. Наиболее рельефно выявляется их неустойчивость (Haltlosigkeit), что сказывается, помимо лабильности настроения, в быстрой смене желаний, нестойкости

их интересов, легкомыслии и т. д. Несмотря на хороший жизненный тонус, у них очень часто нехватает способности к напряжению, выдержке в работе. В двигательном отношении, особенно больших различий между полами не отмечается.

Для коррекции психомоторной возбудимости рекомендуется выбор задания с таким расчетом, чтобы гипоманиакальный ребенок мог в нем разрядить свою двигательную энергию. Опытные педагоги, подмечая особенности подобных «детей-живчиков», вызывают их стирать с доски, дают какое-нибудь другое поручение, чтобы ребенок, выполняя его, мог двигаться по классу, не нарушая дисциплины. Неустойчивость внимания исправляется постепенным усложнением задания. В классе циклоид должен сидеть на первой скамейке с тем, чтобы педагогу было легче наблюдать за ним и при отвлечении его внимания во-время предложенным вопросом вернуть его к занятиям. При несильно заостренных чертах коррекция гипоманиакального ребенка осуществляется в массовой школе, при резко выявленных — в санатории.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. Наиболее трудно отграничить гипоманиакальных циклоидов от нормальных вариантов (жизнерадостные, добродушные, с повышенной активностью), так как в детском возрасте слабость задержки является физиологической. С этими трудностями нередко приходится встречаться у безнадзорных ребят, не приученных с детства к торможению низших (органических) влечений, с своеобразным «отсутствием аппетита к работе» (*dégoût du travail*) или «боязнью работы» (*Arbeitsscheu*), со склонностью к легкой смене впечатлений, повышенной жаждой удовольствий и развлечений. Нередко диагноз может быть поставлен только после длительного наблюдения, устанавливающего известную стойкость психических особенностей гипоманиакальных циклоидов. По сравнению с циклоидами у нормальных вариантов (если речь не идет о весьма длительной безнадзорности), коррекция более эффективна и достигается в менее продолжительный срок. Хорошим подспорьем при диагнозе служат также указания в анамнезе на маниакально-депрессивный психоз или циклоидную психопатию у родственников; в таких случаях больше данных отнести встретившиеся особенности психики к циклоидной психопатии.

Не меньшие трудности встречаются при отличии циклоидной психопатии от маниакально-депрессивного психоза, так как черты гипоманиакальности встречаются иногда до вспышки настоящего психоза (препсихотическая личность). Поэтому при указании в анамнезе на значительное отягощение родственников маниакально-депрессивным психозом и наличие резкой гипоманиакальности у испытуемого диагноз циклоидной психопатии всегда должен ставиться с большой осторожностью.

От нервности (*Nervosität*), с которой гипоманиакальных циклоидов до некоторой степени роднит повышенная отвлекаемость внимания, неравномерная работоспособность, провести дифференциально-диагностические отличия не трудно. Отвлекаемость и неравномерная работа циклоида зависят от его психомоторной возбудимости, от

облегченного ассоциативного процесса; при Nervosität — от утомляемости, быстрой истощаемости. Отсутствие повышенной впечатлительности, хороший биотонус, отсутствие резко выраженных расстройств вегетативной нервной системы, отсутствие склонностей к страхам у гипоманиакальных циклоидов — достаточные опознавательные признаки для отличия от Nervosität.

Циклоиды с выраженными *самопроизвольными* (аутохтонными) колебаниями настроения (циклотимическое предрасположение по Крепелину) уже в раннем детстве обнаруживают эти особенности аффективной жизни. Настроение их колеблется от подавленного, вялого до веселого, возбужденного (*диатетическая пропорция, или пропорция настроения*). Переход к обычному состоянию, нередко и начало той или иной фазы (депрессии, гипоманиакальности) в значительном проценте случаев совершаются незаметно, постепенно. От обычных смен настроения, свойственных нормальной психике, циклотимия отличается меньшей зависимостью от внешних факторов (эндогенные колебания настроения), большей продолжительностью, более рельефно выраженными симптомами депрессии или гипоманиакальности.

Фаза гипоманиакального состояния улавливается окружающими сравнительно чаще, чем депрессивная. Последняя (бывает к тому же нередко и менее продолжительной) находит себе объяснение в соматическом нездоровьи ребенка, в его неудачах в связи с какими-нибудь внешними обстоятельствами. В отдельных случаях окружающими просматривается и гипоманиакальная фаза, особенно, когда она внешне выявляется в шалостях, драках, срыве дисциплины и т. п.

В периоды, свободные от колебаний настроения (обычные состояния), у детей все же отмечаются некоторые особенности психики: иногда это несколько приподнятое настроение, повышенная психомоторная возбудимость; в других случаях — печально-спокойное, вяло-апатичное настроение, в третьих — большая эмоциональная подвижность, лабильность (неустойчивость) аффектов и т. д. С течением времени циклические колебания настроения становятся более редкими, менее продолжительными; в других случаях (особенно в пубертатный период и при этом у девочек несколько в большем проценте случаев) смены настроения учащаются, отличаются большей продолжительностью, более рельефно выступают симптомы нарушения аффективной жизни.

Циклоиды с так называемым *раздражительным предрасположением* (Крепелин) не являются чистой формой конституциональной психопатии. Обычно в таких случаях речь идет о смешанных состояниях, так как помимо циклоидной психопатии раздражительность, как симптом, встречается в период послеперинфекционной слабости, при эпилептоидной психопатии, при неврастении, истерии и целом ряде других невротических состояний. В силу этого многие авторы, с чем также согласны и мы, отрицают существование при нормальном интеллекте раздражительной формы, как особого вида психопатической конституции.

Суммируя все здесь сказанное о различных подгруппах циклоидов (депрессивные, гипоманиакальные, циклотимики), можно выделить общие, свойственные циклоидной психопатии черты: 1) *единство и цельность эмоциональных реакций*, 2) *общительность, контактность, созвучность (синтонность) с окружающими*, 3) *подвижность и гибкость интеллектуальных процессов*, 4) *хорошо развитую общую моторику и несколько недостаточную ручную умелость*, 5) *диатетическую пропорцию настроения*.¹

¹ Динамика циклоидной психопатии до настоящего времени не изучена. Все же, принимая во внимание повышенную реактивность детей, большую лабильность эмоционального тонуса, значительную внушаемость и пр., следует думать, что более или менее достоверный диагноз этой формы психопатии возможен не ранее начала школьного возраста.

Для иллюстрации приводим следующие случаи.

А. Г., 12 лет. Патологической наследственности по линии отца не отмечается. Дед по линии матери веселый, общительный, в юности отличался большой жадой к приключениям (побывал в Африке, Америке). Мать в возрасте 19 лет перенесла первый приступ маниакально-депрессивного психоза (депрессивная фаза); второй приступ совпал с периодом беременности испытуемым (на 2 месяце беременности маниакальная фаза, сменявшаяся на 4 месяце депрессивной, вышла из психиатрической больницы за 2 недели до родов). Роды в срок; испытуемый от первой беременности, после него 2 искусственных аборта.

Раннее развитие своевременное; в детстве был общительным, ласковым, добрым, отзывчивым, впечатлительным. Трудности поведения начались в школьном возрасте: болтливость, непоседливость, легкая отвлекаемость, неумение довести начатое дело до конца и пр.; с этими жалобами поступил в клинику.

Тип строения тела смешанный (мягко-атлетические и пикнические компоненты). Со стороны внутренних органов и нервной системы патологических отклонений не обнаружено. WaR в крови отрицательная.

Интеллектуальное развитие вполне удовлетворительное. При поступлении в клинику сразу же обожал все помешение, быстро познакомился со всеми детьми, тотчас же рассказывал им и педагогу причину своего направления в клинику. Спустя короткое время принимал участие в играх сверстников и при этом вел себя так, как будто в клинике он не первый день. Часто нарушал правила игры, быстро ссорился, но также легко и мирился, придумывал новые игры. На классных занятиях сначала постоянно нарушал дисциплину; легко отвлекался посторонними предметами, смешил ребят, передразнивал педагога; не мог более 5—10 минут высидеть на одном месте, все время порывался встать и ходить по классу. В рабочей комнате переходил от одного занятия к другому, ничего из начатого не закончил. В клубной комнате заниматься не мог, мешал товарищам, скоро затевал шумную игру.

Много болтает, пристаёт с различными требованиями, просьбами; при отказе не надолго обижается и снова весело, заразительно смеется. Со взрослыми вежлив, с товарищами бывает иногда груб, но сам же спешит загладить причиненную обиду.

На общем фоне повышенного настроения наблюдались иногда короткие периоды депрессии, когда он становился несколько скучным, вялым, усаживался в уголке за книгу; через 2—3 часа был снова оживлен, непоседлив, суетлив, болтлив.

Коррегировать его поведение удавалось с большим трудом, и только к концу 8-месячного пребывания в клинике стало возможным до известной степени ввести его в режим, добиться соблюдения дисциплины. Наряду с лечебными занятиями, укрепляющим и медикаментозным (бромиды) лечением его постепенно включали в жизнь коллектива, давая сначала несложные, небольшие поручения. Сидел он на первой парте, был ответственным за дисциплину в классе. Вначале часто приходилось менять поручения и виды общественной нагрузки с тем, чтобы они ему не надоедали; постепенно удлинялся срок и усложнялась его ответственность. Разрядку двигательной энергии практиковали путем включения его в организованные игры, в музыкально-двигательные занятия, занятия спортом и пр.

К концу пребывания срывы дисциплины стали значительно реже. Выписан в оздоровительную школу, где хотя и жалуются на его моторную подвижность, но все же не считают его особенно трудным учеником.¹

Диагноз: *циклоид с чертами гипоманиакальности.*

К. П., 11 лет. Отец и мать испытуемого общительные, мягкие, веселые, добродушные, практически хорошо приспособленные; дед по матери страдал запоем, среди родственников по материнской линии было два случая самоубийства (тетка покончила с собой «во время большой тоски» и дядя — «проигрался в карты»).

Испытуемый от первой беременности, две его сестры (7 и 4 лет) здоровы. Раннее развитие своевременное, рос спокойным, ласковым ребенком, с товарищами ладил. С конца дошкольного возраста, особенно с момента поступления в школу,

¹ Случай относится к концу 1934 года.

родители отметили, что мальчик стал более вялым, жаловался на скуку, грустил, раздражался. Приписали это тому, что ребенок еще не привык к школе, скучает по дому. В конце учебного года педагог сообщил матери, что ребенок на занятиях не проявляет достаточного интереса к учению, сидит вялый, избегает шумных игр. Советовал показать его врачу. В течение следующего года мальчик находился под наблюдением диспансера; состояние его оставалось прежним, в силу чего был направлен к нам в клинику.

Тип строения тела приближается к пикническому. Внутренние органы без отклонений. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. WaR в крови отрицательная.

При поступлении в клинику растерян, несколько заторможен, на вопросы отвечает после небольшой паузы, ответ сопровождается вздохом. Выражение лица грустное, часто навертываются слезы. Объяснил, что скучает по родным, хотел бы скорее выписаться.

В дальнейшем в клинике привык, был продуктивен во всех занятиях, детского общества не чуждался. В шумных, подвижных играх участия не принимал, говоря, что это ему неинтересно, в настольных играх проявлял инициативу, находчивость, играл с большим увлечением. Настроение ровное, спокойное, лишь в отдельные дни жалуется на скуку, говорит о тех или иных соматических недомоганиях (головная боль, неприятные ощущения в области сердца, общая усталость и т. д.). Бывают дни, когда он более оживлен, подвижен — шумлив. При этом шалости не переходят границ дозволенного. Общителен, с товарищами ровные, спокойные отношения.

Интеллектуальное развитие соответствует возрасту; мышление конкретное, отмечается незначительная замедленность ассоциативного процесса.

В виду того, что шумный большой коллектив утомляет ребенка, мы после двухмесячного пребывания в клинике выписали его в оздоровительную школу, где он находится два года.¹ С учением хорошо справляется, жалоб на его поведение нет, основные черты его личности остаются прежними.

Диагноз: *циклоид (конституциональная депрессия)*.

Эпилептоиды. Об этой форме психопатии Крепелин говорит более осторожно, чем о двух предыдущих: «Нельзя отрицать, что мы имеем психопатические личности, особенности которых заставляют думать об их близком отношении к эпилептическому вырождению: 1) некоторые раздражительные, мелочные педанты и 2) ограниченные, гневливые, эмоционально-тупые грубияны. Дальнейший клинический опыт должен показать, насколько правильно в таких случаях говорить об «эпилептоидных психопатах». Ганнушкин для эпилептоидной психопатии считал характерным: 1) крайнюю раздражительность, доходящую до приступов неудержимой ярости, 2) приступы расстройства настроения (с характером тоски, страха, гнева), развивающиеся или самопроизвольно, без всякого внешнего повода, или в связи с внешними причинами, 3) моральные дефекты (выражение автора). Эпилептоидов Ганнушкин сближает с возбудимыми и импульсивными психопатами.

Некоторые авторы совершенно отрицают существование эпилептоидной психопатии. В нашей клинической практике мы суживаем круг эпилептоидной психопатии, понимая под последней лишь особую конституцию, биологически и генетически связанную с генуинной эпилепсией (эпилептоиды в узком смысле слова). В силу этого мы выделяем из эпилептоидного круга эксплозивно-раздражительных, так как они не имеют никакого отношения к группе эпилепсии.

¹ Случай относится к 1934 году.

Эпилептоиды (в тесном смысле этого слова) могут быть разбиты на две подгруппы: *динамичные* (стеничные) и *адинамичные* (астеничные). Общим для обеих подгрупп являются сравнительно часто встречающиеся в анамнезе указания на бывшие в раннем детстве обыкновенно единичные, реже многократные (при этом в течение непродолжительного времени) судорожные припадки. Нередки также указания на упорные головные боли, обмороки, головокружения, длительное ночное недержание мочи. В ряде других случаев при расспросе о прошлом ни судорожных припадков, ни головокружений, ни других перечисленных здесь симптомов не отмечается. В наследственности у родственников этих больных встречается эпилепсия (чаще по боковой линии), а также патологические характеры с чертами эпилептоидии (как по прямой, так и по боковой линиям). Сравнительно нередко встречаются также указания на наличие у родственников головных болей, головокружений, обмороков, ночного недержания мочи.

Приступы расстройства настроения, выделяемые большинством авторов, как кардинальный симптом эпилептоидной психопатии, связывают как в зависимости от внешних факторов, так нередко и без всякого внешнего повода. Колебания настроения: от веселого, злобно-возбужденного до тоскливого, вяло-раздражительного. Длительность этих колебаний крайне невелика: от нескольких часов до 1—2 дней.

В дни колебания настроения (тоскливое настроение, «плохие» дни) *динамичные эпилептоиды* отличаются особо повышенной раздражительностью, по ничтожному поводу впадают в аффект ярости, гнева. При этом они становятся крайне агрессивными: наносят повреждения окружающим, кидая в них чем попало, или нападая в открытую, разрушают вещи, цинично ругаются, плюются, царапают себе лицо и т. д. Аффект купируется с большим трудом, успокаиваются крайне медленно, казалось, успокоившись, снова дают аффективную вспышку, «прилипают» к аффекту. (*Липкая конденсированная аффективность* — Минковская). В таких состояниях вспоминают о ранее нанесенных им обидах, обвиняют в несправедливом к ним отношении, произносят (иногда приводят в исполнение, так как они мстительны) различные угрозы.¹

В «хорошие» дни веселого, возбужденного настроения они психомоторно подвижны, шумливы, крикливы, пристают, «задирают» товарищей, жестоко, злобно над ними подшучивают, вступают в конфликт, обыкновенно заканчивающийся дракой, избиением. В таком состоянии особенно остро реагируют на всякие запрещения, на препятствия к осуществлению их желаний, давая или аффективную

¹ Если образно говорить об аффектах, то у шизоида аффективная вспышка — это «гром среди ясного неба», так как часто не удается уловить повод для подобного аффективного разряда; у циклоида — это гроза с проливным дождем (плачем), после которой разрежается атмосфера, наступает полное умиротворение; у эпилептоида — это тоже гроза, сопровождающаяся большими разрушениями, но обыкновенно не заканчивающаяся, как у циклоида, ясной погодой (солнечным настроением), а переходящая в ненастье, когда еще долго продолжается мелкий однотонный дождь (долго ворчит, вспоминая о прошлых обидах).

вспышку, или вступая в длительные пререкания, заканчивающиеся грубой, циничной бранью, угрозами, хулиганскими выходками и т. д.

Вне этих колебаний, настроение обыкновенно возбужденное, с оттенком раздражительности, капризности. Резкие колебания настроения в дошкольные и первые годы школьного обучения встречаются сравнительно не часто, в препубертатный и пубертатный периоды учащаются. С детским коллективом они полностью не сливаются, скорее это чисто внешний контакт, преследующий главным образом сохранение собственных интересов; контакт обыкновенно непрочный, часто нарушаемый аффективными вспышками, в силу чего в коллективе детей они нелюбимы. К окружающей обстановке они скорее приспособляются, чем действительно к ней приживаются, т. е. терпят эту обстановку до поры до времени, не пуская в нее глубоко корней. По-настоящему они привязаны к ограниченному кругу лиц, с которыми чаще связаны родственными или материальными взаимоотношениями.

Повышенно самолюбивые, честолюбивые, склонные к переоценке собственной личности, хвастливости, они наряду с этим обнаруживают приниженность, склонность к самоуничижению, в котором часто проявляется то же тщеславие. Отсюда угодливость, льстивость к более сильным, деспотизм, жестокость к слабым. Над младшими часто издеваются, требуют от них беспрекословного подчинения, перед старшими хитрят, заискивают, угодничают, стараются казаться лучше, чем есть на самом деле. Нередко случается, что подобная выдержанность и предупредительность, связанность в отношении старших прорывается в резкой аффективной вспышке, которая уничтожает с трудом завоеванное положение.

Часто приспособление к окружающему затрудняется из-за тугоподвижности, вязкости мышления. Идя от звена к звену, не отличая существенного от деталей, эпилептоиды склонны застревать на узком круге интересов и идей (лабиринтарное мышление), в силу чего они предпочитают работать по шаблону, по трафарету. Эта детализация мышления сказывается в их размеренности, аккуратности, педантичности, прилипчивости к вещам (любят и подолгу сохраняют ненужные вещи). Речь их часто монотонна, тягуча, с излишними подробностями, стереотипна.

Сравнительно нередко можно отметить повышение влечений низшего (органического) порядка (например, гастрические, сексуальные и т. д.). Раннее развитие сексуальности сказывается в онанизме, циничной направленности, иногда в попытке совершить половой акт. В отдельных случаях наблюдается склонность причинить себе боль и одновременно терпеть ее от других (садистические и мазохистические тенденции). Свою сексуальность нередко скрывают за внешне пристойным поведением, напоминая в таких случаях «тихий омут, в котором черти водятся». При раскрытии совершенных ими антисоциальных проступков прячутся за спину других, всячески себя выгораживают, сваливая вину на товарищей, лгут, искусно притворяются, позируют. Нередко для антисоциальных проступков

используют других, сами оставаясь в стороне, и лишь при удаче получая известную выгоду.

Моторика их не отличается достаточной плавностью, закругленностью движений, которые скорее порывисты, угловаты, медлительны, достаточно сильны.

Наиболее яркое выявление динамическая эпилептоидия находит в так называемой *аффект-эпилепсии*, описанной Братцом и Лейбушером. При аффект-эпилепсии на высоте аффективного раздражения наблюдаются судорожные припадки, напоминающие эпилептические. Отличием этих припадков от эпилептических служит их зависимость от внешних причин (боль, страх, волнение, гнев и т. д.), отсутствие во время припадка упускания мочи и прикусывания языка. После этих припадков сравнительно редко наблюдается сон, нет той разбитости, угнетенности, растерянности, вялости, болезненного утомления, как это бывает после настоящих эпилептических припадков. Нередко случается, что подобные судорожные припадки происходят несколько раз подряд, что также мало свойственно эпилепсии. Иногда вместо судорожного припадка на высоте аффекта отмечаются головокружения, обмороки или только приступы ярости, изредка сопровождаемые обманами чувств, сравнительно чаще — потерей сознания, замятыванием (амнезией).

Отсутствие у аффект-эпилептиков тенденции к слабоумию, реактивность их припадков, склонность припадков улучшаться и сокращаться в числе при отсутствии внешних раздражителей — все это, вместе взятое, служит отличительными признаками при отграничении от эпилепсии.

Среди девочек динамическая эпилептоидия (в особенности ее подвид аффект-эпилепсия) встречается значительно реже, чем среди мальчиков. Отличия девочек от мальчиков сказываются в меньшей склонности к аффективным разрядам. У них чаще наблюдаются раздражительность, капризы, придирчивость, мелочность, повышенное тщеславие, хвастливость. Колебания их настроения больше связаны с внешними моментами; менее длительны, чем у мальчиков. У них более рельефно выступают педантичность, аккуратность, размеренность, скупость. Чаще действуют исподтишка, реже воткрытую. Повышенная сексуальность находит себе выход в онанизме, в развращении малолетних; внутренняя циничность нередко прячется за внешне благопристойными формами поведения. Моторика их более закруглена, сглажена; в движениях меньше угловатости, медлительности.

Наряду с динамическими, стеничными эпилептоидами встречаются также эпилептоиды *астеничные, адинамические*. У них приступы расстройства настроения протекают в более смягченном, сглаженном виде: в «плохие» дни они становятся более заторможенными, вялыми, угрюмыми, высказывают большое количество ипохондрических жалоб; в «хорошие» дни — бывают оживленными, болтливыми, но раздражительными, капризными, повышенно обидчивыми. По сравнению с «плохими» днями «хорошие» встречаются у них реже. Длительность колебания настроения аналогична той, что и у динамич-

ных эпилептоидов, но значительно чаще их колебание настроения зависит от внешних факторов. В периоды, свободные от колебаний, настроение их обыкновенно несколько подавленное: они вяловаты, слегка заторможены, несколько капризны, высказывают ряд жалоб на плохое самочувствие, беспокойный сон, усталость и т. д.

Как в периоды колебаний настроения, так и вне их, аффективный разряд адинамичных эпилептоидов не достигает такой силы и напряженности, как у динамичных. Нередко аффективная вспышка задерживается, подавляется и, прорываясь наружу, приводит к внутренней борьбе. Отсюда возникает целый ряд невротических наслоений, в которых нередко на первый план выступают психастенические симптомы: навязчивые состояния, страхи, тревога, мнительность и т. д. Иногда эти невротические симптомы являются некоторым препятствием в приспособлении к окружающему, когда адинамичные эпилептоиды становятся недоверчивыми, подозрительными, мнительными, замыкаются, прячутся, уходят в себя. Все же значительно чаще они умеют приспособиться, высказывая при этом некоторую угодливость, слащавость, иногда ханжество. В подобных случаях они прилипчивы, способны льстить, унижаться, принося в жертву собственное самолюбие.

При их кажущейся незлобivosti, некоторой сентиментальности они бывают нередко жестокими, злопамятными, но их трусливость, неуверенность в своих силах, их постоянная боязнь, что противник может быть еще когда-нибудь для них полезен, редко заставляет их быть активными, выступать воткнутой. В таких случаях они чаще прибегают к сплетне, оговору, доносу, принимая все меры к тому, чтобы не быть обнаруженными.

В их поведении много показного, внешне благопристойного; они иногда настолько хорошо скрывают свои недостатки, настолько неискренны и лицемерны, что у окружающих создается о них превратное мнение, когда их считают за открытых, добродушных, отзывчивых, и впоследствии искренне удивляются, когда они совершают тот или иной антисоциальный поступок.

Со стороны мышления у них отмечается такая же вязкость (*une viscosité mentale*), как и у динамичных эпилептоидов. В работе они обыкновенно исполнительны, тщательны, аккуратны, при этом крайне медлительны, сравнительно мало продуктивны, педантичны, пунктуальны, не любят новшеств, нововведений, предпочитая шаблон, трафарет. Моторика их более закруглена, чем у динамичных эпилептоидов, но все же и здесь отмечается некоторая заторможенность, топорность, порывистость движений.

Девочки отличаются от мальчиков лишь большим наличием невротических симптомов.

Очерченные здесь две подгруппы эпилептоидов (динамичные и адинамичные) являются двумя полюсами, между которыми располагаются относящиеся к этому кругу психопатические личности, у которых отдельные психические особенности приближаются то к одному, то к другому полюсу, составляя довольно пеструю, узурчатую картину. Все же в этой картине удается выделить эпилептоид-

ную основу: 1) вязкое, детализированное, лабиринтарное мышление, 2) колебания настроения от веселого, злобно-возбужденного до тоскливого, вяло-раздражительного, 3) повышенную аффективную раздражительность на одном полюсе и крайнюю сдержанность, связанность на другом, 4) чрезвычайное самолюбие, гордость — приниженность, самоуничижение, 5) эгоцентризм, 6) моторная пропорция между замедленностью и эксплозивностью движений, 7) пропорция между жестокостью и сентиментальностью.

Что касается динамики эпилептоидной психопатии, то по нашим наблюдениям первые симптомы, указывающие на биологическую неполноценность эпилептоидов, нередко обнаруживаются в грудном возрасте в виде расстройства вазомоторно-эндокринного аппарата, дети часто повышено чувствительны к различным внешним раздражителям (свет, шум, громкий разговор, неприятные ощущения и т. п.), на которые дают крайне бурную реакцию в виде вздрагиваний, крика, плача, двигательного беспокойства. Нередко отмечаются также нарушения сна (ненормально чуткий сон, частые просыпания, бессонница), капризный избирательный аппетит. Эти симптомы обыкновенно просматриваются или неправильно диагностируются как нервозность (Nervosität). Расстройства речи, в виде шепелявости, картавости, заикания, встречающиеся у части эпилептоидов, также относятся к ранним симптомам и также обыкновенно не связываются с эпилептоидной психопатией.

Во всяком случае, до начала дошкольного возраста трудно подметить симптомы, характерные для этого вида психопатии. В дошкольном возрасте обращают на себя внимание намечающееся прилипание к аффекту, раздражительность; в ряде случаев — раннее обнаружение сексуальности, головные боли, иногда с характером мигрени, энурез. Более или менее выраженные приступы расстройства настроения становятся заметными лишь к концу дошкольного возраста, чаще же в первые годы школьного возраста. Особенности моторики эпилептоида в дошкольном возрасте обыкновенно еще весьма нехарактерны, недостатки ее скрываются за общей грацильностью, свойственной этому возрасту. Недостатки моторики более или менее рельефно выступают в первые школьные годы. В конце дошкольного возраста можно подметить симптомы медлительности, тугоподвижности мышления; чаще же они обнаруживаются в школьные годы. Диагноз эпилептоидной психопатии в раннем детском возрасте более затруднителен, чем шизоидный, и с известной степенью достоверности может быть поставлен не ранее первых лет школьного обучения.

К о р р е к ц и ю эпилептоидов лучше всего начинать с работы в мастерских (охотнее работают, чем учатся), где их легче приучить к выполнению задания, четкости, дисциплинированности. При переключении на учение следует преподносить им материал в конкретной форме, оказывая помощь при отстаивании так, чтобы она была заметна им, но неощутима для их товарищей, насмешки которых резко бьют по их самолюбию. В «плохие» для них дни не следует добиваться во что бы то ни стало выполнения ими заданий. При вы-

боре на ответственные должности рекомендуется отводить их от тех, где трудно осуществить надзор педагога, так как нередко при неисполнении их требований они расправляются со сверстниками силой.

В условиях массовой школы эпилептоиды сравнительно редко уживаются; чаще перевоспитываются в санатории для психопатов.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. При диагнозе эпилептоидной психопатии встречаются затруднения при ограничении ее от эпилепсии. Эти затруднения особенно часто возникают в дошкольном возрасте, когда приходится думать о том, не являются ли эпилептоидные черты особенностями преэпсихотической личности. Эти затруднения при диагнозе ярко подчеркнуты Блейлером, который говорит, что «эпилептики обычно бывают психопатами еще до того, как болезнь налагает на них своеобразную печать». В силу этого в целом ряде случаев (в особенности при наличии в анамнезе указаний на ранее бывшие судорожные припадки) с диагнозом эпилептоидной психопатии следует быть осторожным и только после длительного наблюдения, устанавливающего отсутствие у больного тенденции к слабоумию, ставить эту диагностику.

Известные затруднения встречаются также при ограничении динамических эпилептоидов от эксплозивно-раздражительных (взрывчатых). Отличием может служить: 1) наличие при эпилептоидной психопатии у родственников выраженных эпилептических припадков, их эквивалентов, тяжелых патологических характеров, 2) наличие у эпилептоидных психопатов (в некоторых случаях) судорожных припадков в раннем детстве, а также обмороков, головокружений, головных болей, что несвойственно эксплозивным, 3) отсутствие у эксплозивных эндогенных колебаний настроения, 4) большой контакт эксплозивных с окружающими, отсутствие у них злопамятности, мстительности, аффективной прилипчивости, 5) отсутствие у эксплозивных вязкости мышления, 6) отсутствие в моторике эксплозивных замедленности, заторможенности движений.

Крайне важно научиться различать эпилептоидную психопатию от заострения черт характера в связи с неблагоприятными жизненно-эпизодическими факторами. Обыкновенно подобное заострение черт характера приходится встречать у беспризорных детей, которые рано сталкиваются с жизненными невзгодами и неприятностями и, находясь вне влияния семьи и школы, приобретают отрицательную уличную направленность.¹ У таких детей наблюдаются озлобленность, ожесточенность, грубость, цинизм, жливость, резко выраженный эгоизм, эмоциональная притупленность. Привычка к полной свободе, жажда смены впечатлений, не требующих усилия для восприятия и усвоения, жажда удовольствий, не сдерживаемые никакими тормозами низшие, органические влечения — все это вместе взятое делает на первых порах воспитательную работу с ними крайне

¹ Следует отметить, что в последнее время подобные дети встречаются сравнительно не часто, а потому дифференциальный диагноз этих случаев от эпилептоидной психопатии в настоящее время не имеет актуального значения. То же самое необходимо сказать и о тех детях, которых приходится отличать от динамических эпилептоидов (см. стр. 259—260).

трудной, в особенности, когда их приходится приучать к трудовым процессам. Довольно часто в таких случаях из-за отсутствия выдержки они легко взрываются, переходя при первой же неудаче в работе к разрушительным действиям. Нередко и алкоголь — сравнительно частый спутник беспризорности — бывает также повинен в повышенной возбудимости несовершеннолетних. Бьющая через край энергия, не имеющая оттока, обыкновенно находит себе применение в хулиганских выходках, шуме, буйстве, драках, крике и т. п.

При помещении таких детей в организованную детскую среду (например, детский дом) у них на первых порах пребывания наблюдаются иногда то более длительные, то короткие расстройства настроения, сопровождающиеся повышенной гневливостью, раздражительностью, иногда с оттенком тоски, страха. Эти расстройства настроения обыкновенно являются или реакцией на помещение в детский дом, или связаны с каким-либо внешним раздражителем и не бывают эндогенными. Подобные расстройства настроения кончаются иногда бурным аффективным разрядом, во время которого они разрушают вещи, бьются, катаются по полу, расцарапывают себе тело, рвут волосы, часто также нападают и избивают окружающих.

При недлительном наблюдении, при недостаточном знакомстве с анамнезом подобных детей или же при невнимательном, поверхностном, трафаретном подходе к ним совокупность описанных психических особенностей дает повод к неправильной диагностике эпилептоидной психопатии. Отличия следующие: 1) отсутствие в анамнезе судорожных припадков, в наследственности эпилептического отягощения, указания на более или менее длительную беспризорность, 2) отсутствие вязкости мышления, аффективной прилипчивости, 3) отсутствие эндогенных колебаний настроения, 4) более выдержанный спокойный тон со сверстниками, 5) хорошо развитая моторика, 6) постепенное побледнение и исчезновение этих заострений черт характера при правильно поставленном педагогическом подходе.

Иногда в связи с беспризорностью наблюдается несколько иная картина характерологических изменений. Забитые, запуганные, приниженные сверстниками, физически слабосильные, к тому же нередко интеллектуально ограниченные, дети и подростки подслушивают, заискивают, подхалимствуют у более сильных товарищей. По отношению ко взрослым они проявляют предупредительность, угодливость, некоторую слащавость, прилипчивость. Часто прибегают ко лжи, обману, притворству. Они завистливы, хвастливы, трусливы, действуют исподтишка, прибегая иногда к доносу. Нередко они раздражительно-капризны, впадают в подавленное настроение по ничтожному поводу, высказывая при этом большое количество ипохондрических жалоб. Все это вместе взятое может дать повод к неправильной диагностике эпилептоидной психопатии (подгруппа адинамичных).

В основном отличия от адинамичных эпилептоидов следующие:

- 1) отсутствие эпилептического отягощения и судорожных припад-

ков в прошлом, 2) конкретное мышление, без какого бы то ни было оттенка вязкости, 3) нерезко выраженные низшие (органические) влечения, 4) значительно подчеркнутое чувство собственной неполноценности, 5) побледнение и исчезновение заострений черт характера при правильно поставленном педагогическом подходе.

В ряде случаев адинамичную эпилептоидию приходится ограничивать от нервности (Nervosität). Обычно это бывает тогда, когда речь идет о детях, пользующихся большим вниманием в семье, но часто неправильно воспитываемых (нередко единственные дети). Отличия следующие: 1) при нервности (Nervosität) отсутствуют в анамнезе указания на бывшие судорожные припадки и эпилептическое отягощение; 2) при Nervosität легкая отвлекаемость, истощаемость внимания, повышенная утомляемость; 3) повышенная психомоторная возбудимость в отличие от подавленного, заторможенного состояния при эпилептоидии; 4) отсутствие вязкости мышления, аффективной прилипчивости; 5) отсутствие аутохтонных колебаний настроения; 6) большое количество вегетативных расстройств; 7) при Nervosität критическое отношение к своим навязчивым состояниям и страхам; 8) резко выраженное чувство собственной неполноценности.

Сравнительно нечасто приходится проводить дифференциальный диагноз между адинамичной эпилептоидией и психастенией, которая, по словам Ж а н е, «есть ослабленная и хроническая эпилепсия». ¹ Отличия от адинамичной эпилептоидной психопатии те же, что были только что указаны при отграничении от нервности (Nervosität), за исключением сравнительно не часто встречающейся при психастении, повышенной моторной возбудимости.

Вот один из таких случаев эпилептоидной психопатии.

П. А., 16 лет. (Наблюдался мною в институте судебно-психиатрической экспертизы.) Обвиняется в изнасиловании двух мальчиков 8 и 10 лет; в качестве помощника вовлек в это дело умственно-неполноценного подростка. При насилие одному из потерпевших угрожал ножом, другого склонил подарками. В предъявленном обвинении после долгих заперательств сознался, но до конца отрицал применение угров.

Отец испытуемого страдает запоем; в пьяном виде придиричивый, раздражительный. В момент аффективной вспышки опасен для окружающих («неоднократно вязали»). Однажды в пьяном виде с ним был судорожный припадок. После вспышки плачет, просит прощения. Дед по отцу религиозен до фанатизма, в дни плохого настроения «посылал бога к черту», избивал домашних до потери сознания; тетка по линии отца скупая, аккуратная, ворчливая. По линии матери (мать, бабушка и две тетки) также встречаются патологические характеры (взрывчатость, раздражительность, скупость, мелочность, обостренная сексуальность). Характеризуя свои отношения с сыном, мать говорит, что она с ним всегда была добрая, справедливая, «дышать без него не могу». Когда испытуемому было 12 лет, она за воровство избивала его до потери сознания так, «что он обмочился, а потом я сама так плакала от жалости к нему, что сознание потеряла, водой отливали».

Испытуемый — от первой беременности, после него было двое детей, рано умерших, и два искусственных аборта. Физическое развитие своевременное; к опрятности приучился повзрослев; до 9 лет страдал ночным недержанием мочи.

¹ Из дальнейшего описания психастении будет видно, что взгляд на нее Ж а н е, как на ослабленную и хроническую эпилепсию, является в настоящее время в известной степени устаревшим.

В детстве был капризным; наблюдались случаи, когда он во время плача «весь заходился», «синел», судорог при этом не было. С 3 до 8 лет страдал ночными страхами, с 9 до 11 лет бывали 1—2 раза в месяц снохождения.

В школу поступил 8 лет, учился посредственно, из класса в класс переходил (дублировал лишь 5 класс). С пятого класса (в 12 лет) к учению охладел, стал прогуливать, начал воровать. Брал только из дома, «очень жалко было брать у своих, лучше бы у посторонних», но «дома мать побьет легче, чем чужие». Однажды во время игры (два лагеря) так «увлекся», что избил «до полусмерти» товарища, тот несколько дней лежал в больнице. В этом же году по неосторожности застрелил из браунинга мальчика; убийством расстроен не был, принимал активное участие в похоронах (плел венки, шел в строю ребят).

С 15 лет поступил на завод учеником. На заводе поранил ножом в спину товарища; объяснил, что тот на него «случайно наткнулся», сильно избил другого товарища.

Несмотря на такое, казалось бы, трудное поведение, о нем дают очень хорошие отзывы. (Объективно эти сведения не проверены, записаны со слов матери.) На дворе все его любило за обходительность, вежливость, услужливость; ласкательно звали «Шуричка». Мастер на заводе хвалил за исполнительность, аккуратность, рассудительность.

«Все были поражены его поступком» (изнасилованием), говорит мать.

При исследовании в институте отмечено: диспластичен, со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений нет. WaR в крови отрицательная.

Движения и речь замедлены, при виде врача на лице появляется просветленная улыбка, он даже слегка как-то по особому вскрикивает и складывает ладони, причем повторяет это по нескольку раз в день при каждой встрече. Всей своей фигурой выражает удовольствие и готовность быть полезным.

В спокойном состоянии хорошо владеет лицом, придавая ему нужное для случая выражение: открытое, доверчивое, доброжелательное; иногда даже как-то любовно смотрит на врача; то делает печальное лицо, грусть в глазах, навертываются слезы, то выражение ласковое, укоризненное («Как это вы могли на меня подумать»). В гневе лицо искажается гримасой, и тогда он уже не пытается придать ему, сколько-нибудь приличное случаю, выражение.

Говорит тихим, вкрадчивым голосом, детален в изложении, обстоятелен; близким дает несколько слащавые характеристики и только настойчивым расспросом, окольными путями удается выяснить, отрицательно характеризующие его семью, факты.

Очень осторожно дает сведения о себе. Рассказывая о своей чувствительности, как бы смущается и в то же время любит себя. В смягченной, затуманенной форме передает факты, рисующие его жестокость. Мягкая повествовательная манера рассказа, ласковая улыбка резко дисгармонирует с излагаемыми фактами исключительной жестокости. «Маленький был, по лесу очень любил ходить, цветочки, ягодки собирать. Грибок найдешь, вот то-то возрадуешься... птичек очень люблю, красивенькие они такие»... И дальше выясняется, что он брал с собой рогатку и стрелял птиц, нравилось, когда они падали с дерева и жалко было и приятно было держать в руке их тепленьких».

«Котик у меня был, ласковый такой; все умел делать, через руки прыгал» и оказывается дальше, когда этот кот заболел, он понес его к ветеринару; по дороге кот выскочил из корзины, оцарапал ему руку. Догнав kota, он схватил его за ноги и стал бить головой о столб. После этого «плакал от жалости, мазал его мазью, пластырь накладывал».

При расспросе по делу об изнасиловании сбивается с тона, поза делается напряженной, лицо враждебное, злое, педит слова сквозь зубы.

Отвлеченный вопросом о том, как бы он хотел устроить свою жизнь, рассказывает, что поселился бы в одной комнате с матерью, но чтобы у него был обязательно свой уголок. В комнате должен быть порядок, чистота, белье, занавесочки, цветочки; постель покрыта кружевным одеялом. «Люблю, чтобы в жизни был порядок»... «Товарищей бы имел только разумных, вежливых, работающих, а не хулиганов». Хулиганов не любит, избегает их. «Сильномо я уступлю, со слабым же обязательно разделаюсь». И действительно, в отделении с более сильными сверстниками отношений не портит, подслуживается к ним; сам

дисциплину нарушает исподтишка, подбивая на это младших. Им же рассказывает циничные анекдоты, прижимает их, гладит по голове, называет ласкательными именами. Видит сексуально окрашенные сны.

На классных занятиях и в мастерской исполнительен, аккуратен. Интеллектуальное развитие достаточное, культурный уровень низкий.

За время пребывания в институте (2 месяца) резкая аффективная вспышка наблюдалась всего один раз (не перевели в другую палату), цинично ругался, расшвыривал вещи, пытался ударить няню, успокоился с трудом. Все же под внешним спокойствием всегда чувствуется напряженность, внешняя ласковость, приветливость, услужливость сочетаются с расчетливостью, черствостью, резким эгоцентризмом, старается не опустить своих выгод. Когда ему кажется, что его в чем-нибудь обошли, сначала угодливо, но навойливо просит, затем начинает требовать, далее проскальзывают угрожающие ноты, которые переходят в влобно-раздражительный тон. (Хорошо учитывает обстановку института и свое положение в ней, как подэкспертного, а потому и сдерживает себя, лишь один раз, как упоминалось, прорвался в аффективной вспышке).

Признан ответственным в совершенном преступлении.

Диагноз: *эпилептоид*.

XVII. ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ.

Патологическое развитие (ограниченные задержки развития).

Истероиды. Если большинство клиницистов высказывается за существование известной биологической и генетической связи эхиноидной, циклоидной и эпилептоидной психопатии с соответствующими болезнями, то в отношении истероидных психопатов взгляд на существование подобной связи с истерией (сама истерия рассматривается как реакция) целым рядом авторов совершенно не разделяется, в согласии с чем мы и выделяем истероидов из группы конституциональных психопатов.

Ганнушкин главными особенностями психики истероидов считает: «1) стремление во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих и 2) отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и к самому себе (искажение реальных соотношений)». Ясперс формулирует эти особенности психики, «как стремление казаться больше, чем есть на самом деле». Стремление обратить на себя внимание, не быть похожим на всех, чем-нибудь выделиться от окружающих — можно подметить у истероидов уже в раннем детстве. Это стремление нередко толкает истероидов на путь эксцентричности (выход из центра общепринятого) в costume, манере себя держать (позерство, театральность, ходульность, манерничанье, рисовка), в своеобразных вкусах и привычках (например, есть то, что у других вызывает отвращение) и т. д. Во всех поступках часто сквозит желание быть оригинальными с расчетом на внешний эффект, на зрителя. В более старшем возрасте они стремятся быть «законодателями моды», застрельщиками, зачинщиками всего нового. Нередко, копируя поведение взрослых, пускаясь в несвойственные их возрасту рассуждения, они обнаруживают вместе с тем своеобразную инфантильность (детскость) психики (т. е. в их развитии возникают черты, свойственные их возрасту, но целиком не отмирают черты предшествующего возраста). Например, у школьника наряду

с суждениями и интересами его возраста сохраняются интересы дошкольника и т. д. (девочки-подростки играют в куклы).

Сравнительная бедность их интеллекта скрывается за своеобразной зрелостью и умением разбираться в житейских вопросах, за их повышенной болтливостью, несистематически нахватанными знаниями, за их богато эмоционально окрашенными суждениями. При более близком знакомстве с ними нетрудно подметить, что ассоциации их поверхностны, мышление конкретно, кругозор ограничен, критика своих поступков ослаблена. При ответах на вопросы, доступные их пониманию, — остроумны, предупредительны, эмоционально оживлены; при сколько-нибудь затруднительных для их интеллектуального развития вопросах становятся капризными, раздражительными, грубыми, упрямыми.

За всякую работу берутся с большим подъемом, но быстро к ней охладевают и, остыв, возвращаются лишь после настойчивых требований, но все же и в таких случаях не всегда доводят работу до конца. В работе требуют постоянного поощрения, ищут похвалы, повышенной оценки. Неспособность к длительному напряжению в работе приводит к тому, что они постоянно меняют одно занятие на другое, всегда ссылаясь при невыполнении задания на «объективные причины», никогда не признаваясь в своей несостоятельности. При неудаче крайне легко впадают в подавленное настроение, но малейшее отвлечение их внимания, переключение их интересов, шутовское замечание и т. п. снова возвращают им прежнее бодрое настроение. Изменчивость их настроения настолько велика, что в течение дня настроение меняется несколько раз. Аффекты их нестойки, легкопроходящи, и часто с еще не высохшими глазами ребенок снова зарывательно смеется.

Несколько обобщая и схематизируя, можно представить себе пропорцию истероидов в следующем виде: *восторженность, привязчивость уживаются с полным безразличием, равнодушием или острой ненавистью; ласка, любовь, доброта — с гневом, злобой, жестокостью; настойчивость, упрямство, доходящее до негативизма — с беспрекословным послушанием, повышенной внушаемостью, при этом избирательной, связанной с стремлением быть в центре внимания; бессилие, слабость, неспособность к длительному напряжению — с выдержкой, настойчивостью, выносливостью (когда этого требует «зритель»); трусливость, страх перед физической болью — с полным бесстрашием; расчетливость, скупость — с безудержной расточительностью.* Все это тесно переплетено у истероидов и в зависимости от внешних условий в рисунке их психики резко выявляются то одни, то другие черты. Образно говоря, для посторонних часто надевается нарядная, привлекательная одежда, в то время как дома ходят в затрапезном, неряшливом платье, т. е. приветливы, общительны, обворожительны, предупредительны с посторонними, — в домашнем быту нередко эгоистичны, сварливы, капризны, раздражительны и т. д.

Подобному маскараду очень помогает *косметическая ложь*: украшение своей часто бледной, незначительной, невзрачной лич-

ности вымыслом. Так например, трусливый подросток рассказывает о своей мнимой храбрости; недалекий, ненаходчивый — о слышанных им от других остроумных проделках, которые он приписывает себе; хитрый — о простодушии; неудачник — о своих любовных приключениях и победах. В других случаях эта «косметика» принимает не столько приукрашающий характер, сколько та или иная краска (выдумка) накладывается резким пятном, чтобы оттенить quasi дурные стороны и тем самым сделать личность заметной, интересной, оригинальной. Их слабость прихвастнуть очень быстро подмечается сверстниками, которые дают им прозвище «звонарей», «заливал» и т. п.

В тех случаях, когда наряду с косметической ложью, с повышенной склонностью к выдумке, сочинительству видное место занимает болезненное стремление к признанию, величию, причем избыточная фантазия стимулирует стремление к величию — говорят о *pseudologia phantastica*.

В понимании природы псевдологии единства мнений не существует: одни авторы рассматривают ее как симптомокомплекс, возникающий реактивно и встречающийся при различных психических заболеваниях; другие считают ее свойством истерической личности; третьи выделяют псевдологию, как особый вид психопатической конституции. Подобное выделение самостоятельной псевдологической конституции нам кажется теоретически недостаточно обоснованным и практически мало оправданным, так как провести дифференциальный диагноз между истероидом и псевдологом обыкновенно крайне затруднительно. Поэтому мы и описываем здесь псевдологию лишь как симптомокомплекс, характерный для патологического развития личности и встречающийся чаще у истероидов.

Различия между полами у истероидов намечаются уже в раннем детстве. Симсон у девочек-дошкольниц отмечает повышенный интерес к своей внешности, что находит свое выражение в постоянном смотре в зеркало, в украшении себя бантиками, ленточками, в настойчивом требовании нарядов и т. п. Иногда 4—5-летние девочки прибегают к косметике: мажут углем брови, красят губы, пудрятя и т. д. Более рельефно различия между полами отмечаются в период полового созревания, когда у девочек обостряется капризность, раздражительность, резкое заострение внимания на своем соматическом состоянии, что сказывается в большом количестве ипохондрических жалоб (выдумывают и рассказывают о своих «неизлечимых» болезнях, об упорной бессоннице и т. д.). Девочки становятся замкнутыми, надевают на себя маску разочарованности, «пресыщенности» жизнью; часто уносятся в мир несбыточных фантазий и грез. По сравнению с девочками у мальчиков в этот период настроение ровнее, но обостряется косметическая ложь. В строении тела и моторике больших различий между полами, за исключением более частого у девочек инфантильно-грациального сложения, не отмечается. Моторика — плавные, закругленные, мягкие, пластичные, ритмичные движения; при значительном силовом напряжении или дли-

тельной, непривычной работе движения становятся угловатыми, резкими, размашистыми.

При лечебном и педагогическом подходе к истероидам следует учитывать их стремление казаться больше, чем есть на самом деле. В таких случаях не бесполезно дать ребенку возможность на опыте показать свою несостоятельность, после чего в проводимых индивидуальных беседах оттенить его отрицательные свойства, обязательно указав на имеющиеся у него положительные качества. На этом положительном и должна быть построена воспитательная работа. Очень важно, путем дозировки занятий, добиваться их аккуратного выполнения. Помогать в работе следует путем подбадривания, поощрения, игнорирования жалоб на невозможность справиться с работой, но не вышучиванием, высмеиванием, как это, к сожалению, иногда имеет место. В детском коллективе необходимо подобрать соответствующую способностям ребенка роль, постоянно контролируя выполнение взятых им на себя обязанностей. Эта роль не должна быть такой, чтобы в ней выпячивалась личность ребенка («скромное амплуа», вторые роли). Обучаться и воспитываться истероиды могут в массовой школе; в случаях резкого заострения черт характера — в санатории для невротиков.

Дифференциальный диагноз. От истерии истероидная психопатия отличается отсутствием психогенно возникающих психических и соматических расстройств, среди которых неврологические симптомы занимают преимущественное место (расстройства чувствительности, параличи, припадки, вазомоторные расстройства и т. д.).

Сравнительно не часто, но все же могут в отдельных случаях возникнуть сомнения при отграничении истероидов от детей с явлениями нервности (*Nervosität*). Эти сомнения имеют место, когда у истероидов особенно рельефно бывает выражена быстрая истощаемость, повышенная раздражительность, большое количество эпихондрических жалоб, склонность к страхам, кошмарным сновидениям и т. п. Отличием может служить то, что при *Nervosität* детям не свойственны стремления казаться больше, чем они есть на самом деле, эксцентричность, резкий эгоцентризм, косметическая ложь, театральность, позерство, ходульность и т. д.

Значительно чаще затруднения в дифференциальном диагнозе встречаются в тех случаях, когда речь идет о так называемом единственном, плохо воспитанном ребенке. Ребенка заласкивают, балуют, исполняя малейшую его прихоть, каприз. Не привыкший к отказам, ребенок дает на них бурную аффективную реакцию (слезы, плач, крик) или проявляет резкое упорство, когда родители почему-либо бывают не в состоянии удовлетворить его повышенные требования, прихоти, желания. Находясь исключительно в обществе взрослых, ребенок часто подражает им в манерах, в разговоре, привыкает жить их интересами, в силу чего у него наряду с интересами более старшего возраста часто не отмирают и интересы предшествующего возраста, что создает внешнее впечатление своеобразной мозаичности, а иногда инфантильности его психики. Нахватавшиеся от взрослых несистематические знания делают такого ребенка в гла-

зах окружающих его близких лиц Wunderkind'ом (чудо-ребенок), его выставляют напоказ, захваливают, восторгаются его часто мнимыми способностями и талантами. Привычка постоянно находиться в центре общего внимания вырабатывает резкий эгоцентризм, стремление во что бы то ни стало казаться больше, чем есть на самом деле, а отсюда повышенная самооценка, хвастливость, а нередко и позерство, рисовка.

Очень часто из-за обостренной боязни повредить здоровью ребенка родители всячески оберегают его от переутомления, выполняя за него несложную и вполне доступную для него физическую работу, помогая ему в самообслуживании, в школьных занятиях и т. д. В связи с этим ребенок фиксирует свое внимание на здоровье, выискивая всевозможные жалобы (головная боль, усталость и т. д.), чтобы только отделаться от неприятной работы и занятий; в результате — неспособность к длительному напряжению в работе, усидчивости, выдержке. При малейшей неудаче работа не доводится до конца; при выполнении работы — требование похвалы, награды, повышенной оценки.

В детском коллективе, где подобные дети со стороны сверстников встречают резкое противодействие своим повышенным требованиям, где с их желанием и настроением не считаются, они на первых порах нередко крайне плохо приживаются; в отдельных случаях их приходится брать из детского учреждения, так как они «убегают в болезнь» (дают истерическую реакцию).

Обобщая сказанное, нетрудно видеть, что неправильно воспитанный «единственный ребенок» часто бывает эмоционально неустойчив, капризен, упрям, раздражителен, эгоцентричен, стремится обращать на себя внимание, хвастлив, рисует, позирует, жеманничает, неспособен к выдержке, к длительному напряжению в работе, отличается капризным апшетитом, плохим сном и т. д. Все эти черты внешне сближают его с истероидом.

Отличия от истероидов в целом ряде случаев представляют громадные трудности, и нередко вопрос решается лишь только после длительного наблюдения, когда по отношению к этим детям меняется воспитательский подход. В таких случаях можно видеть, как постепенно снимаются напластованные черты, и ребенок обнаруживает подлинное ядро личности. Иногда это снятие шелухи происходит довольно быстро, когда ребенок помещается в хорошо организованный детский коллектив, где к нему внимательно и вдумчиво относятся. Нередко при возвращении в ту же самую обстановку, где к ребенку продолжают попрежнему неправильно относиться, наступает сравнительно быстрый рецидив.

Несмотря на указанные трудности, все же некоторую опору при диагностике этих случаев можно найти в указаниях: 1) на неправильный воспитательный подход; 2) на меньшую эксцентричность в поведении ребенка; 3) на преобладание у него скорее фантастики, чем косметической лжи; 4) на его большую привязанность к родным, близким, товарищам; 5) на сравнительную длительность застревания на отрицательно окрашенных аффективных переживаниях;

б) на его меньшую житейскую зрелость, а в связи с этим недостаточную приспособляемость, беспомощность в житейских вопросах.

Для лучшего усвоения сказанного об истероидах приведем следующий случай.

П. Ю., 16 $\frac{1}{2}$ лет. (Испытуемую я наблюдал в Институте судебно-психиатрической экспертизы.) Из семейного анамнеза известно: отец умер рано, точных сведений о нем и его родных нет (анамнестические сведения дает тетка испытуемой). Мать часто меняет службу, все быстро надоедает; неустойчивая, общительная, фантазерка, недурно играет в любительских спектаклях, поет. Из трех братьев испытуемой один молчаливый, угрюмый, застенчивый, двое других — общительные, веселые, неустойчивые, выдумывают всякие небылицы, в которых им отводятся первые роли. Две старших сестры — неустойчивые; одна из них с частыми сменами настроения, другая — кокетлива, много внимания уделяет своей внешности.

Испытуемая в семье младшая. Физическое и психическое развитие своевременное. В детстве ее очень баловали, рассказывали всевозможные сказки, скоро и она сама начала выдумывать различные истории, в которых она являлась героиней. Рассказывала эти истории родным, вымыслы ее пользовались успехом. С детьми легко вступала в контакт, хотя часто ссорилась с ними из-за стремления командовать. Семи лет ее отдали в балетную школу, где вскоре выдвинулась; мечтала о сцене, о славе, большое внимание уделяла наружности, пользовалась «любовью и восхищением подруг», которых привлекала своими фантастическими рассказами. В 13 лет по настоянию матери была переведена из балетной школы в массовую (в 6 класс), переводом была очень недовольна, много плакала. Раздражало, что в этой школе на нее никто не обращал внимания; однако, вскоре привыкла. Попрежнему много фантазировала; уходя со своими сверстницами в лес, рассказывала им различные вымышленные истории в стиле бульварных романов «о шикарной жизни». Учение давалось легко, хорошо писала сочинения, дома с матерью занималась иностранными языками.

В 15 лет кончила 7 классов; лето проводила с подругами, посещала гуляния и парки. Осенью поступила в строительный техникум, через неделю его бросила, — показалось скучно. Послала заявление в один из московских вузов, ответа не получила и потихоньку от родных уехала в Москву. Разыскала тетку и часть времени жила то у нее, то в семье, с которой познакомилась в дороге. В этой семье рассказывала, что дочь тетки повесилась на люстре, поэтому среди родных сейчас большие нелады, в силу чего она и принуждена просить временное пристанище. Прожив таким образом месяц в Москве, уехала к замужней сестре в Грозный. Здесь не понравилось: «Грозный — тихий, скучный городок», а ее тянуло «к шумной жизни, жизни, полной приключений». Взяла потихоньку у сестры 200 рублей, заграничное пальто (заграничный берет у нее был). С фотографическим аппаратом в заграничном футляре через плечо, без всяких вещей снова поехала в Москву. В Харькове вышла на перон, и здесь ей «вдруг понравилось»... «Мне казалось, что должно случиться что-то необыкновенное, вдруг кого-нибудь встречу, и жизнь сразу развернется блестящая и яркая, или я что-нибудь найду. Поживу два дня в гостинице, а за это время что-нибудь необычайное случится». В таком настроении бродила по улицам Харькова, к ней подошел иностранец, заговорил с ней по-немецки; на ломаном языке, состоящем из смеси немецких, английских и испанских слов, объяснила ему, что она иностранка, что ее переводчик скрылся, похитив документы и деньги. Немец отвез ее в гостиницу Интуриста, где она, назвавшись мексиканкой Бианка да-Лавидро, повторила ту же версию. На ее счастье переводчика испанца в Интуристе не оказалось, и после некоторых расспросов ее через пару дней отправили в международном вагоне в Москву. Здесь повторилось то же самое: переводчик испанец ее не понял, а она объяснила, что ей нужно в Ленинград, и, получив билет, оставив фотоаппарат у швейцара, чтобы не вызвать подозрений, улучила удобный момент и скрылась. Билет продала, купила другой, объяснив в кассе, что она иностранка, едущая в Одессу. В Одессе, Киеве и в целом ряде других городов повторялась та же версия, ее усаживали в мягкий вагон и отправляли в называемый ею город.

Когда таким образом она снова попала в Москву, то вызвала подозрение: заметив это, потихоньку ускользнула в Ленинград. Здесь она встретила с одной иностранкой, женой профессора этнографа, рассказывала ей очередную небывлицу о своих где-то оставленных родных. Эта семья приняла в ней участие и добилась для нее в Интуристе, который отнесся к ней подозрительно, помощи и содействия. Боясь разоблачений, снова ускользнула от внимания Интуриста и, встретившись в поздний час с каким-то «хорошо одетым гражданином», повторила свою версию о беспомощной иностранке. Тот купил ей билет до Москвы. В Москве она заболела, была помещена в больницу, здесь познакомилась с больной, она-завшей преподавательницей пения. Рассказывала, что она дочь певицы М., мать ее на гастролях в Ленинграде, она же убежала из дому, и теперь ей некуда деться. Та приняла в ней участие, и по выходе из больницы испытуемая некоторое время жила у этой гражданки. Эти дни она бесцельно бродила по Москве, пока однажды в музее изящных искусств не познакомилась с каким-то гражданином, которому снова выдала себя за обворованную иностранку, указав вымышленный адрес временного проживания ее родителей. Тот послал по указанному адресу телеграмму, ее же устроил на ночлег к своей знакомой. Последняя встретила ее очень приветливо, расспрашивала о жизни за границей, показывала ей свои заграничные туалеты. Уложила ее спать в той же комнате, где в незапертом шкафу висели только что показанные платья. «У меня разгорелись глаза и прочно засела мысль, что я должна иметь эти платья». Ночью она потихоньку ушла, унеся с собой два платья, жакет и сумку, в которой оказалось 50 рублей. Днем в парикмахерской познакомилась с гражданкой, заинтересовавшейся «юной беспомощной иностранкой», пошла с ней в кафе, затем вместе поехали к ней домой, но в трамвае произошла случайная встреча с той, у которой она похитила заграничные платья. Шум и крик, который подняла в трамвае обворованная гражданка, появление милиционера, предложившего ей следовать в отделение, ее нисколько не испугали. Наоборот, было даже «приятно, что все на меня смотрят, обо мне говорят», а в милиции было «очень интересно, совсем как в книжке, как об этом я до сих пор только читала». Была судима; комиссией по отбору направлена для экспертизы в институт.

При обследовании в институте отмечено: очень миловидная девушка, с мягкими изящными движениями, гибкая, грациозная, с тонкой живой мимикой, детски доверчивым, открытым взглядом. Со стороны внутренних органов и нервной системы отклонений нет. WaR в крови отрицательная. Менструации еще не начались.

Держит себя непринужденно, в контакт вступает легко, говорит о себе, что у нее с детства «манера врать». Ко всему проделанному ею относится без должной критики, ничего особенно плохого в этом не видит и все объясняет тем, что она не может не выдумывать, «когда я не выдумываю, мне скучно». Признается в том, что она никогда не думает о будущем: «мне представляется, что все будет только хорошее, как в моих мечтах». А мечтает она о комфортабельной, красивой жизни, в которой всего было бы вдоволь, где «была бы обо всем заботящаяся прислуга», она же сама играла бы на пианино, рисовала, посещала театры и была бы киноактрисой. Она хотела бы иметь такие платья, «которых ни у кого нет, всем нравиться, и чтобы все о ней говорили». «Огромное количество публики, которая не сидит, а стоит в зале, аплодирует, овации, а на сцене я в красивом костюме». Все в будущем светло и прекрасно, но как все это устроится, она себе совершенно не представляет. Перспектива лишения свободы, пребывание в условиях дома заключения ее не особенно беспокоит, «ведь не всегда же я буду сидеть, выпустят меня, и тогда все еще будет».

Относясь доброжелательно ко всем окружающим, она в то же время ни к кому не привязана, никого не любит: «нет человека, с которым мне было бы жалко и трудно расстаться». Все изживается очень легко: «Мне даже стыдно не бывает долго», «тяжелое у меня бывает редко, и я сразу об этом забываю», «я не могу долго сердиться». Собственной линии поведения нет, она внушаема, нередко перенимает чуждый ей тон и выражения.

Интеллектуальное развитие вполне удовлетворительное; запас школьных знаний соответствует полученному образованию.

Диагноз: *псевдологический симптомокомплекс у истероидной личности.*

Астеническое развитие. В эту группу патологического развития мы относим Nervosität (нервность) и психастению. В отношении последней Крепелин указывает на некоторое родство навязчивых состояний с элементами навязчивости, что бывает свойственно детям младшего возраста. «На психастению таким образом — пишет Гиляровский — можно смотреть как на психику, остановившуюся на известной стадии своего развития».

Нервность (Nervosität). Астеническое развитие у детей чаще встречается в виде нервности (Nervosität), реже психастении. Первые симптомы Nervosität проявляются уже в грудном возрасте. Эти дети обыкновенно повышено чувствительны к различным внешним раздражителям (свет, шум, громкий разговор, неприятные ощущения и т. д.), на которые дают крайне бурную реакцию в виде вздрагиваний, крика, плача, двигательного беспокойства. Даже в тех случаях, когда раздражитель устранен, успокоение наступает не сразу, и нередко возврат к состоянию психического равновесия затягивается на длительное время: могут кричать часами и, успокоившись на короткий момент, снова начать плакать. Обыкновенно отмечаются также нарушения сна (частые просыпания, бессонница и т. д.). Непорядки со стороны желудочно-кишечного тракта сказываются плохим сосанием, срыгиванием, запорами, поносами. Про таких детей матери нередко рассказывают, что они росли беспокойными, капризными, крикливыми, требовательными, настойчивыми, упрямыми — «блажными», как они их часто характеризуют. Эту характеристику нельзя целиком принимать на веру, так как нередко случаи, где неправильная реакция ребенка зависит от недостаточного умелого ухода за ним.

На втором году жизни ребенка все эти симптомы несколько стихают е тем, чтобы снова обостриться к концу третьего года, когда особенно заметно выступают расстройства со стороны вегетативной нервной системы (капризный, избирательный аппетит, отказ от жесткой пищи, долго держат пищу во рту, не жуя, или лениво разжевывая, тошнота, рвота, запоры, поносы; сухость кожи и рта или, наоборот, повышенная потливость, усиленное слюноотделение; беспокойный сон, бессонница, энурез, заикание, онанизм и т. д.).

При возбуждении отмечается иногда резкая пятнистая окраска лица, в отдельных случаях сплошное покраснение всего туловища.

К этим расстройствам нередко присоединяются вялость, апатичность или иногда повышенная психомоторная возбудимость (суетливость, перебирание предметов, «беспокойные руки», крайняя подвижность, шумливость). Сравнительно часто встречаются жалобы на скуку; отсутствие интересов и желаний, безразличие, усталость перемежаются с повышенной жаждой к удовольствиям и новым впечатлениям, повышенным жизненным тонусом. В этот период развития ребенка обращают на себя внимание его обостренные раздражительность и пугливость (страх при виде незнакомых лиц, предметов).

В дальнейшем несколько сглаживаясь, все эти симптомы снова резко обостряются в конце дошкольного возраста, когда (особенно в связи с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку) бросаются

в глаза его пониженная, по сравнению со сверстниками, работоспособность, быстрая утомляемость, легкая истощаемость и отвлекаемость внимания. Заикание и энурез, которые иногда совсем проходят или значительно сглаживаются в период 4—6 лет, снова возобновляются с тем, чтобы принять в дальнейшем более или менее стойкий характер. Нередко в это время снова резко обостряются (часто обнаруживавшиеся и ранее, но не так рельефно) навязчивые состояния, страхи (боятся темноты, прикосновений к себе, боятся животных, незнакомых людей и т. п.). В одних случаях отмечаются застенчивость, робость, подозрительность, склонность к уединению, одиночеству, в других — некоторая наигранность, разболтанность, склонность к упрямству, бурным аффективным разрядам, агрессивным действиям.

Несмотря на такое различие в реакциях (мимозоподобность на одном полюсе, агрессивность на другом) они имеют один общий источник, вытекающий из обостренного чувства собственной неполноценности, чрезмерной ранимости, повышенной впечатлительности к переживаниям, слегка выходящим из рамок обычных житейских невзгод и происшествий. Подобное чувство собственной неполноценности нередко заставляет их играть в детском коллективе подчиненную роль, искать поддержки, помощи у более сильных, избегать ответственных поручений, ступенькаться, отходить на задний план. Всякую неудачу они переживают крайне болезненно, давая иногда более или менее длительную депрессию. Подбадривание, отвлечение внимания, переключение интересов успокаивают не надолго, и они снова склонны концентрировать эмоциональные переживания вокруг своей неудачи.

Благодаря нормальному интеллекту при поддержке, поощрении они справляются с работой и, будучи заинтересованными, способны в отдельных случаях проявить длительное напряжение, забывая об усталости. Не последнюю роль играет при этом напряжении также и самолюбие ребенка, из-за которого он не хочет прервать работу, чтобы не быть хуже сверстников. Если же работа не дается сразу, малоинтересна, недостаточно эффективна, если в исполнении ее они предоставлены самим себе, то часто у них нехватает выдержки довести ее до конца. В таких случаях они нередко дают бурную аффективную реакцию, так как повышенная раздражительность является также одной из особенностей их психики. Аффект гнева обыкновенно бывает нестойким и очень часто сменяется самообвинением, плачем, обещанием себя сдерживать с тем, чтобы через некоторый промежуток времени снова повториться.

Обыкновенно раздражительность усиливается в период полового созревания. Пубертатный возраст, характеризующийся иногда и в норме некоторым отрывом от действительности, повышенной склонностью к фантазированию, стремлением заниматься отвлеченными вопросами, у невротиков выявляется особенно резко, что сближает внешнюю картину их поведения с шизоидами. Эту близость особенно подчеркивает наблюдающаяся иногда склонность к стереотипиям, манерничанью, крайняя застенчивость, стрем-

ление к уединению, отгороженность от окружающего, но их «мимовоподобность не является результатом аутистического ухода от жизни, а лишь проявлением чрезмерной чувствительности» (Ганнушкин). В этот период крайне обостряется чувство собственной неполноценности и малейшая неудача нередко вызывает разговор о желании покончить с собой, иногда и переход от слов к действию.

Моторика их более или менее плавная без большого количества излишних движений, с некоторым западением одновременных движений. Они достаточно ритмичны, темп — крайне изменчив. В период полового созревания моторика становится крайне неуклюжей, много угловатости, разболтанности, порывистости в движениях.

Отличия между полами можно отметить уже в дошкольном возрасте: у девочек нередко аффективные вспышки сопровождаются припадками истерического характера, иногда мелкой дрожью всего тела. Они более робки, застенчивы, более склонны к слезам, чаще дают реактивную депрессию и к тому же более длительного характера, чем мальчики; у них также отмечается большее количество вегетативных расстройств и ипохондрических жалоб. В период полового созревания у девочек менее выражена склонность заниматься отвлеченными вопросами, больше — уход в мир фантазий и грез.

Такова в общих чертах картина нервности (*Nervosität*), *основным ядром которой являются раздражительная слабость и истощаемость нервной системы*, что сказывается: в повышенной утомляемости, чрезмерной впечатлительности и ранимости, в резко выраженном чувстве собственной неполноценности, концентрации эмоциональных переживаний вокруг собственных неудач, в обилии симптомов со стороны вегетативной нервной системы.

Психастения. Психастения, как другая разновидность астенического развития, часто не может быть отграничена в детском возрасте от нервности (*Nervosität*): *общий фон у них один и тот же, и первые штрихи психастенического узора на этом фоне еще настолько не отчетливы, что по ним трудно угадать будущий рисунок.* Более отчетливо психастения проявляется лишь к концу предпубертатного возраста, у детей же младшего возраста на общем астеническом фоне приходится лишь отмечать элементы повышенной тревожности и мнительности.

У психастеников обыкновенно наблюдается *тревога, боязнь перед воображаемыми опасностями*, перед тем, что еще только может случиться, в то время как при реальной опасности они нередко проявляют достаточную решительность, сопротивляемость, находчивость, бесстрашие, снова переживая тревогу, когда опасность уже миновала, ожидая для себя грозных, непоправимых последствий от случившегося. В раннем детстве — это опасения за своих близких (не случилось бы чего с ушедшей из дому матерью, не заболел бы кто-нибудь из родных и т. д.), тревога за свое благополучие (не сгорел бы дом, не ограбили бы), боязнь чужих людей, страх перед неизвестными предметами. С возрастом присоединяются опасения, что не справится с порученной ему работой, опоздает в школу, не

сможет как следует ответить урок и т. д. Поэтому нередко школьники встают спозаранку, приходят в школу первыми, по нескольку раз собирают свои учебные принадлежности, постоянно проверяя, не забыли ли они чего-нибудь, пристают к близким с просьбами проверить их знания и т. д.

Этот постоянный контроль над собой, вечные сомнения, так ли они делают, правильно ли поступают, приводит к тому, что они требуют от окружающих постоянных успокоений, подбадривания, заверения, что все обстоит благополучно. Но подобные заверения и уговоры действуют успокаивающе лишь на короткий момент, так как им начинает казаться, что за этим должен скрываться иной смысл, другое значение, а потому, критикуя подбадривания, они снова возвращаются к самопроверке, самоконтролю.

Неудивительно, что какое-нибудь пустячное для другого ребенка дело, для них является крайне мучительным, работу они выполняют медленно, так как переделывают ее по нескольку раз. Иногда в поисках более интересной детали, красивого аксессуара в работе, они остальную часть выполняют небрежно, неряшливо, потому что для тщательного выполнения нехватает ни времени, ни достаточного сосредоточения, напряжения внимания. В работе нередко педантичны, аккуратны; всякое отступление от принятого порядка, изменение в плане работы встречается ими с недоверием, опасением, боязнью не выполнить работы. Иногда уже одно назначение срока выполнения работы может привести к ее срыву, так как в подобных случаях большая часть времени уходит на размышления, разговоры, проистекающие из сомнения не успеть к назначенному сроку. Выполнив работу, они непременно хотят тотчас же узнать ее результаты, потому что всякое ожидание для них крайне тягостно, мучительно: мешают все те же сомнения и тревога.

Нерешительные и робкие, они становятся подчас настойчивыми, нетерпеливыми, требовательными, «приставучими», когда замедлен ответ, затруднено выполнение желания, задержано приведение в исполнение принятого ими решения. Реакция на неудачу чаще — слезы, замыкание в себя, реже — аффективные вспышки, кончающиеся разрушением начатой работы, иногда криком, бранью, переходящими в искреннее раскаяние и самобичевание.

Постоянные мучительные сомнения, неиссякаемая тревога придают их настроению депрессивный фон и в то же время приводят их к сознанию собственной неполноценности. Их конфузливость, застенчивость, когда они не решаются сделать то, что считали бы необходимым (выразить чувство признательности, поблагодарить за услугу, высказать искреннее сожаление, раскаяние), создают иногда у окружающих неправильное представление о них, как об эмоционально-тугих, неблагоприятных, эгоистах.

Моторика их, когда они предоставлены самим себе, более или менее удовлетворительная, но они тотчас же становятся неуклюжими, нерасторопными, порывистыми, угловатыми, когда на их движения обращено внимание окружающих. Нередко бросаются в глаза особенности их речи: резко меняющийся темп, частые остановки,

придыхания, слабая дикция. Часто у них встречается заикание, сравнительно мало заметное, когда они находятся в кругу близких лиц, и резко усиливающееся в незнакомой, непривычной обстановке. Эта речевая недостаточность обыкновенно еще более ухудшает их сознание своей неполноценности.

Застенчивые, боязливые, постоянно ожидающие для себя грядущих неприятностей, они стараются обезопасить себя от них путем различных действий, приобретающих впоследствии навязчивый характер. Так, например, случайное совпадение между хорошо отвеченным уроком и как-нибудь по особому надетой в этот день фуражкой приводит к тому, что манера таким образом надевать фуражку начинает практиковаться не только перед уроком, но и при всякой другой выдуманной или действительной опасности. Подобного же рода уловки защитного характера, освобождающие их в известном смысле от тревожных сомнений, встречаются в виде сосчитывания числа шагов, повторения по несколько раз какой-нибудь фразы, сопровождения речи особой жестикуляцией и т. п. В дальнейшем подобные действия принимают навязчивый характер, и, отлично сознавая всю их нелепость, неосновательность, психастеники не в состоянии от них отделаться.

Возможны и другие механизмы развития навязчивых явлений, когда, например, сильное аффективное состояние становится причиной того, что случайное представление, бывшее в сознании одновременно с неприятным переживанием и как бы зафиксированное им, впоследствии приобретает навязчивый характер. Один из пациентов нашей клиники должен был обязательно считать до 200 перед каждым приемом пищи. Вскрытый механизм этого состояния таков: отец сильно запил, семья стала испытывать лишения, в связи с чем мать поступила на работу; чтобы скоротать время ожидания возвращения матери с работы, ребенок становился у окна и думал: «досчитаю до 200, придет мама и даст есть». Впоследствии, когда нужда миновала, он перестал считать, но как только спустя значительное время снова запил его отец, у него появилось непреодолимое стремление считать перед едой. Он не мог объяснить, почему он должен считать, но если он прерывал счет, его беспокоила мысль, что случится какая-то непоправимая беда.

На других механизмах мы останавливаться не будем, так как, указав на многообразие этих механизмов, хотим особенно подчеркнуть, что навязчивые явления — всего лишь признак, встречающийся не только у психастеников (у них он сравнительно част), но также и при других формах психопатии и при некоторых заболеваниях (например, эпидемический энцефалит). При оценке навязчивых состояний у психастеников нужно иметь в виду всю совокупность их личности, *основным ядром которой является крайняя нерешительность, боязливость, постоянная склонность к сомнениям, повышенная впечатлительность и от астенического фона — раздражительная слабость и истощаемость нервной системы и психики.*

Различия между полами выступает более или менее рельефно лишь в предпубертатном возрасте. Мальчики более раздражительны,

чаще реагируют аффектами, вспышками, девочки — слезами, ипохондрическими жалобами. Депрессивное настроение у девочек носит более выраженный характер, депрессии их более длительны. Несколько менее по сравнению с мальчиками выражены у девочек нерешительность, конфузливость и малая продуктивность в работе. Моторика у девочек более закруглена, речевая недостаточность меньше обращает на себя внимание.

Дети невротики (*Nervosität*) и психастеники с их повышенной ранимостью, чувствительностью нуждаются при воспитании и в поощрении, подбадривании, указании на их положительные качества. При навязчивых состояниях — в психотерапевтическом воздействии. В работе, учении от них следует требовать того же, что и от их здоровых сверстников, не давая им повода для недооценки собственной личности. В детских общественных организациях на первых порах им следует давать роль, не связанную с большой ответственностью, но все же достаточно эффективную для самоутверждения личности. В большинстве случаев они могут обучаться и воспитываться в массовой школе; при резко заострившихся чертах характера нуждаются во временном пребывании в санатории для детей невротиков.

Дифференциальный диагноз. Если астеническое развитие в целом более или менее легко отграничить от других форм психопатии, то его отдельные подвиды (в особенности нервность) могут при отграничении от других психопатических состояний представить известные затруднения. Об отличии нервности (*Nervosität*) от циклоидной, истероидной, адинамичной формы эпилептоидной психопатии говорилось раньше. Здесь мы преимущественно заострим внимание лишь на некоторых прогрессивных заболеваниях (схизофрения, эпилепсия), могущих иногда дать повод к смешению их с астеническим развитием.

Простая форма шизофрении (*dementia simplex*), с которой астеническое развитие до некоторой степени роднит отгороженность от окружающего, мимозоподобность, навязчивые состояния, приобретающие в отдельных случаях характер чужаковости, некоторая *quasi* эмоциональная притупленность, зависящая от робости, конфузливости, стеснительности, иногда крайне пониженная продуктивность — отличается следующим: 1) конкретное мышление при астеническом развитии; 2) мимозоподобность — результат повышенной впечатлительности, ранимости, а не аутизма, как у шизофреников; 3) у астеничных критическое отношение к своим навязчивым состояниям; 4) эмоциональная притупленность астеничных отмечается лишь при чисто внешнем, поверхностном подходе к ним, наоборот — они способны глубоко переживать, искренне привязываться; 5) малая продуктивность астеничных — результат быстрой истощаемости и неуверенности в себе — выравнивается при поддержке, подбадривании со стороны окружающих; 6) в отличие от шизофреников у них большое количество вегетативных расстройств; 7) у астеничных неуклюжесть, угловатость, мешковатость движений в значительной степени связаны со смущением, вне его движения более

или менее удовлетворительные; 8) наконец, при схизофрении — указания на прогредиентность.

С эпилепсией психастению сближают педантичность, аккуратность, медлительность, размеренность, пунктуальность в работе, наличие страхов, некоторая неповоротливость мышления, иногда застревание на деталях. Отличия в значительной степени те же, что уже были нами указаны при отграничении от адинамичной эпилептоидии (см. стр. 260). К этому следует еще добавить отсутствие при психастении указаний на прогредиентность и судорожные припадки.

Известные затруднения при дифференциальном диагнозе встречаются в тех случаях, когда речь идет о так называемом единственном неправильно воспитанном ребенке. У этого последнего часто отмечаются капризный сон, избирательный аппетит, быстрая истощаемость в работе, малая продуктивность, повышенная раздражительность, страхи, энурез; в отдельных случаях — чувство собственной неполноценности. Решающим моментом в диагнозе является постепенное исчезновение всех этих симптомов при переключении воспитания на правильные рельсы. Подсобными опознавательными признаками при диагнозе служат: 1) большое количество вегетативных симптомов при Nervosität; 2) отсутствие при Nervosität манерничанья, желанья обратить на себя внимание, казаться больше, чем есть на самом деле, что нередко встречается у единственного ребенка; 3) при Nervosität заинтересованность в работе часто при невозможности выполнить ее из-за повышенной утомляемости, у единственного — отсутствие заинтересованности, желанья взяться за работу; 4) склонность единственного ребенка к истерическим реакциям; 5) особенности моторики при Nervosität.

Следующие случаи помогут иллюстрировать сказанное.

Т. С., 11 лет. Происходит из наследственно-неотягощенной семьи. Отец спокойный, уравновешенный, общительный, добрый. Мать впечатлительная, «легко может расплакаться и сразу же рассмеяться», отзывчивая к несчастью других, несколько робкая, застенчивая. Испытуемый от первой беременности; кроме него имеется еще один ребенок 11 лет (девочка), характером, как говорит мать, похожая на нее.

Во время беременности испытуемым мать много волновалась в связи с тяжело протекавшей болезнью мужа (брюшной тиф). Роды — физиологические. Грудь вяла только на второй день, плохо сосал. В дальнейшем отмечались частые срыгивания и поносы. Плохо засыпал, просыпался от малейшего шума, по ночам кричал, так что «всей семьей по очереди носили на руках».

В ясельном возрасте наблюдался плохой аппетит, был капризен, разборчив в еде, кормили с уговорами («за папу, за маму») и т. д., твердой пищи избегал, жевал медленно; часто была легкая тошнота. Боялся незнакомых лиц, животных. В дошкольном возрасте вздрагивал во сне, разговаривал; кишечник был вялым, нередко прибегали к слабительным. Не выносил неприятных ощущений (например, прикосновения к бархату, царапания по стеклу и пр.), весь передергивался, плакал. В этом возрасте был несколько суетлив, непоседлив («безспокойные руки — все что-то ими перебирал»), обидчив, часто жаловался на скуку. В конце дошкольного возраста появилось заикание и легкое тикообразное подергивание мышц лица (угол рта).

В школу поступил 8 лет; при ответах робел, краснел, путался, сильно заикался, жаловался на усталость; дома легко раздражался, кричал на домашних, в школе, наоборот, был сдержан. С этими жалобами поступил в клинику.

По строению тела астеник. Со стороны внутренних органов отклонений нет. WaR в крови отрицательная. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не отмечается. Наблюдается резкая неустойчивость тонуса мышц и мелких сосудов, что сказывается в чрезвычайной изменчивости его внешнего вида: то резко бледный, с синяками под глазами, с вялой, утомленной лицевой мускулатурой, весь расслабленный, «обмякший», то с блестящими глазами, румянцем на лице, оживленный, подвижный. В зависимости от самых разнообразных моментов (усталость, огорчение, похвалы и т. д.), внешний вид в течение дня неоднократно меняется. Меняется и темп речи: от замедленного до резко ускоренного; в этом последнем случае он больше заикается, сильно подергивается угол рта.

Спит беспокойно, часто ворочается, легко просыпается, во сне разговаривает. Аппетит капризный, избирательный, кишечник вялый.

Легко утомляется; к концу школьного дня становится невнимательным, рассеянным, жалуется на головную боль; в эти моменты легко раздражается (аффективная вспышка никогда не достигает высоких степеней, аффект быстро спадает), капризничает, избегает шумных подвижных игр. После мертвого часа чувствует себя значительно лучше; к вечеру несколько перевозбуждается и тогда становится крикливым, шумливым. С детьми хорошо ладит, стесняется заикания; при незнакомых людях, в незнакомой обстановке чувствует себя очень неуверенно. При удачных ответах — весь загорается, при неудачных — краснеет, плачет.

Интеллектуальное развитие вполне удовлетворительное. Мышление конкретное.

В клинике проведено общеукрепляющее лечение, лечение кварцем и психотерапевтические мероприятия, ставившие своей целью, путем указания на положительные стороны личности ребенка, сгладить имевшееся у него чувство неполноценности. В результате всего этого, а также правильной дозировки режимных моментов, дал хорошую коррекцию. Выписан в оздоровительную школу (случай относится к 1933 г.), в которой в течение двух лет прекрасно учится. Педагоги оздоровительной школы отмечают, что к концу учебного года мальчик становится раздражительным, менее выносливым к интеллектуальной работе; легко от нее устает, быстро отвлекается; темп работы прерывистый; после максимального подъема быстрая обратная реакция, через некоторое время новый подъем и т. д.

Диагноз: *nervosität* (нервность).

А. Н., 14 лет. По линии отца патологического отягощения не отмечается. Отец убит в гражданской войне; был общительным, мягким, отзывчивым, добрым. По линии матери: дед испытуемого страдал запоями, случавшимися раз в 2—3 года, во время запоев становился угрюмым, вне запоев — энергичный, веселый, «балагур»; дядя в возрасте периода полового созревания покончил жизнь самоубийством, другой дядя — взыбаломышный, неустойчивый, легкомысленный, фантазер. Мать — легко раздражается, часто плачет, в детстве заикалась, в настоящее время страдает тиком.

Испытуемый от первой беременности (больше детей у матери не было). Эмбриональный период протекал в условиях фронтальной жизни; тяжело пережила смерть мужа, «несколько дней заговаривалась» (в это время была на 4 месяце беременности). Роды в срок, физиологические. Физически развивался без задержки, хотя первое время был очень слабым, плохо сосал, частые поносы. Рос впечатлительным, застенчивым, робким, все очень глубоко переживал. Когда в квартире умерла соседка (ему в то время было 3 года) — долго плакал; все время тревожился, как бы не умерла его мать, подходил к ее постели и, трогая ей глаза, спрашивал: «мама, ты жива или нет?».

В 5 лет стал посещать очаг. Детей дичился, играл в одиночку, очаг не любил, несмотря на это вставал спозаранку, будил мать, торопил ее скорее одеваться, так как боялся опоздать. Если почему-либо мать долго не приходила за ним в очаг, он «прилипал к окну» и смотрел в ту сторону, откуда она должна была прийти. По несколько раз спрашивал воспитательницу: «а моя мама придет? А с ней ничего не случилось?»

В школу пошел охотно; с детьми подружился, но особенно близких говари-

щей у него не было. При ответах смущался, краснел, на глазах навертывались слезы; говорил тихим голосом, запинаясь. Стоило учителю неласково на него посмотреть или переспросить его, тотчас же начинал путаться или совсем замолкал. Из класса в класс переходил; будучи в 3 классе (11 лет), попросил мать, чтобы она провела его в школу, так как он боится ходить один. Объяснил ей, что у него какой-то смутный страх перед улицей, большим скоплением людей. Скоро мать заметила, что он всегда требует идти по определенной стороне улицы, при этом заглядывается на вывески, а у некоторых не надолго останавливается. Оказалось, что он не может пройти мимо вывески, не сосчитав число букв; если он не успевает сделать это на ходу, то приостанавливается, сосчитает и идет дальше. Он и сам не знает, почему он должен считать буквы, но отделаться от этого не может, «ему как-то становится не по себе». Через полтора года страхи перед улицей прошли, и он снова стал ходить один в школу. Подсчитывания букв совсем не прекратил, но все же прибегал к этому реже, так как «изобрел способ избавиться путем поворачивания в сторону головы» (к 13 годам у него развились тиковые подергивания мышц шеи).

В 5 классе остался по болезни на второй год. Очень тяжело переживал оставление, потихоньку от матери плакал, матери жаловался, что теперь ему будет стыдно показаться на улицу. Стал хуже заниматься, при ответах путался, по ночам не спал, во сне разговаривал. С этими жалобами был принят в клинику.

Астеник. Тонкая кожа с просвечивающей сетью вен. Резкая неустойчивость вазомоторов: легкое покраснение и побледнение лица, лабильный пульс, повышенная потливость, несколько цианотичные конечности. Дрожание закрытых век; положительный симптом Хвостека. Тикообразные подергивания мышц шеи. Речь торопливая, при волнении — «пулеметная». Внутренние органы без отклонений. WaR в крови отрицательная.

Интеллектуальное развитие вполне удовлетворительное. Мышление конкретное, запас школьных знаний соответствует полученному образованию. Застенчивый, робкий, нерешительный, он временами, прикрывая свое смущение, становится несколько развязным, даже грубоватым, но скоро снова выступает его основной астенический фон. Со сверстниками в начале пребывания плохо сходится, сторонится их, обижается, раздражается на их шутки и приставания, впоследствии тесно сливается с коллективом, являясь любимцем товарищей.

Получив общественную нагрузку, долго от нее отговаривается, уверяя, что ему с ней не справиться; тревожно прислушивается к тому, что о нем говорят, по несколько раз прибегает к педагогу, спрашивая, так ли он понял свои обязанности, не напутал ли чего. Первое время из-за этого плохо спит, рассеян на уроках, так как погружен в мысли, как ему лучше выполнить порученное задание. В классе работает медленно, постоянно переделывает свою работу, всегда живо интересуется ее результатами, но спросить о них часто мешает застенчивость и робость.

На первых порах пребывания в клинике отмечались навязчивые действия, когда он при ответе урока по особому велел большим пальцем по парте. Остановленный, просил не мешать ему так делать, потому что это действие ему помогает, он чувствует себя увереннее. На музыкально-двигательных занятиях категорически отказывался выполнить индивидуальные задания (пробежать, отхлопать ритм и пр.), ссылаясь на то, что ему стыдно, он не сумеет этого сделать. Впоследствии включился в занятия, обнаружил достаточные двигательные умения и навыки.

В клинике проводилось общеукрепляющее лечение. Перевоспитание (включая сюда и психотерапию) ставило своей целью выявить перед мальчиком положительные стороны его личности, ослабив этим его чувство собственной неполноценности. Выписан со значительным улучшением (в частности прекратился тик), но все же основные черты тревожности и мнительности у него остались, хотя и значительно побледнели, сгладились.

В настоящее время учится в вузе; по полученным отзывам «отличник» в учении, прекрасный общественник, по прежнему остаются черты тревожно-мнительного характера.

Диагноз: *астеническое развитие (психастенический симптомокомплекс).*

Отдельные симптомокомплексы патологического развития.

Дистонные. Описанием дистонных мы делаем переход к тем видам патологического развития, которые нередко без должного основания включают в различные круги психопатических личностей (схизоидный, циклоидный, эпилептоидный); в частности, обыкновенно дистонных присоединяют к схизоидам. Дистонные не имеют биологического и генетического сродства с схизофренией; их дистонность (несозвучность окружающему), отгороженность, имеют, в отличие от схизоидной психопатии, другие корни, в силу чего нам кажется вполне целесообразным выделить эту группу особо, несмотря на то, что она еще до настоящего времени не получила достаточно четкого клинического оформления.

Мы даем здесь описание наиболее часто встречающихся (в силу этого клинически относительно несколько лучше очерченных) симптомокомплексов. Без сомнения, ими далеко не исчерпывается все разнообразие симптоматики дистонности.

Пассивные дистонные (мечтатели). Это обыкновенно легко ранимые дети, отличающиеся повышенной впечатлительностью, крайне чувствительные к жизненным невздам и неприятностям, выходящие из поля борьбы при сколько-нибудь грубом соприкосновении с действительностью.

Недооценка собственной личности, сознание своей слабости, неприспособленности, неумение найти свое место в коллективе приводят их к изоляции от окружающих.

Иногда и нормальный человек, переживая неприятности, спешит их вытеснить, уходит тогда на время в ирреальность, но здоровая психика быстро отбрасывает такого рода фантазии, и связь с реальностью не прерывается ни на одну минуту. Этот уход в ирреальность чаще бывает в виде «сказки» на ночь, когда перед засыпанием рассказывают себе сказки, в которых рисуют себя лучше, чем есть в действительности, мечтают о несбыточном, далеко уносясь в полетах фантазии от того, что есть на самом деле. Убаюканные такой сказкой засыпают, чтобы, проснувшись, или забыть о ней, или во всяком случае не путать ее с действительностью.

Совершенно иначе обстоит дело у дистонных: их сказка затянулась, они рассказывают ее и днем, а потому содержание их психики, в значительной степени заполненное фантазированием, приводит их к отрыву от действительности, а в отдельных случаях — и к полной потере границы между реальностью, былью и вымыслом, фантазией, грезой. Содержание их фантазии — исполнение желаний, причем их фантазия не блещет ни оригинальностью, ни богатством красок и чаще всего в ней отражаются, повторяются отдельные эпизоды из кинофильмов, прочитанных книг, театральных постановок и т. д. Редко мечтают о чем-нибудь одном, чаще одна мечта сменяет другую. Мечтают о несбыточных приключениях, геройских подвигах, реке о почестях, богатстве, любовных удачах. Между мечтой и действительностью, из-за их резкого несоответствия существует глубокий разрыв, а потому, не делая никаких попыток для претворения мечтаний в жизнь, они обыкновенно остаются лишь в роли созерцателей. Нередко, не желая обращать на себя внимания, тщательно скрывают свои мечты, посвящая в них лишь небольшой узкий круг близких лиц; при насмешливом отношении к их фантазированию становятся недоверчивыми, замыкаются в себя.

Погруженные в мечты, они стараются возможно скорее отделаться от скучных повседневных обязанностей, выполняют работу наспех, лишь бы скорее сбыть ее с рук, равнодушны к полученным результатам, мало инициативны. Освободившись от работы, чаще спешат засесть за книгу, дающую новый материал для их фантазии, реже проводят время в ничегонеделании, валяясь на кровати, расхаживая по комнате или устремив взгляд в одну точку. Апатичные, вялые, равнодушные, они проявляют некоторую живость в игре, когда целиком

входят в роль, страстно оснашивают отдельные детали игры, не подчиняются правилам. В классе они рассеяны, невнимательны, часто отвечают невпопад, по несколько раз переспрашивают; разговаривают сами с собой, при рассказывании останавливаются, что — все вместе взятое — производит внешнее впечатление странности, нелепости, чудачества. Нередко нелепость их поведения подчеркивается неуклюжей, мешковатой моторикой, когда, особенно из-за смущения в незнакомой обстановке, их движения становятся резко порывистыми, угловатыми, разболтанными или, наоборот, крайне связанными, напряженными. В то же время мимика их хорошо дифференцирована, адекватна переживаниям, достаточно разнообразна. Аффекты — не стойки, импульсивные вспышки отмечаются крайне редко, сравнительно легко купируются ласковым обращением. Часто обнаруживают глубокую, длительную привязанность; правдивы, открытвенны.

Различия между полами сказываются преимущественно в содержании фантазии: у девочек чаще наблюдаются фантазии, связанные с искусством (преимущественно мечты о сцене, кино), а также с любовными переживаниями. Девочки более чувствительны, ранимы, более отгорожены от окружающего, мало открытвенны, сдержаны; в их поведении меньше нелепости, странностей. В своих мечтаниях они остаются более пассивными. В отношении моторики они более пластичны и грациозны, чем мальчики. Лечебные и педагогические мероприятия в основном совпадают с теми, которые уже были нами указаны при описании шизоидов, а также детей с астеническим развитием.

Дифференциальный диагноз. Более или менее выраженная клиническая картина этого симптомокомплекса отмечается лишь в предпубертатном возрасте; у младших детей обыкновенно удается подметить лишь повышенную склонность к фантазированию. В раннем детстве провести разграничение этого симптомокомплекса от вариантов нормального характера представляется подчас совершенно невозможным. Опознавательными признаками может служить то, что у мечтателей: 1) некоторый разрыв между обилием разнообразных мечтаний и слабыми попытками проведения их в жизнь; 2) малая претворимость фантазий в игре, рисунках и т. п.; 3) малоподвижность, своеобразная «бездеятельность», сочающаяся иногда с двигательным беспокойством; 4) недостаточный контакт с окружающим; 5) повышенная рассеянность; 6) плохая практическая приспособляемость.

Отличием мечтателей от истероидов (в частности от псевдологов) служит: 1) то, что фантаст обманывает самого себя, псевдолог — других; 2) отсутствие стремления при помощи выдумок мистифицировать окружающих, обращая на себя внимание, казаться больше того, чем есть на самом деле; 3) отсутствие театральности, рисовки, позерства; 4) замкнутость, отгороженность, известная изоляция от окружающих; 5) глубокие привязанности, привычки; 6) своеобразная «бездеятельность»; 7) неуклюжая, мешковатая, несколько разболтанная моторика; 8) иногда наличие в поведении нелепостей, странностей.

Наиболее трудны отличия от астеников и шизоидных психопатов. По этому поводу Ганнушкин говорит: «хрупкость нервной организации роднит мечтателей с астениками, а отрешенность от действительности и аутистическое погружение в мечты не дает возможности провести сколько-нибудь резкую границу между ними и шизоидами».

От астеников мечтатели все же отличаются тем, что при нервности (Nervosität): 1) мышление более конкретно, мечтания не заполняют целиком содержания психики, разрыв между мечтой и действительностью не так резок, попытки к претворению мечтаний в жизнь встречаются чаще; 2) малая продуктивность в работе является результатом их истощаемости и неуверенности в себе; 3) более отвлекаемое, быстро исчезающее внимание, сравнительно большой его диапазон; 4) большая раздражительность, неустойчивость настроения; 5) большее количество вегетативных симптомов.

От шизоидов мечтатели отличаются тем, что у них: 1) слабо выражена склонность к отвлеченному, схематическому, формальному мышлению, ревернерству, болезненному мудрствованию; 2) отсутствует свойственная шизоидам психэстетическая пропорция (сочетание сенситивности и эмоциональной тупости); 3) несмотря на их некоторый отрыв, изоляцию от окружающего, как результат погруженности в свои мечты, контакт с ними более глубок, чем с шизоидами;

4) наличие глубоких привязанностей; 5) склонность к недооценке себя и переоценке окружающих; 6) отсутствие немотивированных поступков, импульсивных вспышек; 7) отсутствие склонности к стереотипиям, манерной, вычурной речи, неологизмам и т. п.

Активные дистонные (эгоцентрики). У эгоцентриков на первый план выдвигается собственная личность, установка на свое «я», заслоняющая собой окружающее. У них нетрудно подметить повышенную оценку себя и недооценку других.

Обыкновенно недовольные тем положением, которое они занимают в жизни, уязвленные отсутствием признания их сверхценности, они в отличие от мечтателей не уходят в ирреальный мир, не прибегают к косметической лжи, как это делают истероиды, а компенсируют себя ироническим, полупрезрительным, полуснисходительным, полунасмешливым отношением к окружающему. Относясь ко всему несколько свысока, высмеивая, вышучивая чужие промахи, часто ало радостуя по поводу их, они сами предпочитают лишь давать советы и указания, оставаясь обыкновенно лишь в роли безответственных критиков.

Весьма чувствительные, легко ранимые, когда критикуют их поступки, хотя внешне как будто бы и мало считаются с чужим мнением, но внутренне постоянно к нему чутко прислушиваются, болезненно переживая всякий отрицательный отзыв о себе; к самокритике они обыкновенно неспособны. В подобных случаях не столько замыкаются, уходят в себя, сколько озлобляются, отгораживаются, нередко обвиняя окружающих в несправедливом, пристрастном к ним отношении. При постоянных уколах чрезвычайно развитого самолюбия становятся недоверчивыми, подозрительными; сравнительно редко дают аффективный разряд, так как отличаются большой выдержкой. С детским коллективом сливаются с большим трудом, чему мешает их повышенная требовательность к другим и крайняя снисходительность к собственным недостаткам, игнорирование чужих интересов, плохо переносимые противоречия их желаниям, непризнание за ними превосходства. В свою очередь, сверстники их не любят, считают их черствыми, холодными эгоистами, «вазжайками». Отрыв от коллектива они переносят с известным трудом, так как для самоутверждения им необходимо общество, а потому они и делают к слиянию с детским коллективом неоднократные попытки, кончающиеся всякий раз неудачей. Обыкновенно они все же имеют небольшое количество «наперсников», интеллектуально более слабо развитых, чем они сами (интеллектуально сильных заинтересовывают выгодой, подкупом); им они поверяют свои тайны, от них требуют признания своего превосходства, беспрекословного подчинения себе.

Фантазия их бледна, уход в ирреальность неглубок, а потому их самоутверждение чаще всего находит себе выход лишь в разговорах, в которых много надуманности, резонерства. Попыток на деле доказать превосходство своей личности они обыкновенно не делают, а потому охотно берутся лишь за ту работу, в которой не будут выявлены их слабые стороны. При затруднениях в работе спешат спрятаться за «словесным прикрытием», т. е. пускаются в длинные, запутанные, подчас нескончаемые рассуждения, в которых отводят от себя вину за неудачу.¹

Эмоционально они обыкновенно равнодушны ко всему, что не связано с их интересами; длительные, глубокие привязанности у них крайне редки. Интеллектуальное развитие достаточное. Мышление скорее конкретное. Движения их несколько угловаты, размашисты; мимика — дифференцирована, адекватна переживаниям.

Различия между полами нерезко выражены. У девочек на первый план скорее выступают повышенное самолюбие, обидчивость, большая раздражительность и невыдержанность. Отрыв от коллектива у них более значителен; они более продуктивны, часто компенсируют свой отрыв чтением, в то время как мальчики более «бездеятельны», проводят время в пустых разглагольствованиях.

¹ Не развиваются ли впоследствии из активных дистонных параноики — вот вопрос, который в будущем предстоит разрешить клинике. Подобное развитие при наличии соответствующей ситуации, думается нам, возможно, так как этому способствуют эгоцентризм, известная недостаточность мышления и их установка *quod volumus — credimus* (чего хотим, в то верим).

Педагогические — воспитательные мероприятия в отношении эгоцентриков прежде всего сводятся к тому, чтобы разрушить их переоценку себя и недооценку других. Для этого необходимо раскрыть перед ними ценность окружающих их товарищей, чаще призывать их к самокритике. Отмечая их собственные слабые стороны, обязательно указывать им пути для изживания этих недостатков. В работе необходимо перевести их с роли безответственных критиков на роль исполнителей, для чего вначале давать более простую работу, постепенно ее усложняя. Преодоление их эмоционального безразличия ко всему, что не связано с их интересами, удается путем включения в общественную работу, с которой при поддержке, подбадривании хорошо справляются. В ряде случаев показано общеукрепляющее лечение.

Дифференциальный диагноз. В преддошкольном и дошкольном возрастах особенности эгоцентриков выступают настолько нерезко, что трудно бывает выделить этот симптомокомплекс. Обыкновенно обращают на себя внимание переоценка собственной личности, повышенное самолюбие, капризы, упрямство. Более отчетливо симптомы выступают в период полового созревания, и здесь особенно затруднительны отличия от заостренных черт характера, наблюдающихся иногда и у нормальных детей в этот период развития. При дифференциальном диагнозе подспорьем до некоторой степени могут служить: 1) переоценка собственной личности, вынужденное уединение, повышенное самолюбие, отмечающееся и до периода полового созревания, 2) склонность к ревности, также подмечаемая еще в дошкольном возрасте, 3) сравнительно бедная фантазия, 4) большая выдержанность, 5) эмоциональное безразличие ко всему, что не связано с их интересами. Все же в отдельных случаях диагноз представляет непреодолимые затруднения, и только длительное наблюдение помогает правильному разрешению вопроса.

От шизоидов эгоцентрики отличаются: 1) отсутствием в анамнезе указаний на заболевание шизофренией родственников или наличием среди них шизоидных психопатов, 2) конкретным мышлением, 3) отсутствием резко выраженных странностей, нелепостей, дурашливости в поведении, 4) стремлением к контакту, 5) более гибкой психикой, 6) отсутствием нелепых импульсивных поступков, 7) отсутствием склонности к стереотипиям, 8) более дифференцированной мимикой, наличием хорошо развитых выразительных движений.

Взрывчатые (Explosible). Некоторые авторы не выделяют взрывчатых (взрывчатых) психопатов в особую группу, причисляя их или к динамичным эпилептоидам, или рассматривая взрывчатость, вспыльчивость как форму реакции, встречающуюся при различных психопатиях. Эта точка зрения нами не разделяется, потому что взрывчатость, являясь примитивной и типичной формой реакции, сочетается в отдельных случаях с особым складом психики, что и должно быть положено в основу отграничения этого симптомокомплекса. С другой стороны, этот склад психики, хотя в известной степени и приближается к складу психики при эпилептоидной психопатии, все же имеет и целый ряд отличий от нее, из которых наиболее существенным является отсутствие биологической и генетической связи с гениальной эпилепсией. Приведенные соображения диктуют необходимость отдельного описания этого симптомокомплекса.

О взрывчатости говорят в тех случаях, когда аффективное состояние беззадержки со стороны мышления находит себе выход в элементарном двигательном разряде («короткое замыкание»). У детей в некоторые возрастные периоды неспособность сдерживать себя является еще физиологической, а потому бурный аффективный разряд в преддошкольном возрасте (иногда в более позднем возрасте у плохо воспитанных ребят) еще не может служить достаточным основанием для постановки диагноза патологического развития. В тех случаях, когда у детей более старшего возраста и подростков (при наличии более или менее правильного воспитательного подхода) эта форма реакции возникает всякий раз по ничтожному поводу, т. е. является для них более или менее привычной формой реакции, направляется вопрос об эксплозивности. Диагноз в таких случаях никогда не следует ставить на основании лишь одной формы реакции; необходимо принять во внимание всю совокупность признаков, характеризующих взрывчатый симптомокомплекс.

В общих чертах этот симптомокомплекс рисуется в следующем виде.

1) Отсутствие каких-либо расстройств со стороны интеллекта, конкретное мышление; 2) возникающие по ничтожному поводу аффективные вспышки по типу короткого замыкания (при полной сохранности сознания), иногда с более или менее длительными периодами возбуждения; 3) жизнерадостное, веселое, приподнятое настроение; 4) легкая ранимость, повышенное самолюбие, честолюбие; 5) синтонность, сравнительно частая изоляция от детского коллектива из-за постоянных вспышек; 6) хорошая продуктивность, настойчивость в работе, стимулом к чему обыкновенно является повышенное самолюбие; 7) угловатая моторика. Иногда наблюдаются добавочные симптомы в виде хвастовства, косметической лжи.

При воспитании наряду с уже указанными для циклоидов лечебными и педагогическими мероприятиями необходимо регистрировать их взрывчатость. В ряде случаев хорошие результаты получаются при шефстве над ними более выдержанных товарищей, подведение рациональной базы для их самоутверждения, в отдельных случаях — устранение стимулов, провоцирующих реакции.

Дифференциальный диагноз. Наиболее трудные отличия эксплозивных от эпилептоидной психопатии указаны при описании этой последней (см. стр. 258). Затруднения в диагнозе могут встретиться при отграничении от циклоидов (гипоманиакальных). Отличительными признаками служат: 1) отсутствие в анамнезе эксплозивных указаний на маниакально-депрессивный психоз или циклоидную психопатию у родственников, 2) аффективные вспышки по ничтожному поводу по типу короткого замыкания, 3) частая, хотя и не длительная, изоляция эксплозивных от коллектива из-за аффективных вспышек, 4) настойчивость, продуктивность в работе, 5) большая склонность к косметической лжи, 6) более угловатая моторика.

Отличия эксплозивных от нормы в дошкольном и дошкольном возрастах встречаются иногда непреодолимые трудности, диагноз с достоверностью может быть поставлен лишь в более позднем возрасте (школьные годы).

Реактивно-лабильные. Одни авторы (Гуревич, Симсон) объединяют реактивно-лабильных с истероидами, другие (Ганнушкин называет их эмоционально-лабильными, Крепелин — неустойчивыми психопатами) выделяют их особо, наконец, третьи (Гомбургер) о них совершенно не упоминают. Объединение реактивно-лабильных с истероидами нам кажется неправильным, так как это, расширяя истероидный круг, делает его границы более расплывчатыми. Нецелесообразность объединения истероидов с реактивно-лабильными мы видим также в том, что это патологическое развитие личности имеет свою симптоматику, правда, в неревко выраженных случаях облегающую ее то с циклоидами, то с истероидами.

В психике реактивно-лабильных на первом плане выступает неустойчивость их настроения. С хорошо выраженным, но неустойчивым жизненным тонусом, болтливые, общительные, зачастую простодушные и доверчивые, нередко несколько легкомысленные, они производят на окружающих впечатление хрупких, измененных недотрог, капризных, упрямых.

Это впечатление чаще вызывается тем, что их настроение меняется по самому незначительному поводу, и нередко, не улавливая причин подобной смены настроения, окружающие бывают склонны расценивать их поведение как беспринципное упрямство, повышенное самолюбие, чрезвычайную шепетильность, обостренную ранимость и т. д. В самом деле, ребенок, который только что оживленно играл с товарищами, вдруг нахмурился, нахохлился, отошел в сторону, при этом ни сверстники, да часто и он сам, не могут толком объяснить причину, вызвавшую смену настроения. А эти причины весьма разнообразны: тут и неудачная шутка, и обидное для самолюбия замечание, неудача, промах в игре, оставленный без ответа вопрос, неожиданно мелькнувшее неприятное воспоминание и многое другое, что у ребенка с иным складом психики проходит незаметно, не отражаясь на его настроении. Но если у реактивно-лабильного ничтожный повод может сбить настроение, то очень часто и возврат к прежнему бодрому, оживленному настроению совершается весьма быстро при самом незначительном изменении ситуации. Настроение в течение дня меняется по несколько раз.

Некоторая поверхностность, неустойчивость их интересов, стремлений и желаний, известное легкомыслие все же не мешают им, постоянно ссорясь, проявлять

более или менее длительную привязанность к сверстникам и взрослым; умение в ряде случаев подчинять свои интересы требованиям коллектива создает им репутацию хороших товарищей. В их поступках нет продуманности, плановости; они нередко действуют под влиянием первого пришедшего им в голову решения, а потому случайность в выборе мотивов часто обуславливает отказ в последнюю минуту от ранее принятого решения или совершенно различное поведение при одной и той же ситуации, встретившейся в течение дня.

Если у них и наблюдается стремление выпятить свою личность на первый план, то все же желания казаться больше, чем они есть на самом деле, у них почти не отмечается. Отсюда — естественность, простота в обращении, отсутствие рисовки, жеманства, театральности.

Девочки отличаются большей лабильностью настроения, большей склонностью к капризам, большей застенчивостью и робостью, более обостренным самолюбием, чувствительностью и ранимостью. У них также отмечается большая склонность к гиперфантастике; в отдельных случаях — псевдологический симптомокомплекс.

При воспитании и реактивно-лабильных необходимо оберегать их от частой смены впечатлений; постепенно втягивать в работу, давая вначале небольшие задания, при выполнении которых ребенку необходимо видеть их эффективность. Необходим выдержанный тон, ясная формулировка требований (вначале лучше всего приятно эмоционально окрашенная), постоянная проверка их выполнения. В виду повышенной отвлекаемости привлечение их внимания (в школе — желательна первая парта) более частыми опросами, сменой различных раздражителей.

Дифференциальный диагноз. Характерную для реактивно-лабильных неустойчивость настроения нередко бывает крайне трудно отграничить от расстройств настроения, встречающихся у циклоидов, и от реактивных смен у истероидов. Диагноз может быть поставлен лишь на основании совокупности симптомов, а не одного признака лабильности настроения.

Отличим от циклоидов служат: 1) большая зависимость настроения от внешних причин, 2) более частая смена и меньшая длительность колебания настроения, 3) меньшая продуктивность в работе, 4) более повышенная чувствительность, ранимость, чаще встречающаяся недооценка собственной личности. 5) большая неустойчивость во взглядах, вкусах, интересах, привычках, 6) более эмоционально окрашенное мышление, 7) меньшая психомоторная возбудимость, 8) большая уступчивость, меньшая настойчивость в отстаивании своих мнений, взглядов, интересов (меньше спорят — больше соглашаются).

Отличия от истероидов: 1) отсутствие стремления казаться больше, чем есть на самом деле, 2) естественность, простота в обращении, отсутствие жеманства, позерства, театральности, оригинальности, 3) отсутствие эксцентричности в поведении, 4) отсутствие резкого эгоцентризма, 5) отсутствие повышенной склонности к фантастике, 6) способность к более длительной привязанности, к более глубокому чувствуванию, 7) более точные восприятия, большая глубина мышления, 8) большая продуктивность в работе.

Заканчивая на этом описание психопатий и отдельных видов патологического развития, наиболее часто встречающихся в детском возрасте, мы принуждены остановиться хотя бы в нескольких словах на выделяемых некоторыми авторами психопатах с расстройствами влечений и «антисоциальных психопатах».

Усилению нормальных влечений или их качественному извращению способствует врожденная или приобретенная слабость высших психических задерживающих, тормозящих центров, в силу чего влечения, становясь непреодолимыми, принимают импульсивный характер. От навязчивых влечений импульсивные отличаются своей неожиданностью, отсутствием предшествующей более или менее продолжительной стадии борьбы с влечением; при навязчивых состояниях дело обыкновенно ограничивается собственно влечением, обычно

или не претворяющимся в действие или (что бывает значительно реже) претворяющимся после длительной борьбы.

Обыкновенно наиболее детально описываются половые аномалии — извращения, причем некоторые авторы особо выделяют «половую психопатию» — термин, который (в чем мы полностью согласны с Ганнушкиным) должен считаться совершенно неправильным. Мы не будем заниматься перечислением разнообразных форм половых аномалий, ограничившись лишь указанием на то, что для конституциональных психопатов (схизоиды, циклоиды, эпилептоиды), а также и для детей с патологическим развитием следует считать более или менее характерным своеобразную незрелость, неполное развитие сексуальной жизни, иногда раннее ее пробуждение, остановку на различных инфантильных периодах.

В детской практике у психопатических личностей, также иногда и при патологическом развитии, чаще приходится встречаться (в преддошкольном, дошкольном возрастах) с рано пробудившимися половыми ощущениями, которые бывают подчас настолько сильно выражены, что значительно заполняют содержание психики. Нередко подобные половые ощущения находят себе выход в *онанизме*, в попытке совершения полового акта, *экспозиционизме* — обнажении половых органов в присутствии лиц другого пола. Было бы совершенно неправильно всякий случай онанизма у детей расценивать как половую аномалию, трактовать такого ребенка как психопата; так как онанизм может встречаться у детей, не имеющих никаких отклонений в психике, но неправильно воспитанных.

Явления *садизма* (сексуальное удовлетворение, связанное с насилием, мучением, жестокостью, причиняемыми партнеру) и *мазохизма* (половое удовлетворение при наличии боли, страданий, мучений, причиняемых партнером) объединяются в общем названии альголагии. Садизм у психически аномальных детей встречается несколько чаще мазохизма и распространяется не только на других детей, но иногда и на взрослых; ласкаясь, неожиданно кусают, больно щиплют, колот и т. п. Нередко садистические тенденции выявляются также в отношении животных, которых мучают, жестоко истязают, беспощадно бьют.

Гомосексуализм — противоестественное влечение к лицам одноименного пола. В происхождении гомосексуализма громадную роль играют внешние факторы: заражение дурным примером, соблазны со стороны товарищей, избыток энергии, не находящей правильного оттока, привычка к половым сношениям и неимение возможности удовлетворить ее из-за отсутствия партнера противоположного пола и т. п. Наряду с этим в отдельных, весьма нечастых случаях, в происхождении гомосексуализма могут помимо соответствующих психических механизмов играть роль и прирожденная аномалия желез внутренней секреции (преимущественно половых).

В детской практике с гомосексуализмом приходится встречаться в крайне редких, исключительных случаях (обыкновенно у детей, не имеющих достаточного надзора, не получивших правильного воспитания).

Извращения влечения, описываемого под именем *клептомании*, — непреодолимое влечение к воровству, когда похищают совершенно ненужную, не имеющую никакой цены вещь, которую потом иногда подкидывают, возвращают, — нам в нашей практике не встречалось ни разу. А н т е о м на основании своего богатого судебно-экспертного опыта приходит к полному отрицанию *клептомании*. К сожа-

лению, в общежитии этот термин иногда употребляется весьма неразборчиво, когда он приклеивается к несовершеннолетним, занимающимся имущественными правонарушениями.

Другие формы непреодолимых влечений, носящих импульсивный характер (пиромания, дромомания и пр.), также не являются самостоятельными особыми формами психопатии, а лишь как известный симптом встречаются при различных психопатиях и самых разнообразных психических заболеваниях.¹

Совершенно неправомерным является также выделение как особой формы психопатии — морально дефективных, этически отсталых, антисоциальных психопатов, якобы характеризующихся «врожденной моральной недостаточностью». Этим термином в клиническую психиатрию вводится принцип социальной оценки, в силу чего выделение особой формы психопатии на основании признака «антисоциальности» приводит на практике к перифразу учения Ломброзо «о врожденном преступнике» (биологизация социальных явлений).

Приписывая «антисоциальным психопатам» своеобразный склад психики (агрессивность, взрывчатость, лживость, хитрость, притворство, цинизм, эмоциональную тупость и т. д.), авторы, выделяющие эту форму психопатии, путают причину с следствием: особенности психики являются лишь напластованиями, образовавшимися в результате правонарушительской деятельности ребенка, его образа жизни, а не прирожденными чертами его характера, толкнувшими его на антисоциальный путь. Эти напластования снимаются в процессе воспитания ребенка. В основе антисоциального поведения лежат социальные причины, а потому асоциальные поступки совершаются как нормальными, так и весьма разнообразными с клиническо-биологической точки зрения (психопаты, психически больные) детьми и подростками. В силу этого с клинической точки зрения не только неправильно говорить об особой группе «антисоциальных психопатов», но выделение подобной группы приводит на практике к разоружению в борьбе за перевоспитание некоторой части несовершеннолетних правонарушителей, которые попадают в разряд «неисправимых», «врожденных преступников».

ХVIII. ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ (ПСИХОНЕВРОЗЫ).

Термин «невроз» введен в 1776 г. Келленом (Cullen) для обозначения ряда невропатологических симптомов, относящихся в том числе и к некоторым органическим заболеваниям нервной системы. В таком понимании термин удержался до первой половины XIX в., когда нервные заболевания (неврозы) стали приурочиваться к определенному отделу нервной системы (так, например, в то время причиной невроза считали раздражение спинного мозга, локализуя в нем и головную боль, и боль в ушах, также связывая с ним всевозможные «половые неврозы»). Во второй половине XIX в. предпринимаются попытки установления точной патолого-анатомической основы для нервных заболеваний, и те из них, в которых анатомическая основа оставалась неизвестной, получают название «функциональных неврозов». По мере возрастания успехов патологической анатомии и физиологии число этих неврозов резко уменьшается, а прогресс

¹ Красочное описание различных «пироманов» можно найти в рассказе М. Горького «Пожары».

экспериментальной психологии и психиатрии выдвигает на первый план психическую обусловленность неврозов, что впервые в 1859 г. подчеркнул Брике (Briquet).

Более отчетливо участие психики в происхождении неврозов отметил в 1904 г. Дюбуа (Dubois), предложивший вместо термина «невроз» — «психоневроз». Дюбуа считал, что термином «психоневроз» эти расстройства отделяются от психических заболеваний, но в то же время первой половиной термина («психо») подчеркивается психическая природа болезни, второй же своей половиной («невроз») термин указывает на функциональный характер нервного расстройства. Понятие «функциональный» приобретает при этом не только отрицательный характер в смысле отсутствия анатомических изменений нервной системы, но и положительный, так как в противовес грубо морфологическому выдвигается динамическое понимание болезненных явлений.

Свое дальнейшее развитие учение о неврозах получило у Пьера Жана (P. Janet), рассматривавшего невроз как нарушение динамики соотношения высших и низших функций организма. Психическое происхождение неврозов отобразилось также в учении Фрейда (S. Freud), придавшего в их происхождении большее значение низшим психическим функциям — подсознательному («оно»). Невроз в понимании Фрейда является следствием тяжелых внутренних конфликтов, конфликтов между «я» и «оно». Для буржуазной науки является типичным превознесение индивидуальных моментов над социальными, а для Фрейда, в связи с его практикой среди крупной буржуазии, кроме того, — выдвигание на первый план сексуальных факторов. Главную и единственную причину в происхождении психических конфликтов Фрейд находит в сексуальном влечении. Психические симптомы, как учит Фрейд, превращаются, «конвертируются» в телесные.

Не вдаваясь в подробный критический разбор ошибок учения Фрейда, укажем лишь на то, что, противопоставляя «сознательное» «бессознательному», придавая последнему решающее значение, усматривая конфликт между личностью и средой исключительно в биологическом моменте (это — сексуальные влечения личности), совершенно игнорируя ведущее в психике социально-классовое начало, Фрейд с его учением о неврозах легко может стать источником для целого ряда реакционных выводов, что в действительности и имело место, когда это учение воспринималось некритически.

Весьма интересные взгляды на невроз высказывает академик И. П. Павлов.

По Павлову деятельность больших полушарий, вероятно также и всей центральной нервной системы с ее двумя процессами раздражения и торможения, управляется двумя основными законами: законом иррадиирования и концентрации каждого из этих процессов и законом их взаимной индукции. Известные нарушения соотношения между процессами раздражения и торможения вызывают те или иные неврозы. Так, например, у возбудимых собак (холерик) при трудных задачах, требующих значительного торможения, тормозная функция почти совсем утрачивается, и животное становится «беспокойным до мучительности, причем это беспокойное, мучительное состояние иногда периодически сменяется на состояние депрессии, сонливости».

Собак, у которых процессы раздражения и торможения стоят на равной высоте, крайне нелегко, а часто совершенно невозможно посредством трудных задач сделать нервно-больными. У собак, у которых оба процесса (но особенно часто тормозной) недостаточны, крайне легко экспериментально вызвать невроз.

К сожалению, приходится констатировать, что до настоящего времени еще нет единого понимания этиологии и сущности неврозов (психоневрозов), как еще нет и общепризнанной их классификации: обыкновенно все сводится к перечислению эмпирически наблюдаемых различных форм, которые то группируются по этиологическому признаку, то на основании одного-двух болезненных симптомов. Это обстоятельство до известной степени служит оправданием приводимой нами в настоящем руководстве классификации психоневрозов.

В дальнейшем изложении, вместо термина «психоневроз», мы будем употреблять более принятый в настоящее время термин «психогенная реакция». В понятии «психогенная реакция» мы объединяем реакции, не только непосредственно вызванные, обусловленные разнообразными, травмирующими психику, тяжелыми, неприятными, устрашающими и т. п. переживаниями, связанными с внешними условиями жизни, но также и реакции, возникающие (при отсутствии заболевания, поражения органов) в связи с теми или иными соматогенными (телесными) факторами, в дальнейшем закрепленными психогенными моментами. Психогенные реакции встречаются как у совершенно здоровых детей, так значительно чаще у психопатических личностей и при том или ином виде патологического развития.

Из отдельных психогенных реакций мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся у детей.

Неврастения. Термин «неврастения» употребляется для обозначения астении (слабости) нервной системы, обусловленной наличием тяжелых истощающих моментов: хроническое недоедание, недосыпание, инфекционные болезни, нередко следующие одна за другой, и т. д.

Внешний вид неврастеника (поскольку неврастения у детей связана с общим истощением организма) весьма характерен: бледное, изможденное, исхудавшее лицо, с глубоко запавшими глазами, с синяками под ними, вялая мимика, согбенная осанка, расслабленные, разболтанные движения. В моменты аффективного подъема внешний облик неврастеника часто меняется: загораются глаза, покрывается румянцем лицо, оживляется мимика, распрямляется корпус, движения становятся быстрыми, несколько порывистыми.

Со стороны вегетативной нервной системы наблюдаются разнообразные расстройства, которые нередко сказываются ощущением тяжести в голове («несвежая голова»), головными болями с склонностью к локализации их в отдельных местах черепа («гвоздь в голове»), головокружениями, потерей аппетита, вялостью кишечника. Значительно выражены расстройства сна: к вечеру ребенок бывает психомоторно возбужден, долго не может заснуть, часто просыпается; утром встает, не выспавшись, разбитый, более усталый, чем вечером. Нередко сон прерывается кошмарными сновидениями или сновидениями, связанными с деятельностью ребенка, когда ему снится что он не успел, не выполнил задания, сделал его не так и пр. Сравнительно часто отмечаются также нарушения со стороны сосудисто-сердечной системы: сердцебиение, легкое изменение сердечного ритма, аритмия. Конечности влажны, холодны наощупь, ощущение жара в теле, дрожание пальцев, рук, век, языка, подергивание круговой мышцы глаза («глаз дергается»), резкий дермографизм, высокие коленные рефлексы — дополняют картину расстройства со стороны нервной системы.

Общее самочувствие понижено, настроение неустойчивое, с преобладанием тоскливости, раздражительности; рассеянное, с трудом сосредоточиваемое внимание, затруднение интеллектуальной дея-

тельности, быстрая истощаемость в работе. В связи с соматическими расстройствами возникают и другие психические отклонения, как известная реакция на те требования, которые предъявляются окружающими.¹ Не справляясь из-за болезненного состояния (физическая слабость, повышенная утомляемость и пр.) с этими требованиями, неврастеник становится иногда подозрительным, мнительным, настороженным, угрюмым, замыкается в себя, отгораживается от окружающих и т. д.

Течение неврастения определяется тяжестью вызвавших ее причин, возможностью их быстрого устранения, рано и рационально проводимым лечением. При лечении следует остерегаться приучать больных к постоянному наблюдению за симптомами своего заболевания; необходимо точно дозировать работу и отдых. Наряду с режимом проводится также общеукрепляющее лечение.

Распознавание неврастения представляет большие трудности, и при дифференциальном диагнозе требуется большая осторожность, так как сплошь и рядом за «неврастеническими симптомами» просматривают начало того или иного психического заболевания.

Особенно большая осторожность требуется при отграничении от начинающейся шизофрении. Установленные анамнезом и объективным исследованием симптомы истощения, хороший контакт неврастеника, отсутствие аутизма, его стремление, тяга к работе, несмотря на ее малую продуктивность, непритупленная эмоциональная чувствительность, большей частью конкретное мышление — все это вместе взятое служит достаточным диагностическим подспорьем при дифференциальном отличии от шизофрении.

Вот пример такой неврастении в детском возрасте.

З. Н., 10 лет. В семейном анамнезе туберкулез по линии отца (бабка и дядя испытуемого), злоупотребление алкоголем по линии матери (дед и дядя). Отец и мать без патологических особенностей характера. У матери 5 беременностей, кончившихся срочными родами; все дети здоровы, учились удовлетворительно.

Испытуемый самый младший. Эмбриональный период и роды протекали без отклонений. Физически и психически развивался правильно. По характеру синтонный (совзвучный окружающему), ласковый, добрый. В дошкольном возрасте был в очаге, имеются о нем прекрасные отзывы. 7 лет заболел малярией, лечился нерегулярно. 8 лет поступил в школу, учился хорошо, жалоб на его поведение не было. На втором году школьного обучения родители и педагоги заметили, что мальчик стал раздражительным, плаксивым, капризным, упрямым, плохо справлялся с учением, часто отвлекался, не слушал объяснений. Сам мальчик жаловался на усталость, нежелание учиться, головные боли, плохой аппетит; появилось ночное недержание мочи. Был принят в клинику.

Бледное, исхудалое, изможденное лицо, с серовато-желтым оттенком кожи. Мимика вялая, согбенная осанка, движения замедленные, голос тихий, с хрипотцой. Влажные, холодные наощупь конечности: дрожание языка, вытянутых пальцев рук, закрытых век. Коленные рефлексы высокие; резкий разлитой дермографизм. Вялый кишечник, беспокойный сон, изредка ночное недержание мочи. Несколько увеличена селезенка. WaR в крови отрицательная. Гемоглобин — 52%; плазмодии малярии не найдены, приступов малярии в клинике не отмечалось.

¹ Следует заметить, что, несмотря на наличие соматических расстройств, неврастеник редко прекращает работу, проявляет большую настойчивость, пытается во что бы то ни стало довести ее до конца.

Интеллектуальное развитие не отстает от возраста. При малейшем усилии легко устает, заниматься в классе не может (жалуется на головную боль, легко отвлекающееся, истощающееся вниманием, не может запомнить новый материал, с большим трудом, напряжением вспоминает пройденное). Не переносит шума, — раздражается. Аффективные вспышки частые, но не сильные: немного покричит и тотчас же расплачется.

Проводилось противомаларийное и общеукрепляющее лечение; лечение кварцем. Пробыл в клинике полгода. Постепенно становился оживленнее, прекратились жалобы на головную боль, усталость и скуку, восстановилась работоспособность, исчез энурез (недержание мочи); гемоглобин — 83%. Выписан в массовую школу; хорошо учится, жалоб на поведение нет.

Диагноз: *неврастенический симптомокомплекс* в связи с соматическим заболеванием (малярией).

Псевдоневрастения. У детей и подростков, когда они не справляются с требованиями, предъявляемыми тем или иным видом учения, работы, приходится иногда наблюдать клиническую картину, имеющую до некоторой степени сходство с неврастенией. В этих случаях следует говорить не о неврастении, а о псевдоневрастении, как о форме психогенной реакции, обусловленной аффективными трудностями (большая ответственность, самостоятельность в работе, страх перед родителями за плохие отметки и т. д.), а не переутомлением, не истощением нервной системы.¹

Симптомы псевдоневрастении весьма разнообразны, но все же их в основном можно свести в следующую клиническую картину. Ребенок становится капризным, плаксивым, раздражительным, жалуется на общую разбитость, усталость, невозможность сосредоточиться на работе, затрудненное соображение, забывчивость и т. д.

Нередко случается, что воодушевленные работой, переключенные на другой вид деятельности, псевдоневрастеники не только не испытывают никакой усталости (несмотря на то, что новый вид работы может быть и более трудным), но часто при этом бывают более продуктивными, чем их сверстники.

При неврологическом исследовании сравнительно нечасто отмечаются указанные раньше сосудисто-сердечные изменения, а также дрожание вытянутых и растопыренных пальцев рук, влажные, холодные, синюшные конечности, повышенная потливость, усиление сухожильных рефлексов, резко выраженный (разлитой, долго держащийся и т. п.) дермографизм.

При исследовании интеллекта расстройств, на которые жалуется ребенок (плохая память, трудность соображения и т. п.), обычно не отмечается. При подтверждении экспериментом жалоб следует всегда задуматься над тем, не является ли псевдоневрастения результатом повышенных требований к слабому ребенку или не манифестирует ли псевдоневрастенический симптомокомплекс какого-либо психического заболевания. Также не меньшую осторожность сле-

¹ Что касается неврастении у детей, как «болезненного состояния, вызванного чрезмерно пониженной или слишком продолжительной, сверх допустимой нормы, умственной и физической работой» (Крепелин), то в условиях нашего Союза она не наблюдается. Это объясняется всем социальным строем нашей жизни и в частности отсутствием у нас эксплуатации труда, наличием хорошо организованной охраны здоровья детей и подростков и пр.

дует проявлять при оценке понижения работоспособности у псевдоневрастеника. Колебания работоспособности, хорошие результаты при отвлечении внимания, подбадривании, при переключении на другую работу скорее будут говорить за псевдоневрастению, чем против нее.

Т е ч е н и е. В свежих случаях, когда обнаружены и устранены неблагоприятные моменты, вызвавшие защитную реакцию, заканчивается и псевдоневрастения, и ребенок возвращается к тому состоянию, которое было до заболевания. В случаях запущенных, где трудно из-за напластования различных факторов указать, какой из них является наиболее неблагоприятным, травмирующим, или когда нет возможности изменить неблагоприятную ситуацию, — течение принимает затяжной характер. В таких случаях необходимо длительное перевоспитание, конечной целью которого является постановка ребенка над ситуацией, т. е. привитие ему навыков и умений лучшего приспособления к действительности, умение преодолеть данную неприятную ситуацию. Во всяком случае, при оценке видов на будущее псевдоневрастеника следует считаться как с тяжестью, так и с возможностью устранения момента, породившего защитную реакцию, с конституциональным фоном, возрастом, интеллектуальным развитием и т. п.

Р а с п о з н а в а н и е псевдоневрастения до некоторой степени базируется на том, что в анамнезе ребенка обыкновенно отсутствуют указания на вредные моменты, истощающие нервную систему. По сравнению со сверстниками эти дети не перерабатывают, не переутомляются больше их, нередко хорошо питаются, а потому причину их психогенной реакции следует искать не в истощении нервной системы, а в возникающих в связи с той или иной ситуацией аффективных трудностях. На целевую установку реакции и должно быть обращено внимание при распознавании.

Чаще всего приходится отличать псевдоневрастению от неврастения и истерии. Отличия от неврастения в основном сводятся к тому, что при псевдоневрастении: 1) отсутствуют указания на истощение, переутомление, перенапряжение нервной системы; 2) отмечается скорее «бегство в болезнь», желание избежать работы, в то время как у неврастеника «воля к здоровью», тяга к работе; 3) отсутствие объективно констатируемых симптомов утомления; 4) менее выраженная картина соматических расстройств; 5) сравнительно быстрая эффективность результатов лечения, в которых большую роль играет психотерапия.

О дифференциально-диагностических отличиях от истерии будет сказано при ее описании.

Следующий случай иллюстрирует сказанное.

Д. Г., 10 лет. По восходящей и боковой линиям сбоих родителей отмечаются злоупотребление алкоголем (отец, оба деда и два дяди испытуемого) и туберкулез (бабка и тетка по материнской линии). Отец в пьяном виде раздражительный, вспыльчивый, несдержанный, в трезвом — аккуратный, педантичный, придирчивый, ворчливый. Мать — раздражительная, скупая, мелочная, домовитая хозяйка, любит во всем чистоту и порядок. У матери 8 беременно-

стей, кончившихся срочными родами, в живых лишь испытуемый, остальные умерли в раннем возрасте от инфекционных заболеваний (корь, скарлатина и др.).

Испытуемый родился в срок; мать в нем, как в последнем, души не чаяла. Очень хотела, чтобы он был похож на ее брата, который «своим умом стал инженером». С 6 лет начала мальчику учить читать, но еще к моменту поступления в школу он не овладел процессом чтения. Мальчик рос послушным («из моей воли ни в чем не выходил», говорит мать), одиноким, так как со сверстниками ему играть не позволяли («только дурному научиться»); гулять он ходил в сопровождении матери, которая не всегда могла оторваться от хозяйства, в силу чего случалось, что ребенок несколько дней подряд был лишен прогулки. Лишали его прогулки за плохую успешность или незначительные детские провинности. «Он у меня чистенький ходил, аккуратный, редко когда баловался; чуть пискнет, я ему игрушку даю, он и сидит с ней, тихонечко играет».

В школу пошел неохотно, товарищей боялся, сходилась с ними с большим трудом: когда однажды вместе с ними что-то набедакурил в школе, был жестоко наказан матерью, с тех пор товарищей избегал.

Учение давалось с трудом, несмотря на то, что с ним дома занималась мать, изводявшая его упреками и рассказами о «талантливом дяде». В классе был рассеян, терялся при вопросах педагога, краснел, смущался, «весь как-то съезживался, растерянно бегал глазами по сторонам». Во второй класс не перешел, что еще более усилило требования матери к мальчику, чтобы он лучше учился и «не позорил семью». Неуспешность сына она объясняла ленью, а потому часто его наказывала.

Скоро мальчик стал жаловаться на усталость, головную боль, появлявшуюся по утрам и проходившую к вечеру; пропал аппетит, расстроился и сон (поздно засыпал, по ночам вскакивал, появились ночные страхи; утром вставал с большим трудом, приходилось будить по несколько раз). Из тихого, послушного, безответного превратился в капризного, раздражительного, упрямого, несдержанного (расшвыривал вещи, грубил матери). В таком состоянии был принят в клинику.

Мальчик астенического телосложения, видимые слизистые оболочки несколько бледноваты. Внутренние органы без отклонений. Симптомов органического поражения центральной нервной системы нет. WаR в крови отрицательная, гемоглобин — 82%. Высокие сухожильные рефлексы, выраженный симптом Хвостека; режкий, разлитой, долго держащийся, дермографизм, повышенная потливость. Вялая осанка, бедная мимика, движения замедленны, говорит тихо, монотонным голосом, боязливо озирается по сторонам. В первые дни поступления беззвучно плачет, просит отпустить его домой; обещает лучше учиться. Жалуется на головную боль; сон — беспокойный, аппетит понижен, вялый кишечник.

Внимание сосредоточивается с большим трудом, легко истощается. От детей держится в стороне, к игрушкам почти не притрагивается. Резко подчеркнутое чувство собственной неполноценности.

Постепенно втягивался в жизнь детского коллектива, овладевал школьными навыками, становился более оживленным, подвижным, шумливым. Прекратились жалобы на недомогание, наладились сон и аппетит.

Очень большую работу пришлось провести клинике с матерью ребенка. Большого труда стоило ее убедить в том, что те требования, которые она предъявляет к нему в учении, являются для него непосильными. Травмирует его также и ее неправильный «педагогический» подход; запугивание ребенка, наказания, постоянные нотации, «равнение на дядю». Этим подходом она обострила у ребенка чувство неполноценности. Были указаны положительные стороны личности мальчика и его совсем не плохие перспективы на будущее, «даже если он и не будет похож на своего дядю».

В дальнейшем семья оставалась под наблюдением (диспансеризацией) клиники. Мальчик учится в массовой школе (средняя успеваемость), сливается с коллективом, жалоб со стороны педагогов на него нет.

Диагноз: *псевдопсеврастенический симптомокомплекс* в связи с повышенными требованиями, предъявляемыми к ребенку семьей.

Реактивная депрессия.¹ Вслед за каким-нибудь особенно тяжелым переживанием у ребенка развивается подавленное настроение, которое по существу есть не что иное, как более выраженная значительно усиленная нормальная реакция. Ребенок нередко знает причину тоски, связывает ее с определенным пережитым тягостным моментом; обыкновенно в таких случаях ищет помощи и поддержки окружающих.

На фоне депрессивного настроения иногда отмечаются капризность, раздражительность, повышенная требовательность и т. д. В некоторых случаях отвлечение ребенка от тяжелых воспоминаний выводит его на известное время (иногда на несколько часов) из состояния депрессии, когда он становится более оживленным с тем, чтобы снова впасть в подавленное настроение.

У маленьких детей реактивная депрессия встречается крайне редко и при этом бывает весьма недлительной. Чаще приходится встречаться с депрессией в предпубертатном и в особенности в пубертатном возрастах и притом у девочек чаще, чем у мальчиков. Длительность заболевания сравнительно невелика: от нескольких дней до месяца.

Следует иметь в виду большую склонность в этих состояниях к самоубийству. О дифференциально-диагностических отличиях от утохтонной депрессии уже сказано при описании маниакально-депрессивного психоза и конституциональных психопатий (циклоиды, шилептоиды).

Невроз испуга. Инстинкт самосохранения в его защитной форме выражается в реакции страха, примером чего может служить страх падения, возникающий самопроизвольно у новорожденных детей. Относительно утверждения, что дети инстинктивно пугаются темноты, мнения исследователей расходятся, но все же большинство склонно объяснять эту реакцию страха не как инстинктивную, а связывать ее с теми или иными причинами: отсутствие обычных стимулов, «заупугивание темнотой» и т. д.

Источниками разнообразных страхов у детей (боязнь одиночества, явления природы — грома, бури и т. д., боязнь чужих людей, незнакомой обстановки, боязнь животных и пр.) в основном являются не предметы или явления сами по себе, а их непонятность. Концепция Фрейда, что страхи у детей являются подавленным, замаскированным, сексуальным желанием, не может быть принята, так как верная для отдельных, сравнительно немногочисленных случаев, она сама по себе не в состоянии в целом ряде случаев объяснить источник происхождения страха. Если исключить случаи детских страхов (о ночных страхах мы здесь не говорим), являющихся в подавляющем проценте результатом неправильного воспитания, то говорить о неврозе страха, как о самостоятельной форме, вряд ли целесообразно, так как с различными проявлениями страха мы встречаемся как при патологическом развитии (астеники), так и у психопатических личностей. В подобных случаях правильнее выделять не отдельный симптом, а рассматривать личность в целом.

С только что указанными оговорками следует рассматривать и «невроз испуга», под которым понимают психогенную реакцию, воз-

¹ Бывают ли у детей, аналогичные депрессии, реактивные гипоманиакальные состояния, — мнения расходятся: одни авторы их полностью отрицают, другие считают, что они все же бывают, но крайне редко. В нашей клинической практике нам с ними встречаться не приходилось.

никающую в результате внезапно подействовавшего на психику раздражителя. Здесь мы опишем наиболее частые в детской практике симптомокомплексы.

Обыкновенно после сильного испуга отмечается недлительная заторможенность, сознание ясное, но ребенок пуглив, прячется в угол, вскрикивает при неожиданном шуме, стуке. К вечеру часто нарастает психомоторное возбуждение: больной суетлив, беспокоен, озирается по сторонам; иногда высказывает отрывочные бредовые идеи, нередко отмечаются иллюзорные восприятия. Сон беспокойный, чуткий, кошмарные сновидения.

В других случаях после незначительной заторможенности, наступившей вслед за испугом, в дальнейшем наблюдаются рассеянность, забывчивость, повышенная утомляемость, пугливость, капризно-раздражительное настроение, расстройства со стороны сосудисто-сердечной системы (лабильный, легко возбудимый пульс). Наконец, в ряде случаев все сводится к одному-двум симптомам: кошмарные сновидения и расстройства со стороны сосудисто-сердечной системы, иногда только к заиганию или же к недержанию мочи днем и ночью.

Течение во всех случаях при правильном лечебном и педагогическом подходе благоприятное, ребенок возвращается к своему обычному, бывшему до заболевания, состоянию.

Распознавание не представляет трудностей, когда между испугом и реакцией на него устанавливается непосредственная связь. При распознавании всегда следует иметь в виду склонность окружающих приписывать испугу большую роль, чем это есть на самом деле, а потому в таких случаях за неврозом (спутанное сознание, бредовые идеи и пр.) не просмотреть дебюта начинающегося психического заболевания (например шизофрении). В отдельных случаях могут встретиться трудности при отграничении от истерической реакции. Следует помнить, что невроз испуга представляет сильную, но все же качественно нормальную реакцию, в то время как при истерической реакции возникают свои собственные симптомы. Кроме того, при истерической реакции всегда есть явное или скрытое желание быть больным, при неврозе испуга этого нет. Наконец, затяжное течение и рецидивы без наличия новых раздражителей скорее будут говорить за истерическую реакцию.

Примером такого невроза испуга может служить следующий случай.

С. Е., 12 лет. Происходит из наследственно-неотягощенной семьи; ее родители, братья и сестра физически и психически здоровы.

До настоящего заболевания никаких отклонений в здоровье не отмечалось. Всегда была несколько застенчивой, робкой; с детьми легко сходилась, в школе училась удовлетворительно.

Настоящее заболевание началось после того, как однажды вечером какой-то подросток сорвал у нее с головы недавно купленную шляпу; при этом он слегка толкнул ее в бок. Девочка сильно перепугалась, бросилась бежать; казалось, что подросток преследует ее, гонится за ней по пятам. Ночью плохо спала, во сне кричала: «отдай, отдай», вскакивала с постели, подбегала к двери, плотно ее запирала. Окружающих узнавала, требовала от них, чтобы они все спрятались, так как она «слышит шаги за дверьми, сейчас придут и их всех убьют». Утром неотчетливо помнила о своем ночном поведении, но все же отрывочные

воспоминания о нем сохранила. Пошла было в школу, но вскоре вернулась, уверяя, что около их дома стоит ограбивший ее подросток и грозит ей кулаком. В школу пошла в сопровождении матери, пугливо озиралась по сторонам, уверяла ее, что за углом кто-то прячется. В школе была отмечена некоторая пугливость, отвлекаемость девочки. Из школы возвратилась с подружкой, большую часть дороги бежала. Вечером, готовя уроки, увидела в полутемном углу какую-то тень, страшно закричала, расплакалась, долго не могла успокоиться. Ложась спать, приняла висящее пальто за человека, забилась под кровать, с большим трудом ее извлекли оттуда. Ночь провела почти без сна, пугалась каждого шороха, видела, как в окне ей кто-то строит страшные рожи, слышала шум крадущихся шагов, негромкое покашливание за дверью.

Была принята в клинику. Днем спокойна, рассудительна, хорошо ориентирована. К вечеру пугливо оглядывается по сторонам, заглядывает под свою кровать; уснула со сновторным. В таком состоянии была несколько дней. Через две недели, как поправившаяся, выписана домой. Уже больше года, как девочка находится в прежнем состоянии, бывшем с ней до заболевания. О пережитом испуге вспоминает с улыбкой, сама удивляется тому, почему она так сильно тогда испугалась.

Диагноз: *невроз испуга*.

Невроз ожидания. Невроз ожидания следует рассматривать как симптомокомплекс, еще недостаточно четко очерченный. Эта форма психогенной реакции характеризуется тем, что у ребенка появляются постоянные опасения (ожидания) оказаться не в состоянии выполнить ту или иную функцию. В повседневной жизни мы прodelываем привычные для нас движения — автоматизированные движения (речь, ходьба, письмо, игра на инструменте и многие другие), «не задумываясь», не опасаясь того, что движение почему-либо не удастся. При неврозе ожидания привычные движения совершаются под постоянным контролем внимания (из автоматизированных становятся сознательными), в силу чего они или тормозятся, или вовсе не удаются, или теряют свою плавность, уверенность, законченность, сопровождаются большим количеством излишних содружественных движений.

Причины для привлечения контроля внимания к автоматизированным движениям, т. е. другими словами, причины развития невроза ожидания, — весьма разнообразны, но все же они в основном сводятся к чувству собственной неполноценности, когда ребенок, смущаясь, боясь показаться смешным, выглядеть хуже окружающих, теряет уверенность в том, что ему удастся без помехи осуществить тот или иной двигательный акт.

Как на пример такой потери уверенности в своих движениях, можно указать на робкого, застенчивого, смущающегося ребенка, который, попадая в незнакомую обстановку, за все цепляется, роняет вещи, спотыкается, падает. Таким образом, конечным итогом невроза ожидания являются самые разнообразные «заикания»: заикающаяся речь, заикающееся письмо, походка и т. д.¹ Само собой разумеется, что не всякий речевой заика будет невротиком, так как наряду с неврозом речевое заикание может быть обусловлено и другими причинами.

Течение невроза в значительной степени зависит от раннего распознавания психогенных корней, так как иногда расстройство трак-

¹ Невроз ожидания, проявляющийся в виде речевого заикания, некоторые авторы называют «логоневрозом».

туют как чисто соматическое, фиксируют на нем внимание больного, развивая в нем таким образом еще большую неуверенность в себе. Предоставленный самому себе, невроз имеет тенденцию ухудшаться.

Являясь симптомокомплексом невроз ожидания чаще возникает у детей конституционально-неполноценных, или у детей с тем или иным видом патологического развития, а потому лечение не может ограничиваться только устранением этого симптомокомплекса, а должно быть направлено на общее перевоспитание ребенка, иначе возможны частые рецидивы.

Тики. Тики — стереотипные подергивания в определенных мышечных областях, относятся к локализованным двигательным неврозам. В зависимости от того, какие мышечные группы захвачены заболеванием, различают тот или иной вид тика: мигание, наморщивание лба, подергивание губ, приподнимание плеча, поворот головы и т. п. По своему происхождению тики вначале являются или сознательными движениями защитного характера (тесный воротник, как причина тикозного подергивания головой) или рефлексом аналогичного происхождения (рефлекторное мигание при конъюнктивите — мигательный тик). В дальнейшем цель произвольного движения исчезает, или пропадает необходимость в защитном движении рефлекторного характера, но движение уже прочно зафиксировалось, стало привычным. В таких случаях тик стал «карикатурой определенных актов, естественных жестов» (Шарко), ранее необходимых для известной цели, но в настоящем излишних, бесплодных, принявших навязчивый характер. Несмотря на кажущуюся произвольность двигательной реакции, тик может быть задержан волевым усилием, ослаблен при отвлечении внимания. Во сне тики исчезают. У детей (в особенности, у психопатов и при патологическом развитии) тики встречаются довольно часто, нередко этому благоприятствует хроническое истощение нервной системы.

Заболевание иногда может принять упорный характер, длиться годами, особенно в тех случаях, когда на нем фиксировано внимание ребенка. Из этих соображений мы высказываемся против местного лечения (массаж, электризация), которое «поддерживает у больного представление о местном страдании и направляет его внимание на орган, функция которого нарушена» (Дюбуа). Общеукрепляющее лечение, психотерапия наиболее показаны при лечении тиков. Следует помнить о частых рецидивах и о возможности возникновения одних тиков вместо других. В таких случаях помогает не только устранение травматизирующих психику моментов, но главным образом общее перевоспитание ребенка.

Распознавание в выраженных случаях трудности не представляет. Не следует забывать, что приблизительно в 25% случаев тики встречаются при органических заболеваниях нервной системы (например, эпидемический энцефалит), а потому при распознавании необходимо на эту сторону обращать тщательное внимание. Известным диагностическим подспорьем при распознавании тиков органического происхождения служит: 1) начало тиков в связи с инфекцией, 2) наличие других органических поражений нервной системы, 3) отсутствие

в анамнезе указаний на травмировавшие психику моменты, 4) слабый эффект при психотерапевтическом воздействии.

Вегетативные неврозы. Вегетативные неврозы — это расстройства, при которых картина болезни сводится к нарушению функции одного какого-нибудь органа или системы (при отсутствии их органического поражения). Из большого количества клинических симптомокомплексов этих расстройств мы остановимся только на некоторых, более или менее часто наблюдающихся в детской практике. Вегетативные неврозы реже встречаются самостоятельно, чаще присоединяются к другим психогенным реакциям и психическим аномалиям, нередко являясь их неотъемлемой частью (в особенности часто они наблюдаются при истерии, о чем мы будем подробнее говорить дальше).

Желудочно-кишечные неврозы. У детей сравнительно нередко приходится встречаться с *рвотой и отсутствием аппетита*. Каждый прием пищи им в тягость и часто возможен только или при отвлечении внимания, или при настойчивых приказах, требованиях. Нередко ребенок подолгу, не проглатывая, держит пищу во рту; жует медленно, вяло, с большими перерывами. Вслед за кормлением часто следует рвота; в других случаях рвота появляется лишь при определенном виде пищи, в определенное время и пр. В ряде случаев вместо рвоты часто бывает лишь тошнота. Причины подобного расстройства лежат в перекормливании детей, в чрезмерной заботе об их питании, иногда имеется какой-нибудь неотреагированный комплекс и т. п. Распознавание требует полного исключения каких-либо заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта. Лечение — психотерапия и регулирование режима.

Несколько реже встречаются у детей *приступы болей в животе*. Клиническая картина в большинстве случаев такова: резкие колики наступают внезапно среди полного здоровья, действие кишечника или не нарушено, или отмечается запор; боли быстро исчезают с тем, чтобы через некоторое время снова повториться. Иногда приступы болей бывают в течение дня несколько раз, иногда же несколько приступов в течение месяца. При распознавании следует исключить заболевания желудочно-кишечного тракта. В тех случаях, когда отмечается тяжелое наследственное отягощение и в психике ребенка есть наличие черт, свойственных эпилептикам, следует подумать о начале эпилепсии, первые приступы которой иногда могут быть несколько похожими на описанные колики в животе. Длительное существование одного этого симптома (колик), устранение его психотерапевтическим путем служат надежным признаком для отличия от эпилепсии.

Запоры, сопровождающие рвоту и приступы колик в животе, могут встречаться и изолированно. Причины таких запоров разнообразны, но чаще всего это регулярная задержка дефекации из-за увлечения игрой, смущения и т. п., неприученность к употреблению брюшного пресса, трещины в заднем проходе и т. д. Лечение сводится к регулированию режима и психотерапии.

Сосудисто-сердечные неврозы. Сравнительно

часто встречаются жалобы на сердцебиения, «зампирания сердца», боли в сердечной области, «колотье в боку». Пульс неустойчивый, легко меняющийся при незначительных изменениях положения тела. Легкое покраснение, побледнение лица; влажность, потливость тела. Конечности холодны наощупь, влажны, синюшны. При исключении органического порока сердца заболевание лечится психотерапевтически.

К наиболее частым расстройствам со стороны дыхательного аппарата принадлежит *кашель*. Кашель сухой, толчкообразный, появляющийся приступами, иногда в определенное время дня или ночи. Обыкновенно кашель самостоятельно долго не проходит, при фиксации на нем внимания ребенка резко усиливается (наблюдаемое в течение длительного времени покашливание — ближе к тикю). Необходимо тщательно исключить заболевание дыхательного аппарата, после чего следует применение психотерапии.

Со стороны мочеполового аппарата обращает на себя внимание *ночное недержание мочи* (*enuresis nocturna*). Следует помнить, что энурез (недержание) является только симптомом, наблюдающимся при самых разнообразных заболеваниях. При недоразвитии или заболевании коры головного мозга мы нередко встречаемся с энурезом (у олигофренов, эпилептиков, а также у детей, перенесших менинго-энцефалит и т. п.). Точно так же энурез может быть и при заболеваниях спинного мозга (иногда сухотка спинного мозга начинается с расстройств мочевого пузыря, некоторые случаи *spina bifida*, ранения, ушибы, туберкулез позвоночника и т. д.).

В ряде случаев энурез бывает связан с заболеваниями или недостатками мочеполового аппарата (цистит, пиелит, вульвит, белянит, уродства, спайки, камни пузыря и целый ряд изменений в области наружных половых органов). Наконец, очень часто энурез обязан своим происхождением погрешностям в диете, неправильному воспитанию.

В зависимости от причин энуреза проводится и лечение, а потому требуется особенно тщательное распознавание, чтобы избежать шаблонизирования при лечении и в связи с этим получения ничтожных терапевтических результатов.

При лечении энуреза, связанного с расстройством вегетативной нервной системы, хорошие результаты получаются при налаживании режима, общеукрепляющем лечении, психотерапии. Само собой разумеется, что не следует энуретиков, от какой бы причины ни зависел их энурез, выделять в особые спальни, так как это травмирует психику ребенка, да и воспитательский персонал в таких случаях легко мирится с наличием в детском доме энуретиков, мало обращая на них внимания, так как они не причиняют лишних хлопот. В результате в таких спальнях дети приобретают более прочную привычку к энурезу, и лечение затягивается на более продолжительный срок.

Нервные дерматозы рассматриваются как функциональные нервные дистрофии (расстройства питания) кожи (у детей чаще отмечаются крапивница и *remphigus*), которые могут быть результатом приобретенной раздражимости вегетативной нервной

системы. Лечение симптоматическое, общеукрепляющее. Нередко нервные дерматозы сопровождают другие заболевания.

Истерия. Истерия является сложной психогенной реакцией, возникающей, как защита против самых разнообразных травмирующих психику моментов: сильное психическое потрясение — испуг, гнев, страх, потеря близкого лица, тяжелая жизненная ситуация, предъявленные в школе, на работе, повышенные требования, с которыми не справляется данная личность, боязнь последствий нарушения долга, сексуальные травмы и многое другое.

В понимании сущности истерии, механизмов ее возникновения единства мнения до сих пор нет. Здесь мы приведем концепцию истерии в том виде, в каком она более или менее (т. е. с теми или иными, в общем незначительными ограничениями, поправками) признается большинством современных ученых.

По Крепелину истерия характеризуется «распространением эмоций на все области психической и физической жизни организма» и превращением их в симптомы болезни. По существу эти симптомы болезни являются не чем иным, как преувеличенным и искаженным выражением душевных волнений. Например, при сильных аффективных переживаниях у каждого человека на короткое время могут ослабеть и подкостыться ноги, произойти случайная утрата голоса, обморок, наступить оцепенение и т. д. Подобные формы выражения эмоций большей частью представляют собой по Крепелину (мысль, высказанная впервые Д а р в и н о м) первобытные средства защиты, филогенетически старые приспособления. В процессе формирования общества эти средства защиты, как излишние, постепенно исчезали, и если они теперь выступают иногда у здоровых лиц, то лишь в остаточной (рудиментарной) форме и при этом лишь при условии особо сильных аффективных переживаний. У психически незрелых лиц, какими до известной степени являются психопаты и лица с патологическим развитием (особенно истероиды), подобные утрированные формы проявления эмоций возникают значительно легче, чем у здоровых, причем эти проявления не исчезают вслед за прекращением аффективного волнения, а имеют повышенную склонность закрепляться на более или менее длительный срок (так называемое «истерическое привыкание»).

С точки зрения высказанного им положения Крепелин делит истерические расстройства на четыре группы: 1) расстройства, символизирующие уход от вредных моментов (потеря чувствительности — анестезия, слепота, глухота, психические истерические расстройства); 2) явления, обозначающие как бы попытку напряжения последних сил (истерические припадки, приступы возбуждения, буйства); 3) симптомы, как бы обнаруживающие известную настроенность к возможной опасности (повышение чувствительности — гиперестезия, боли, обострения слуха, зрения, обоняния); 4) группа подсобных средств к устранению вредностей (кашель, чихание, рвота, поносы и т. д.).

Таким образом, истерические расстройства, по Крепелину, являются филогенетически первобытной формой выражения эмоций, носящей инстинктивный защитный характер.

Нарисовать исчерпывающую клиническую картину истерии крайне трудно, так как встречающиеся при ней симптомы отличаются большой подвижностью, нестойкостью, изменчивостью. Возникая в связи с теми или иными аффективными переживаниями, соматические симптомы при истерии строятся не по биологическим закономерностям, а в соответствии с общераспространенными представлениями о болезни, на основании виденного или слышанного о болезненных проявлениях у других. Так например, наблюдающееся понижение чувствительности локализуется не по ходу нервов, а захватывает те участки, которые по представлению больного у него должны быть поражены. Или другой пример: больной совершенно не может

ни стоять, ни ходить, а в то же время, лежа в кровати, проделывает нижними конечностями самые разнообразные движения.

Большую роль в клинической симптоматике истерии играют также внушение и самовнушение.

Исходя из всего сказанного, мы здесь нарисуем не клиническую картину истерии, а перечислим наиболее часто встречающиеся отдельные симптомы, которые не только у различных больных, но у одного и того же больного в течении болезни могут группироваться по разному.

Сравнительно часто наблюдаются: полная или частичная потеря движений в конечностях (вялые и спастические параличи, не связанные с анатомическим распределением двигательных функций и не сопровождающиеся патологическими рефлексам), понижение силы движений, разнообразные расстройства координаций движений, дрожание (tremor), ритмические и беспорядочные судорожные подергивания; нарушения позы тела и головы в виде всевозможных искривлений позвоночника, склоненной, согнутой головы (кривошея). Подобные нарушения в моторике часто сказываются расстройствами со стороны походки (невозможность стоять и ходить, резкие пошатывания при ходьбе, при стоянии, выкидывание ног в стороны, приволакивание и пр.), со стороны речи (полное ее отсутствие, «выталкивание» отдельных слов, заикание и т. д.), со стороны письма (меняющийся почерк, разорванность букв и пр.).

Заслуживают более подробного описания истерические припадки. Обморочные состояния сопровождаются бледностью лица, расслаблением мускулатуры тела, малым учащенным пульсом, пониженной чувствительностью или полным ее отсутствием к внешним раздражителям. Потеря сознания в действительности не столь полная, как это кажется, зрачки реагируют на свет, искусный распрос обыкновенно устанавливает отсутствие амнезии (запоминания) событий, предшествовавших обмороку и происшедших в течение его.

Судорожные припадки у детей могут проявляться то в более слабой, то в более сильной степени. В слабой степени это разнообразные мимические и пантомимические выразительные движения, защитные движения, примитивные речеводвигательные: крик, стон, вой, зов, вопли, жалобы. Обыкновенно в подобных припадках не трудно подметить упрощенное моторное оформление примитивных душевных явлений: нападение, защита, бегство; уменьшение, увеличение, устранение тела, стремление показаться безжизненным, бессильным, или, наоборот, очень сильным, заставить себя понять при помощи шума, тона, звука, избегая речи.

В более тяжелых случаях внезапное сильное побледнение лица, падение на пол (сравнительно редко при этом ушибаются); двигательные проявления, обыкновенно аналогичные тем, что и при слабых припадках, иногда с добавлением театральных поз, воспроизведение в припадке или травмировавшего психику события или того происшествия, которое послужило непосредственным поводом к данному припадку. Сознание нередко глубоко затемнено; прикусывания языка, недержания мочи и кала, как правило, не отме-

чается. Зрачки широкие, обычно реагируют на свет, но в отдельных, сравнительно редких, случаях реакция на свет отсутствует. Истерический припадок, возникающий вслед за сильным эмоциональным раздражением, всегда имеет какую-нибудь цель, рассчитан на «зрителя». Как правило, истерические припадки никогда не бывают во сне, что служит одним из отличительных признаков от эпилепсии.

Значительно реже приходится встречаться у детей с сумеречными состояниями. В подобных случаях ребенок дезориентирован, не воспринимает вопросов, отвечает невпопад, его поведение не соответствует окружающей действительности, хотя все же ослабленным образом она на него влияет. Нередко сумеречные состояния сопровождаются яркими зрительными иллюзорными и галлюцинаторными восприятиями; слуховые и другие обманы чувств наблюдаются реже. Длительность этих состояний различна: от часа до нескольких дней — недель; чаще они бывают кратковременными.

Остановимся в нескольких словах также и на других расстройствах, наблюдающихся при истерии.

Нарушения со стороны дыхательного аппарата; стеснение дыхания, одышка, судороги гортани, лающий кашель, покашливание, охриплость, афония (беззвучная речь). Со стороны пищеварительного аппарата: затруднение глотания, рвота, запоры, вздутие кишечника, колики. Со стороны мочеполового аппарата: судорога пузыря, задержка или упускание мочи, последнее крайне редко. Сердечно-сосудистая система: легкое изменение сердечного ритма, побледнение, покраснение. Расстройства чувствительности: понижение чувствительности с «наивными границами», т. е. не соответствующими анатомическому распределению, аналогичное повышение чувствительности. Разнообразные боли: в животе, в подвздошной области, приступы головных болей с наклоном к локализации боли в глазах, ушах, шее, затылке. Расстройства зрения: сужение поля зрения, близорукость, закрытый один глаз (при этом противодействие пассивному открыванию, запрокидывание головы назад не помогает открыванию глаза), крайне редко слепота. Расстройства слуха — редко глухота, значительно чаще преувеличение (агравация) понижения слуха.

Соматические расстройства при истерии нередко выглядят значительно тяжелее, чем это наблюдается при органических заболеваниях центральной нервной системы. Это обманчивое впечатление тяжести расстройства при истерии кроется в том, что органические симптомы проявляются на фоне общей картины телесного заболевания, в то время как истерические симптомы обыкновенно возникают внезапно, сразу, среди полного здоровья, в силу чего они часто резко контрастируют с общим хорошим состоянием ребенка.

Внезапность и как бы произвольность возникновения симптомов, психотерапевтическое воздействие на них, резкий контраст с общим хорошим состоянием здоровья — все это вместе взятое неоднократно давало повод считать истериков симулянтами. Подавляющее большинство современных авторов не согласно с таким упрощенным пониманием истерии, вида различие между симулянтом и истериком

в том, что первый обманывает других, а второй — и себя и других. Формулируя это иначе, можно сказать: симулянт хочет казаться больным, а истерик — быть больным, т. е. искренне желает болеть.

Т е ч е н и е. Истерия у детей, являясь в большинстве случаев моносимптоматической (встречаются единичные из ранее описанных симптомов), обыкновенно протекает значительно благоприятнее, чем у взрослых. С устранением травмирующих психику моментов, применением психотерапии исчезают и симптомы заболевания. Лечение не должно ограничиваться только устранением симптомов, а должно касаться общего перевоспитания ребенка, чтобы закалить его сопротивляемость в борьбе с тяжелыми для него жизненно-эпизодическими факторами. Только таким образом удается избежать рецидивов.

Несколько реже истерия носит затяжной характер, причем случается, что на смену одним симптомам приходят другие. Упорство, с которым держатся симптомы, требует длительного лечебного и педагогического воздействия.

Р а с п о з н а в а н и е. Небрежно наброшенная одежда, скрывающая истинные формы, вот чем очень часто является истерия для других заболеваний, которые, одеваясь в истерический симптомокомплекс, прикрывают им свой настоящий вид, оставаясь подолгу нераспознанными. При распознавании следует проявлять большую осторожность, резко суживая понятие «истерический», так как нередко этот термин приобретает широкие, расплывчатые формы.

Прежде всего следует отличать истерию от неврастении. Старое правило гласит: «неврастеник от болезни терпит ущерб, истерик извлекает пользу». Другими словами, у неврастеника «воля к здоровью», у истерика — «бегство в болезнь». Неврастеник, перемогаюсь, не бросает работы — «работа — мой опиум», — говорит он, истерик избегает работы, подчеркивая свою болезнь. Наличие при неврастении моментов, истощающих нервную систему, отсутствие желания казаться больше того, чем есть на самом деле, отсутствие стремления к превосходству, стремления произвести впечатление, отсутствие театральности, рисовки, позы; наконец, соответствие симптомов заболевания общему виду больного, — все это вместе взятое служит надежными опознавательными признаками от истерии в случаях, когда симптомы ее заболевания нерезко выражены.

Значительно труднее отличие истерии от псевдоневрастении, когда истерический характер и симптомы заболевания выражены недостаточно отчетливо. Преобладание жалоб на утомление, усталость, трудность запоминания и сосредоточения, пониженную работоспособность, жалоб, связанных с определенными моментами работы или учения, будут говорить за псевдоневрастению. Отсутствие сознательных и бессознательных фальшивых чувств и поступков, эмоциональной неустойчивости, необъяснимых симпатий и антипатий — могут также до некоторой степени служить опознавательными признаками, говорящими за псевдоневрастению. За это же будет говорить и большее наличие расстройств вегетативной нервной системы при отсутствии инстинктивно-рефлекторных реакций. По поводу дифференциального

диагноза истерии от псевдоневрастении Блейлер говорит, что «речь больше идет о разнице в систематике, чем в диагностике».

Крайне важно уметь отличать истерию от эпилепсии. Истерический припадок характеризуется: неполным затемнением сознания, отсутствием упускания мочи и кала, прикусывания языка, сохранностью в большинстве случаев реакции зрачков, отсутствием припадков во сне, выраженным аффективным характером припадков (крики, позы, стон и т. д.), быстрым переходом припадков в нормальное состояние. Возникновение припадков непосредственно за неприятным эмоциональным переживанием, необходимость для припадков наличия известного окружения, «зрителей», длительность припадков (иногда несколько часов) — также могут служить диагностическим подспорьем для распознавания истерии. При диагнозе нужно руководствоваться не только самим припадком, но собрать тщательный анамнез, вырисовать кривую развития характера ребенка, констатировать наличие или отсутствие прогрессивности заболевания и т. д.

В отдельных случаях приходится отличать истерию от шизофрении. При большем количестве расстройств со стороны вегетативной нервной системы, при выраженном истерическом характере распознавание не трудно. Тогда, когда эти расстройства выявлены не резко, отличительными признаками могут служить: положительный или отрицательный аффективный контакт, который легко поддерживать с истериком, конкретное мышление истерика, без вычурности, «заумничанья», сохранность интереса к собственной личности, прислушивание к оценке своих поступков со стороны окружающих, наличие заинтересованности в чем-либо в отличие от полного индифферентизма (безразличия) шизофреника.

Констатирование патологических рефлексов и других симптомов органического заболевания центральной нервной системы будет говорить против истерии. В таких случаях всегда необходимо подумать о том, не наслоились ли истерические симптомы на органическое заболевание, что бывает сравнительно нередко.

От невроза ожидания истерия отличается тем, что при неврозе «воля к здоровью», сознание своей неполноценности, страдание от своего недостатка; улучшение моторного акта при отвлечении внимания; наконец, отсутствие тенденции изобразить свое страдание больше того, чем оно есть на самом деле. Для иллюстрации сказанного возьмем заикание. Для истерика заикание является целью — это выход из неприятной ситуации, он аггавирует (преувеличивает) этот симптом, извлекая из него выгоду. Невротик страдает от заикания, пытается его преодолеть, так как оно мешает ему, подчеркивая его неполноценность.

Нередко истерия проявляется нарушениями функции вегетативной нервной системы в виде уже описанного раньше вегетативного невроза. Провести в подобных случаях дифференциальное различие между истерией и вегетативным неврозом подчас совершенно не удается. В случаях, когда нарушение функций вегетативной нервной системы непосредственно не служит целим избавления от неприятной

ситуации, не сочетается с истерическим характером, следует предполагать вегетативный невроз.

Для лучшего усвоения сказанного об истерии приведем следующий случай. Б. В., 15½ лет. В семейном анамнезе имеются указания на злоупотребления алкоголем (пили дед и отец испытуемой); по линии матери патологического отягощения не отмечается. Отец по характеру молчаливый, угрюмый, чуждался общества, все свободное время проводил за чтением; раза 2—3 в год запивал. С женой жил плохо, постоянно ссорился, в одном только году (1930) 11 раз ушел из семьи.

Мать — неуравновешенная, экзальтированная, склонная к мистицизму.

Испытуемая от второй беременности (перед ней искусственный аборт). Физически и психически развивалась без задержки. Росла тихой, спокойной, несколько замкнутой. Когда девочке было 6 лет, мать родила еще ребенка. Этому ребенку она начинает уделять исключительное внимание, заметно для девочки охладевая к ней. Сама мать признается в том, что она делала известное различие между детьми, так как хотя «сын и был более озорным, но зато он был более сообразителен и ласков, чем Вера». В 1932 г. мальчик был насмерть раздавлен трамваем. Через 20 дней после его смерти мать (при помощи Веры) нашла сделанную им в одной из книг надпись, в которой мальчик точно указывал дату своей предстоящей смерти.

Спустя некоторое время испытуемая рассказала, что на школьном вечере ее и некоторых из ее подруг позвали «неизвестные женщины в черном», предсказавшие всем девочкам скорую смерть. Расследованием, произведенным органами НКВД, установлена вымышленность этого рассказа, чему мистически настроенная мать была не склонна верить; убеждена, что девочка не соврала.

В возрасте 14 лет испытуемая упала в школе на спину, после чего у нее были парализованы обе нижние конечности. Лечилась в соматической больнице. Симптомов органического поражения центральной нервной системы установлено не было. Через месяц заболевание бесследно прошло.

За несколько дней до поступления к нам в клинику педагогам школы через подруг испытуемой стало известно, что девочка собирается покончить с собой. Действительно, у нее было обнаружено предсмертное письмо, в котором она писала о предстоящем самоубийстве, обещая его причину рассказать только А. И. (учительнице школы, к которой девочка очень привязана). Через несколько дней после обнаружения записки была принята на исследование к нам в клинику.

Физическое развитие несколько задержано, не менструирует. Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы патологических отклонений не отмечается. WaR в крови отрицательная. Разлитой стойкий дермографизм, повышенная потливость, нерезкая цианотичность конечностей.

Первое время при поступлении держится настороженно, при попытке вступить с ней в контакт отвечает односложно, часто плачет. В дальнейшем проникается к врачу полным доверием, дает о себе все более и более исчерпывающие сведения и под конец пишет признание, в котором подтверждает, что письмо от имени брата написано ею самой, также ею вымышлен и рассказ о «черных женщинах». «Писала я, конечно, не 20 ноября, а через несколько дней после его (брата) смерти. Этим письмом я хотела маму успокоить, а вышло совсем не то».

... «Вечером стали дома разговаривать, почему Боря знал, когда он умрет. Тогда я сказала: я тоже знаю, когда я умру. У меня стали расспрашивать, я и начала рассказывать о черных женщинах, а мне поверили». По поводу записки с указанием на желание покончить с собой, Вера пишет: «записку я написала только из-за того, чтобы поговорить с А. И. Я надеялась, что она меня будет расспрашивать».

В признаниях испытуемой сквозит неприкрытая любовь к матери; между прочим по поводу брата она пишет: «Боря был мальчик хороший, но очень шалил. Но мама любила его за то, что он был ласковый, а я так не умею подлизываться, как он».

Интеллектуальное развитие девочки удовлетворительное. Мышление конкретное, запас сведений соответствует полученному образованию.

В приведенном случае нетрудно установить целевой характер заболевания.

Девочка с 6-летнего возраста начинает чувствовать охлаждение к ней матери, к которой она искренне привязана. Со смертью брата она надеется вернуть к себе любовь матери и, учитывая ее религиозно-мистические настроения, хочет подделанной надписью в книге примирить ее со смертью сына, как с фактом свыше предопределенным. Когда это не помогает, и мать попрежнему тоскует о сыне, она намекает на возможность своей скорой смерти, которая является также предопределенной, предсказанной. Не помогает и это; мать, хотя и вслушивается в рассказ девочки, но все же не беспокоится о ее судьбе так, как она тоскует о погибшем сыне. Тогда на сцену выступают новые средства привлечения внимания матери — уход в болезнь (истерический паралич ног). Однако, врачи не признают заболевание тяжелым, в связи с чем мать не столько горюет о болезни дочери («даже свидания иногда пропускала»), сколько жалуется на свою судьбу (опять-таки на первом плане погибший сын, потом разрыв с мужем и только вскользь сожаление о болезни Веры). Девочка поправляется, так как болезнь не достигает цели, и снова делает попытку завоевать любовь матери: на этот раз путем угрозы самоубийством. Покончить с собой всерьез она не думает (сама признается врачу в том, что даже ни разу не задумывалась над тем, каким способом она сможет привести свою угрозу в исполнение), ей лишь важно, чтобы об этом узнала мать. Лучше всего в этом деле может помочь любимая учительница, которой она собиралась все рассказать, во всем открыться. Записка попадает не по назначению и вместо разговора с учительницей девочка оказалась в клинике. Неудивительно, что здесь в беседе с врачом прорывается «долго зревший нарыв», и девочка с полной откровенностью раскрывается в своих интимных переживаниях.

Задачей клиники являлось налаживание отношений между матерью и девочкой. Только путем длительных бесед с врачом мать поняла истинную подоплеку «странных» в поведении дочери. Отношения были налажены, девочка вернулась в массовую школу. Удержатся ли эти отношения, будут ли они прочными, сказать пока трудно, так как девочка выписалась из клиники в апреле 1936 года.

Диагноз: *конфликтное развитие; психогенная реакция в форме истерии*. Полученные нами (ноябрь 1937 г.) сведения говорят о наладившихся взаимоотношениях между матерью и дочерью. Поведение девочки упорядоченное; учится в массовой школе, успешность средняя.

ХІХ. ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ.

При описании отдельных форм психических заболеваний и пограничных состояний мы совершенно не затрагивали вопросов психогигиены и психопрофилактики детского возраста, а также вопросов организации психоневрологической помощи детскому населению. Это было продиктовано желанием сохранить цельность представления, дав описание этих вопросов в отдельной главе. Психогигиена (гигиена от греческого — здоровье, Гиги́ейя — богиня здоровья, дочь Эскулапа) ставит своими задачами изучение влияний, оказываемых на психическое здоровье разнообразными социальными и биологическими факторами, на основании этого изучения вырабатывает те показания и противопоказания, которые могут быть вредны или полезны для охраны психического здоровья, могут содействовать его укреплению. Практическим преломлением психогигиены является психопрофилактика — сумма мероприятий, направленных к предупреждению психических заболеваний. Психогигиена является неотъемлемой частью социальной гигиены, школьной гигиены и немислима

без выполнения диктуемых ими требований, необходимых для сохранения и укрепления соматического здоровья. Описание задач и методов психогигиены вне связи с задачами социальной гигиены, школьной гигиены будет неполным, так как борьба с социальными болезнями, гигиена труда и быта, гигиена жилища, рабочего места, одежды, питания и пр. — все это необходимые предпосылки для психогигиены детского возраста. Чтобы не расширять объема книги, мы принуждены опустить здесь все эти чрезвычайно важные предпосылки, лишь ограничившись самыми общими указаниями.

Начнем с общих вопросов профилактики детского возраста, так как между соматическим и психическим здоровьем существует неразрывная, теснейшая связь и зависимость. Принято различать общественную и индивидуальную профилактику. Общественная профилактика — это система мероприятий, направленных к охране ребенка и его прав на жизнь, охрана его от различных заболеваний, оздоровление потомства. У нас в СССР профилактика (в отличие от буржуазных стран, в которых она почти исключительно находится в руках частной или общественной благотворительности) является делом государства. Прежде всего это находит свое отражение в нашем законодательстве, в котором так ярко сказывается подлинная, постоянная забота партии и правительства о наших детях. Приведем некоторые из этих постановлений: освобождение женщин на 8 недель до и после родов с сохранением за ними на это время места их работы и содержания, воспрещение отказа в приеме женщин на работу и снижения им заработной платы по мотивам беременности, запрещение для беременных ночных работ и посылки их в командировки, выдача единовременного пособия на роды, кормление, на предмет ухода за новорожденным, пособие многодетным, получасовой дополнительный перерыв для кормления ребенка с зачетом этого перерыва в счет рабочего времени, запрещение аборт при создании максимально-благоприятных условий для матери и ее будущих детей, строгая ответственность за неуплату алиментов, широко развернутая сеть учебных, воспитательных, лечебных и профилактических детских учреждений и многое другое.

Заботами партии и правительства созданы у нас в системе здравоохранения и такие мощные государственные организации, как охрана материнства и младенчества, охрана здоровья детей и подростков. Коротко остановимся на основных моментах работы этих организаций.

Правильный уход за ребенком — самая лучшая профилактика; начинается она с момента зачатия ребенка, так как его здоровье во многом зависит от состояния матери в период беременности, родов и послеродового периода. В связи с этим в задачи органов охраны материнства и младенчества входит консультация беременным, которая имеет целью подготовить их к материнству, следить за течением беременности, обучить уходу за будущими детьми. Для одиноких женщин организованы дома для беременных и общежития для матерей, в которых они могут до и после родов найти приют, поддержку, различные виды помощи (например, устройство на работу,

урегулирование жилищного вопроса, денежное пособие, одежда, питание и т. д.). Также широко поставлена и бесплатная юридическая консультация, оказывающая помощь в защите прав малолетних и их представителей — матерей, опекунов (установление отцовства, взыскание алиментов, вопросы социального обеспечения, социального страхования и пр.).

После рождения ребенок еще в течение трех лет не уходит из поля зрения органов охраны материнства и младенчества, которые следят за правильностью его физического развития. Путем своевременного распознавания, предохранения от распространения органы охраны материнства и младенчества включают в борьбу с различными болезнями (сифилис, туберкулез и пр.). Культурно-просветительная и профилактическая работа этих органов направлена также на борьбу с мертворождениями, слаборожденностью, недоношенностью, абортами.

Наряду с общими социальными мероприятиями, проводимыми государством, профилактическая работа органов материнства и младенчества нашла свое отражение в значительном увеличении из года в год процента рождаемости и в резком снижении процента детской смертности. Уже к 1930 г. в СССР смертность населения уменьшилась по сравнению с довоенным временем на 36% по общей и на 42,5% по детской линии.

Профилактическая работа органов охраны здоровья детей и подростков сказывается в систематическом врачебном надзоре за физическим и психическим здоровьем детей (от 3 до 16 лет). Осуществляется это путем диспансеризации детей при поликлиниках (ведущих, кстати сказать, наряду с профилактической и большую лечебную работу), а также путем прикрепления врачей к различным детским учреждениям (очаги, школы, детские дома и т. д.). В обязанности врачей этих учреждений входит постоянный контроль над физическим развитием детей, над их заболеваемостью, санитарный надзор за помещением и пр. Врач учреждения принимает участие в обследовании, а также осуществляет надзор и контроль с гигиенической точки зрения над различными режимными моментами, следит за физической и санитарной культурой детей, назначает и проводит наблюдение за разнообразными лечебно-оздоровительными мероприятиями. Из этих последних особенно важными с точки зрения как лечения, так и профилактики являются всякого рода гидротерапевтические процедуры (душ, обливания, обтирания, ванны), благотворно влияющие на самочувствие, обмен веществ, биотонус. Аналогичное значение имеют воздушные и до известной степени солнечные ванны, которые обычно применяют в условиях летней оздоровительной работы с детьми и подростками. Попутно следует заметить, что летняя оздоровительная работа в нашем Союзе имеет грандиозный размах, так как ею охвачено почти все детское население (вывоз на дачи, в пионер-лагери, санаторные площадки, санаторные лагери и пр.).

Наряду с общими профилактическими мероприятиями громадное значение для оздоровительных целей имеет также и госпитализация.

Здесь мы остановимся только на той сети учреждений, которая развернута для лечения нервных и душевнобольных детей и подростков.¹ Чтобы судить о том, насколько эта сеть учреждений удовлетворяет имеющиеся потребности, необходимо располагать статистическими данными о числе нервно и душевнобольных детей и подростков. К сожалению, исчерпывающими цифровыми данными, характеризующими степень нервной и психической заболеваемости детского населения, мы до настоящего времени не располагаем. В дореволюционное время при переписях душевнобольных в статистическую обработку попадали лишь сведения о формальных душевных заболеваниях, пограничные состояния при этом совершенно не учитывались. После революции во время всесоюзной переписи населения в 1926 г. в «личном листке» был поставлен вопрос о врожденных и приобретенных психических болезнях. Полученные при переписи сведения не отражают полностью числа душевнобольных, так как в подсчет вошли преимущественно хроники и совершенно не учтенными оказались другие категории больных (психопаты, психические заболевания, кончившиеся незначительным дефектом и т. п.).

Остановимся в нескольких словах на сети детских невропсихиатрических учреждений. Известный процент детей невротиков, требуя лишь некоторых оздоровительных мероприятий различной интенсивности и значения, может и должен обучаться и воспитываться в условиях массовой школы. Для проведения более интенсивных оздоровительных мероприятий некоторые из них должны быть временно помещены в санатории для нервных детей.

Психопаты направляются в специальные санатории, которые отличаются от санатория для нервных детей тем, что они по своей организации больше приближаются к психиатрическим отделениям (запирающиеся двери, постельное содержание в течение того или иного срока для некоторых групп детей, наличие отделения с психиатрическим режимом для беспокойных детей и пр.).

Дети с острыми и подострыми психическими расстройствами нуждаются в помещении в специальные детские психиатрические лечебницы или в детские психиатрические отделения при больницах для взрослых. Отделения, организованные при ряде психиатрических больниц, имеют собственные павильоны; со взрослыми больными дети не соприкасаются. Наряду с лечебной работой (в которой известно место отводится рабочей терапии) с детьми проводится также и педагогическая работа: обучение по программе массовой или специальной школы для того, чтобы по выздоровлении дети по возможности не отставали в навыках от своих здоровых сверстников.

Больные трудоспособные хроники (нерезко дементные органики и эпилептики, шизофреники в исходном состоянии и пр.) интернируются в психиатрические лечебно-трудовые колонии. Наряду с лечебными мероприятиями акцент в этих учреждениях ставится

¹ О показаниях и противопоказаниях к приему в эти учреждения см. приложение в конце книги.

на использовании всех возможностей больных для приучения их к тем или иным видам трудовой деятельности (простейшие формы труда), на приучение их к самообслуживанию. Колонии организуются как самостоятельно, так и при психиатрических больницах для взрослых, с обособленным отделением для детей.

Нетрудоспособные хроничи (идиоты, глубоко дементные органики, эпилептики и пр.) нуждаются лишь в наблюдении, уходе, попечении. Эти учреждения находятся в ведении НКСобеса.

Эпилептики с частыми припадками, с более или менее сохранившимся интеллектом или с редкими припадками, но с значительными изменениями характера помещаются в специальные санатории. Подобные санатории для эпилептиков или организованы отдельно, или (в виде самостоятельных отделений) при психиатрических больницах для взрослых. В санаториях применяются все современные виды лечения эпилепсии, а также обращается большое внимание на обучение и трудовые процессы (последние применительно к особенностям заболевания этих детей).

Дети с острыми поражениями (преимущественно инфекционного характера) центральной нервной системы, требующие лечения, интернируются в нервные отделения, обыкновенно организованные как самостоятельные при детских больницах.

Дети со стойкими поражениями центральной нервной системы, нуждающиеся в невроортопедической помощи, помещаются в Москве — в дом увечного ребенка, в Ленинграде — в институт им. проф. Г. И. Турнера. Кроме того, во многих городах уже развернуты или развертываются при хирургических отделениях больниц специальные ортопедические отделения для детей. Наряду с лечебной помощью с этими детьми проводится также и большая педагогическая и воспитательная работа, что впоследствии дает этим детям полную возможность, несмотря на длительный срок пребывания в учреждении (в отдельных случаях 3—5 и более лет), окончить среднюю школу и высшие учебные заведения.

Переходим к вопросам индивидуальной психогигиены и психопрофилактики, разбив их для удобства изложения по отдельным возрастам.

Младенческий и дошкольный периоды. До двух лет большая часть жизни ребенка проходит во сне (до года дети спят 15—20 часов, от года до двух лет 13—15 часов), а потому в этом периоде гигиена сна ребенка должна занимать одно из важных мест. С точки зрения гигиены нервной системы рекомендуется избегать резких и длительных внешних раздражителей (шум, крик, яркий свет и пр.).

Само собой разумеется, что в центре внимания должно также быть и питание ребенка. Перекармливание, неправильности, погрешности в диете часто бывают причиной самых разнообразных неполадок со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры, поносы, рвота, капризный, избирательный аппетит и т. п.). Недостаточный уход за здоровьем ребенка обыкновенно приводит к различного рода соматическим заболеваниям, ослабляющим организм, вместе с ним и нерв-

ную систему. С другой стороны, не рекомендуется и резко обостренная заботливость о здоровье ребенка, так как нередко она обуславливает изнеженность, хрупкость, меньшую сопротивляемость влиянию различных вредных экзогенных факторов (инфекции, интоксикации и пр.).

Чрезмерное заласкивание, беспрекословное исполнение желаний ребенка нередко делает из него «маленького деспота семьи». Травматизирующими моментами этого периода развития являются выставляемые родителями напоказ различные «способности» ребенка, захваливание его, что ведет к повышенной самооценке и в дальнейшем, при непризнании его способностей другими — к тягостным психическим переживаниям. В этом же периоде, наоборот, могут быть впервые заронены у ребенка сомнения в своей полноценности, когда постоянно подчеркивают лишь его отрицательные стороны. Нередко также уже в младенческом и дошкольном периодах подготавливается почва для всевозможных страхов (запугивание темнотой, людьми, животными и т. д.).

Важным моментом этого периода является развитие моторики, которая, искусственно задержанная неправильным воспитанием, может впоследствии стать источником для психической травмы. В этом же периоде развития отмечается начало речи, на позднее появление которой, а также неправильности произношения (в особенности на заикание) необходимо своевременно обратить внимание.

Следует также помнить, что неприучение ребенка к опрятности может стать источником упорного энуреза (недержания мочи); недостаточный гигиенический уход за половыми органами — обусловить онанизм. Необходимо еще отметить, что в этом периоде половая неряшливость родителей (разговоры в присутствии ребенка на сексуальные темы и пр.) может резко травмировать ребенка. В результате этого иногда рано просыпается половое любопытство, отмечаются различные невротические проявления в виде нарушения сна, ночных страхов, психомоторного беспокойства и пр.

Д о ш к о л ь н ы й в о з р а с т также имеет свои особенности, требующие тех или иных профилактических мероприятий. Сравнительно быстрая истощаемость, утомляемость нервной системы диктуют необходимость недлительных занятий, конкретного живого, образного материала. Неумение ребенка подолгу сосредоточивать внимание обуславливает более частую, но рациональную смену впечатлений. Особенно утомляет монотонный размеренный уклад, лишенный всякой эмоциональной зарядки, красочности. Иногда эта эмоциональная зарядка понимается крайне превратно, когда жизнь ребенка насыщена всевозможными зрелищами, развлечениями, удовольствиями. Без сомнения, эти зрелища, развлечения, помимо строгого контроля их содержания, нуждаются в тщательной дозировке (длительность их не должна превышать часа времени, не чаще одного раза в декаду; для более младших — одного раза в месяц). Эмоциональный тон, эмоциональная зарядка должны проистекать из внутреннего содержания занятий, работы, а не строиться, как это еще иногда случается, только на чисто внешней, показной стороне.

Помимо эмоциональной окраски, правильных чередований периодов работы и отдыха, конкретного содержания, необходимо предподносимый материал сообразовать с возрастными особенностями ребенка, избегая как излишнего форсирования развития, так и его искусственной задержки. Очень нередко в семье, при неправильном воспитании, из таких детей выходят «старички-умницы» или, наоборот, искусственно задержанные, «инфантилизованные» в своем развитии дети.

Неправильная дозировка работы и отдыха, перегруженность впечатлениями приводят к повышенной нервной возбудимости. Очень часто психомоторное возбуждение сказывается перед сном, а потому необходимо вечером избегать шумных, подвижных игр, возбуждающих развлечений, длительных прогулок и пр. Для детей дошкольного возраста (точно так же и преддошкольного) является показанным мертвый час — отдых днем в течение $1\frac{1}{2}$ —2 часов.

Во время пребывания в постели (а также и при посещении уборной) ребенок не должен оставаться без наблюдения, так как нередко дошкольные годы являются временем начала онанизма. Поскольку онанизм в этом возрасте имеет элементарно-биологический характер, служит известным разрядом для соответствующего раздражения (нечистоплотное содержание половых органов, глисты, узкая, стесняющая движения ног, одежда и пр.), обыкновенно лишен при этом полового любопытства, говорит о сексуальности в смысле определенного полового чувства, свойственного более старшим детям и взрослым, совершенно не приходится. Поэтому в дошкольном возрасте не может быть и речи о половом воспитании в педагогическом смысле, а лишь о тех или иных лечебных или гигиенических мероприятиях, так как всякое разъяснение вопросов пола только излишне фиксирует внимание ребенка на этой теме. К сожалению, нередко случается, что родители, воспитатели в борьбе с онанизмом у детей приносят им вред, когда физически их наказывают, всячески запугивают, устраивают за ними неослабный сыск. В результате за такой неправильный подход ребенок расплачивается впоследствии невротическими симптомами.

В дошкольном возрасте (точно так же в младенческом и преддошкольном возрастах) дети сравнительно часто болеют различными инфекционными заболеваниями. Во время болезни, особенно в период выздоровления, обостряются эгоистические тенденции, обнаруживается фиксация внимания на соматическом состоянии, сопровождаемая постоянными опасениями причинить вред своему здоровью. Чрезмерно заботливый уход, преувеличенная боязнь окружающих за состояние здоровья нередко располагают ребенка к тому, что он затягивает период выздоровления, несколько аггравировает (преувеличивает) свои страдания, чтобы этим самым вызвать к себе интерес, продлить о себе заботы.

Школьный возраст с точки зрения психогигиены и психопрофилактики также имеет целый ряд своих особенностей. Вопросы утомления и в связи с этим дозировка нагрузки, последовательность в смене предметов занятий, их длительность и т. д. — все эти вопросы

еще до настоящего времени во многом не получили своего должного разрешения. Например, такой кардинальный вопрос, как утомляемость, до сих пор является дискуссионным, так как еще не имеется сколько-нибудь надежных объективных методов его исследования. Субъективное чувство усталости не всегда может служить достаточным критерием утомления. Все же, как известные опознавательные признаки переутомления, могут быть использованы некоторые симптомы усталости: после перерыва или окончания работы не происходит полного переключения на другие темы, а еще более или менее длительный период времени продолжается отрывочное и нецелесообразное переживание деталей закончившейся работы. Подобные переживания часто не прекращаются и ночью, когда тема работы еще продолжает заполнять сознание. Обычный отдых, сон не уничтожают усталости: ребенок чувствует себя разбитым, вялым, неспособным к волевому усилию. К этому присоединяются ослабление внимания, нарушение координации тонких движений, иногда понижение тактильной чувствительности, что — все вместе взятое — обычно снижает продуктивность.

В школьные годы (в особенности в период полового созревания) физическое развитие дает резкие количественные и качественные сдвиги. В эти годы нередко наблюдается отставание роста мышц от роста длинных костей конечностей, что сказывается жалобами на боли, неприятные ощущения в руках, ногах, невозможность длительно стоять на одном месте. В связи с этим диктуется правильная дозировка труда и отдыха.

Особенно пристального внимания заслуживает пубертатный возраст. В этом возрасте заканчивается созревание половых желез (отсюда и название его пубертатный, т. е. период полового созревания). Это созревание протекает не только в плане морфологических изменений, но оно оказывает значительное влияние на психику подростков: изменяется отношение к другому полу, привлекают к себе внимание сексуальные темы, занимающие при неправильном воспитании значительное содержание в психике подростка. Поэтому гигиена половой жизни в этом возрасте приобретает особенно большое значение. Прежде всего нужно со всей категоричностью сказать, что нет какого-то особого полового воспитания, особого полового просвещения, есть лишь воспитание, которое должно учитывать половой вопрос с психогигиенической точки зрения. Правильно поставленное воспитание полностью покрывает собой и вопросы «полового воспитания» без того, чтобы их следовало выделять и отрывать от общей системы воспитания. В наших условиях (наряду с общими моментами воспитания) большую помощь в этом направлении оказывает совместное воспитание полов, что помогает изживанию их искусственной отчужденности, которая обычно способствует обоюдному разжиганию полового любопытства. Если у школьников по той или иной причине пробудилось половое любопытство, то его, принаравливаясь к их умственному развитию, следует удовлетворить, разъяснив в доступной для их понимания форме естественно-научное и социальное значение вопросов размноже-

ния. Излишнее фиксирование внимания школьников на вопросах пола следует переводить на другие темы, пробуждающемуся половому чувству давать отток в другое русло (игры, развлечения, спорт, физкультура и пр.).

Перечисленные здесь особенности младенческого, детского и подросткового возрастов далеко не исчерпывают всего их многообразия, и причинно-следственные зависимости гораздо сложнее, чем их можно было представить в схематическом изложении. Отсюда и та сложность задач, которые встают перед психогигиеной и психопрофилактикой детского возраста.

Оглядываясь на дореволюционное прошлое и сравнивая его с настоящим временем, можно с большим чувством удовлетворения констатировать, что психогигиена и психопрофилактика детского возраста поставлены в СССР на такую недостижимую высоту, которая совершенно недоступна ни для одной капиталистической страны. Основания для подобного утверждения очевидны: улучшение труда и быта всего населения, широко поставленная охрана материнства и младенчества, а также здоровья детей и подростков (в частности, сеть лечебных, оздоровительных и профилактических учреждений после революции не только колоссально увеличилась, но в значительной степени выросла на нетронутой целине), культурная революция с ее широко распространенной грамотностью среди населения, полное отсутствие эксплуатации труда, защита прав малолетних и несовершеннолетних и многое другое, к чему мы так привыкли за эти годы, иногда забывая о том, что все эти достижения принесла нам Великая пролетарская революция, признавшая «всех детей — детьми республики, а заботу о ребенке — прямой заботой государства». Благодаря всем упомянутым выше моментам, у нас в СССР *процент психических заболеваний детей неуклонно падает*. В снижении процента психических заболеваний посильное участие принимают не только врачи, но и педагоги, которым для успешного осуществления их роли психогигиенистов и психопрофилактиков необходимо знать как нормальных, так и психически больных детей.

ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕВРОПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НИМ, ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ОТБОРА.

Утверждено НКЗдравом РСФСР 19/III 1937 г.

1. ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ В СЕТИ НКЗдрава.

1. Санатории для нервных детей.

Примечание. Эти санатории следует организовывать раздельно для более легких и для тяжелых случаев. Однако, в зависимости от местных условий при невозможности иметь 2 самостоятельных учреждения, это может быть одним учреждением для обеих форм при обязательном условии раздельности помещений: павильоны, крылья или этажи с отдельными ходами.

2. Санатории для эпилептиков.

3. Психиатрическая больница для острых душевных больных или детские отделения при общих психиатрических больницах.

4. Психиатрическая лечебно-трудовая колония для психически-больных детей-хроников, нуждающихся в лечении, психиатрическом уходе и надзоре.

5. Неврологические отделения при соматических больницах для некоторых форм органических поражений нервной системы.

6. Нервные отделения или больницы для курабельных форм органических хронически текущих заболеваний нервной системы.

7. Учреждения для логоневротиков:

1) логотерапевтические кабинеты при детских поликлиниках, детских отделениях единых диспансеров;

2) полустационары в виде санаторных площадок для лечения логоневрозов и тяжелых форм логонатии.

Примечание. Последние могут организовываться в районном (городском) масштабе.

II. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИЕМУ.

1. Санатории для нервных детей.

А) В санатории для нервных детей легкой формы принимаются дети обоего пола в возрасте от 4 до 14 лет.

Примечание. Санаторий может охватывать как дошкольный, так и школьный возраст при наличии раздельных помещений — павильонов, крыльев, этажей с отдельным ходом и т. д.

Подлежат приему.

1. Дети, страдающие неврозами (психогении, реактивными состояниями, невротическим развитием и т. д.).

2. Невропатии и психопатии средней степени.

3. Эндокринопатии, представляющие психические аномалии легкой и средней степени.

Примечания. 1. В санаторий поступают лишь те, которые, нуждаясь в изъятии из домашней среды, не могут ограничиться амбулаторной помощью или полустационаром для проходящих.

2. Дети с неврозами соматогенного происхождения (в связи с туберкулезной интоксикацией, перенесенным острым заболеванием центральной нервной системы и т. д.) направляются в общесоматические санатории.

Не подлежат приему.

1. Выраженные формы психозов.
2. Тяжелые степени психопатических состояний.
3. Олигофрены.
4. Криминальные случаи.
5. Серьезные отклонения в физическом здоровье, нуждающиеся в индивидуальных или специальных лечебных мероприятиях и особом уходе — послеоперационные, костно-туберкулезные и пр.

Дети, представляющие опасность для окружающих в смысле возможности инфекционных или паразитарных заболеваний: трахома, трихофития, бациллоносительство, бывшие в соприкосновении с инфекциями на срок инкубации, ни в одно из перечисленных ниже учреждений не принимаются.

6. Эпилептики.
7. Дети с тяжелыми органическими поражениями центральной нервной системы.

Средний срок пребывания 3—4 месяца с правом сокращения и продления срока в отдельных случаях.

В) В санатории для детей-психопатов более тяжелой степени принимаются дети в возрасте от 7 до 14 лет. Обоюбого пола — лишь в том случае, если в санатории имеются отдельные помещения: павильоны, крылья, этажи с отдельным ходом. При отсутствии указанных условий принимается лишь один пол.

Подлежат приему.

1. Тяжелые формы психопатий.
2. Патологические развития, реактивно обусловленные.
3. Приобретенные психопатоподобные состояния после перенесенных поражений мозга.
4. Затяжные и вяло текущие формы душевных заболеваний (в отдельных случаях).

Не подлежат приему.

1. Выраженные психозы.
2. Эпилептики с частыми припадками.
3. Олигофрены и случаи выраженной деменции.
4. Криминальные случаи.
5. Дети с тяжелыми соматическими заболеваниями, требующие особого ухода.
6. Дети с тяжелыми органическими поражениями центральной нервной системы.

Срок пребывания от 6 месяцев с правом сокращения или продления в отдельных случаях.

2. В санатории для эпилептиков принимаются дети в возрасте от 4 до 18 лет обоюбого пола с разделением детей по возрасту и полу внутри санатория. Дошкольное отделение должно быть выделено в отдельное крыло, этаж, павильон.

Подлежат приему.

Эпилептики, требующие стационарного лечения.

Не подлежат приему.

1. Эпилептики с психотическими явлениями, требующие психиатрического надзора (подлежат направлению в психиатрические больницы).
2. Эпилептики с редкими припадками, способные обучаться в нормальной школе и жить в обычных условиях.

3. Эпилептики с резко выраженной деградацией психики (Собес).
 4. Криминальные эпилептики.
 5. Эпилептики — соматически больные, требующие особого ухода.
- Средний срок пребывания от 6 месяцев до 1 года с правом сокращения или продления в отдельных случаях.

Примечание. В крупных санаториях для эпилептиков возможна организация особого отделения для больных, не давших улучшения состояния, но все же способных к дальнейшему росту и не могущих посещать школу из-за частоты припадков.

3. *Психиатрическая детская больница* или детское отделение при психиатрической больнице для взрослых — для острых и подострых форм душевных заболеваний (психозы).

Принимаются дети обоего пола в возрасте от 4 до 16 лет с подразделением внутри больницы: а) по состоянию (беспокойные, полубеспокойные, спокойные отделения), б) по возрасту, в) по полу.

Подлежат приему.

Все острые и подострые формы душевных расстройств, подлежащие лечению и психиатрическому надзору, в том числе и эпилепсия с психотическими явлениями, требующая психиатрического наблюдения и надзора.

Не подлежат приему.

Хронические формы душевных расстройств.

Срок пребывания в зависимости от состояния — от нескольких недель до нескольких месяцев.

4. *Психиатрическая детская больница* (или детское отделение) для хроников — принимаются дети обоего пола от 4 до 16 лет с подразделением внутри больницы: а) по состоянию (беспокойные, полубеспокойные и спокойные отделения), б) по возрасту и в) по полу.

Подлежат приему.

1. Затяжные формы душевных заболеваний, нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе.

2. Обострения хронических психозов.

3. Эпидемический энцефалит — хронические формы, нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе.

4. Отдельные формы олигофрении и деменции, нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе.

Не подлежат приему.

Тяжелые дефектные состояния (олигофрения и деменции), не нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе (Собес). Срок пребывания (в зависимости от состояния) длительный, исчисляющийся месяцами и годами.

5. В *невропатологические отделения* при соматических больницах для острых органических поражений центральной нервной системы принимаются дети обоего пола.

Подлежат приему.

Острые формы органических поражений центральной нервной системы.

Не подлежат приему.

Все случаи хронических заболеваний.

Срок пребывания — в зависимости от состояния.

6. *Неврологическая больница для курабельных форм хронических поражений центральной и периферической нервной системы* — принимаются дети обоего пола.

Подлежат приему.

1. Спаستические церебральные параличи (гемипарез и диплегия, двойной атетоз и т. д.).
2. Полиомиелиты (в стадии восстановления).
3. Полиневриты.
4. Наследственно-семейные заболевания в начальной стадии.

Не подлежат приему.

1. Хронические состояния летаргического энцефалита.
2. Наследственно-семейные заболевания в тяжелом состоянии.
3. Тяжелые формы олигофрении.
4. Дети с аномалиями характера и поведения, нуждающиеся в специальном учреждении.

В городах при больнице может существовать полустационар для приходящих больных.

Срок пребывания — в зависимости от состояния.

7. Учреждения для логоневротиков — показания и противопоказания будут разработаны дополнительно.

Указатель терминов.

А

Абортивный — незаконченный, недостаточно выраженный. См. абортивные припадки при эпилепсии 198.

Absence — «отсутствие»; вид малого припадка при эпилепсии, протекающего без судорог, выражающегося в кратковременной (1—3 секунды) потере сознания 199, 226.

Абулия — болезненное ослабление воли, безволие 53.

Аггравация — (от *gravis* — тяжелый), преувеличение действительно существующих симптомов болезни, проливное усиление их 70, 300, 302.

Аграфия — неспособность правильно писать буквы или слова при сохранности интеллекта и при отсутствии расстройств координации движений руки и кисти 25, 32.

Агрессивный — склонный к насильственным, грубым действиям в отношении окружающих 160, 173.

Адинамия психическая — ослабление импульса к деятельности при сохранности интеллекта 158, 159.

Adipositas — ожирение, тучность; дистрофия адипово-гениталис 121, 122.

Адекватный — равнозначущий, соответствующий раздражению 182.

Ажитированная депрессия — подавленное настроение, интеллектуальная заторможенность при явлениях резкого психомоторного возбуждения 231.

Акалькулия — неспособность (утрата способности) к счету при сохранности интеллекта 25.

Акинез — отсутствие движения, двигательный паралич 23.

Акомодация — способность глаза приспособляться так, чтобы изображение как далеких, так и близких предметов получалось на сетчатке одинаково резко. В зависимости от степени удаления или приближения рассматриваемого предмета происходит расширение или сужение зрачков 28, 150.

Акромегалия — усиленный рост конечных частей лица, рук и ног 119—120.

Алалия — неспособность к членораздельной речи или вследствие дефектов в наружных органах речи (в полости рта, языка, глотке и т. п.), или вследствие повреждения нервных проводящих путей 91.

Алексия — непонимание смысла написанного или напечатанного при сохранности возможности чтения текста вслух (алексия зрительная); непонимание смысла написанного или напечатанного при невозможности чтения вслух (алексия двигательная) 32.

Алопеция — недостаток волос, облысение, плешивость; «лисья болезнь» 135.

Алголагния — болевое сладострастие; садизм (алголагния активная) и мазохизм (алголагния пассивная) 284.

Амбивалентность — одновременное сосуществование противоположных мотивов, оценок, побуждений 51; *аффективная амбивалентность* 51, 173.

Амбидекстрия — «обе правые», — умение одинаково хорошо владеть, действовать обеими руками 31.

Амбулаторный транс — передвижение с места на место, ходьба, путешествие при измененном состоянии сознания; впоследствии больной не помнит того, что с ним было 201.

Амимия — отсутствие движений мышц лица, в силу чего лицо маскообразное 157.

Амнезия — забывание 40.

Аморфный — расплывчатый, недостаточно оформленный, нечеткий 65.

Анамнез — «припоминание» — сведения о прошлой жизни, возникновении и течении заболевания исследуемого лица 107, 130, 131.

Анизокория — неравномерность зрачков 28.

Аносмия — отсутствие обоняния, неспособность распознавать все или некоторые запахи 28.

Антропометрия — определение путем измерения взаимоотношений частей человеческого тела и их размеров 21.

Анестезия — утрата, потеря чувствительности 27.

Апоплексия — внезапное, в виде удара, (инсульта) прекращение функций важных органов; апоплектиформный — сходный с апоплексией 143 — 144, 149.

Апролексия — неспособность сосредоточивать внимание на определенном предмете; *aprosxia nasalis* — неспособность к сосредоточению внимания в связи с заболванием носоглотки 17.

Аржиль-Робертсона симптом — отсутствие или вялая реакция зрачков на свет при сохранности ее на кон vergенцию и аккомодацию 28.

Артикуляция — членораздельность речи, отчетливое, ясное произношение слов; артикуляционный аппарат — совокупность периферических нервно-мышечных систем, участвующих в образовании звуков, слов 30.

Асексуальный — с невыраженными половыми признаками 19.

Астеническое развитие 269—277.

Астенический тип (астеник) — 19.

Асфиксия — «отсутствие пульса» — глубокий обморок, отсутствие внешних признаков жизни 107.

Атаксия — нарушение статической или динамической (часто одновременно и той, и другой) координации (соразмерности) движений 149.

Атетоз — непрерывные движения (ритмические медленные сгибание и отведение) пальцев рук и ног, невозможность удержать их в одном каком-либо положении 24, 156.

Атлетический тип — 19.

Атрофия — общее или местное расстройство питания; атрофия зрительного нерва 23, 27.

Аура — «дуновение ветерка» — начало или ближайший предвестник эпилептического припадка 196.

Аутизм — уход от реального внешнего мира в свой внутренний 171.

Аутистическое мышление — 171.

Аутоинтоксикация — самоотравление (непроизвольное) скопляющимися в организме продуктами обмена веществ 16.

Аутохтонный — самопроизвольный, не вызванный внешними причинами 227.

Афазия — полная или частичная утрата способности произвольной речи или понимания ее, часто при сохранном интеллекте и целостности периферических органов речи 30.

Аффект — эпилепсия — 255.

Аффективные респираторные судороги — 220—221.

Б

Бабинского симптом — патологический рефлекс, указывающий на поражение пирамидного пути выше 5 поясничного сегмента. Рефлекс считается положительным, когда при раздражении подошвы большого палец разгибается, в то время как четыре остальных слегка сгибаются 22.

Баланит — воспаление покрова головки полового члена 297.

Balkenstich — прокол мозолистого тела, устанавливающий соединение между желудочками и субарахноидальными (между мягкой и паутинной мозговой оболочками) пространствами полушарий 99.

Bewegungsdrang — «натиск движений»; психомоторное возбуждение, находящее разряд в разнообразных движениях 53, 233, 242.

Beschäftigungsdelirium — двигательное возбуждение; действия, производящие впечатление целесообразных, носят насильственный характер 156.

Beschäftigungsdrang — «натиск деятельности»; психомоторное возбуждение, находящее отток в разнообразных видах деятельности 34, 53, 233, 248.

Болезненное мудрствование — навязчивое стремление думать о различных, маловначущих предметах, высказывать интерес к ненужным, незначительным или неразрешимым вопросам 44, 240.

Болезнь Базедова 117 — 118.

Болезнь Дауна 126—128.

Брадикарсия — замедленный темп движений 157, 160.

Брадикарсия — замедленность течения психических процессов 158, 160.

Брахицефалический — круглоголовый 115, 127.

Бредовые идеи (бред) — 45—48.

В

Вазомоторы — нервы, суживающие и расширяющие кровеносные сосуды; *вазомоторная реакция* — покраснение или побледнение в ответ на какое-либо физическое или психическое раздражение 297.

WaR—(Вассермановская реакция) — особый метод исследования крови или спинномозговой жидкости для определения сифилитической природы заболевания 82, 154.

Вегетативные невроты — 296—298.

Вегетативные расстройства—29.

Вербигерация — («болтовня») — стереотипное повторение одного и того же часто бессмысленного предложения или слова 55, 173.

Вестибулярный аппарат — 25. Оптико-вестибулярный синдром 26.

Взрывчатые (Explosible) — бурно реагирующие по всяким, даже незначительным, поводам; повышенная возбудимость аффектов 281.

Висцеральный — относящийся к внутренним органам 25.

Witzelsucht — страсть к остроумиям 98.

Вихревая заторможенность — речевая заторможенность, когда из-за значительного наплыва представлений больной не может сделать между ними выбора, а потому упорно молчит 42.

Внушаемость — принятие без критики, подчиняемость постороннему влиянию 54.

Водянка головного мозга (гидроцефалия) — 96—100.

Восковая гибкость (Flexibilitas cerea) — способность больного принимать любую, произвольно приданную ему позу и подолгу сохранять ее 54, 174.

Врожденное предрасположение — 14—15.

Врожденный сифилис — 133—138.

Вульвит — воспаление женских наружных половых органов 297.

Вырождение (дегенерация) — 17, дегенеративные признаки 17—18.

Вязкость мышления (une viscosité mentale) — 43, 204.

Г

Галлюцинация — 36—39.

Гебефрения — «юношеское слабоумие», одна из форм шизофрении 180—183.

Гемихорея — хореические подергивания одной половины туловища 167.

Гемолитические свойства — способность растворять красные кровяные шарики 17.

Ген — структурная единица наследования; ген — это носитель какого-либо свойства, качества, передающегося по наследству. *Генотип* — сумма унаследованных особенностей 13.

Генез — происхождение 7.

Генетика — учение о наследственном возникновении и передаче определенных качеств, генов. *Генеалогические таблицы* «родословные деревья» — систематический перечень и описание особенностей всех лиц, имеющих общее происхождение (лица одного рода) 13.

Genitalia — половые органы; *гипогенитализм* — недоразвитие половых органов 124—125.

Гетеротопия — образование тканей на необычном месте; отшнурование от общей массы коры отдельных участков серого вещества и погружение их вглубь белого вещества 66.

Гипамнезия — понижение, ослабление памяти 39.

Гипербулия — усиление волевых импульсов 53.

Гипервентиляция — усиленные вдох и выдох (усиленное проветривание легких) 210.

Гиперкинез — чрезмерно сильная мышечная деятельность, раздраженное состояние двигательного аппарата (судороги, дрожание, атетоз и т. д.) 23.

Гипермнезия — чрезвычайное усиление функций памяти 39.

Гиперосмия — ненормальное тонкое обоняние 29.

Гипертимия — экзальтация, чрезвычайная веселость 162.

Гипертрофия — чрезмерное, болезненное разрастание 119.

Гипертония — повышение тонуса 157.

Гиперэстезия — резкое повышение, обострение чувствительности 27.

Гипоманиакальный — находящийся в длительном состоянии повышенного, веселого настроения, повышенной психической деятельности 247.

Гипотония — понижение тонуса 23, 167.

Гипофиз — придаток мозга, железа внутренней секреции. *Гипофизорные расстройства* 118—122.

Гипоэстезия — понижение чувствительности 27.

Глазное дно — 27.

Глия — межучасточная ткань мозга — 206.

Гомосексуализм — противоположное половое влечение к лицам одноименного пола (педерастия, лесбийская любовь) — 284.

Grand mal — судорожные припадки (так называемые большие припадки) при эпилепсии 195.

Гумма — воспалительное разрастание ткани, наблюдаемое при третичном периоде сифилиса в различных тканях и органах 142.

Гутчинсоновская триада — три признака [1) полулунные выемки на верхних ресницах, 2) заболевание роговой оболочки глаза — кератит и 3) заболевания среднего уха], описанные Гутчинсоном при врожденном сифилисе 135.

Д

Debilité motrice — моторная хилость, слабость 33.

Дебил — хилый, слабый, легкая степень олигофрении 85—86.

Degout de travail — отсутствие аппетита к работе, лень 249.

Деградация — упадок, снижение 226, 243.

Déjà vu — уже виденное 41.

Déjà raconté — уже рассказанное (уже слышанное) 41.

Дементность (dementia) — приобретенное слабоумие 81. Dementia infantilis 179, dementia praecocissima 170, dementia praecox 170, dementia rachitica 16, dementia simplex 177—179.

Депрессия — подавленное, пониженное настроение 50, депрессия при кататонии 181, 185, депрессия реактивная 292, депрессия эндогенная (аутохтонная) 229.

Дермографизм — свойство кожи оставлять красный (белый) след после проведения по ней черты тупым предметом 289.

Дети с замедленным темпом развития 90—91.

Джексоновская эпилепсия — 222 — 223.

Диагноз — распознавание, определение и обозначение болезни 26.

Диатетическая пропорция — соотношение между веселым и грустным фоном настроения 250.

Дигестивный—пищеварительный 19.

Дизартрия — нарушение способности говорить членораздельно (неотчетливое, неясное произношение слов, спотыкание на слогах) 30.

Диплопия — двойное в глазах 100.

Дипсомания — запой, периодическое влечение к спиртным напиткам; *dipsoman* — страдающий запоем 73.

Диспластичность, дисплазия—непропорциональность, неправильность физического развития в каком-либо отношении 19.

Дистимия — равномерное продолжительное состояние угнетения; *дистимический симптомокомплекс* — 162.

Дистонный—не в тон окружающему, несозвучный окружающему 278—281.

Дистрофия — расстройство питания 131, 297.

Дисфункция — нарушение, расстройство функции. См. дисфункция желез внутренней секреции 112 — 133.

Дифференциация — различие 88.

Диффузный — распространенный, разлитой (противоположный очаговому) 145.

Долихоцефалический — вытянутый в длину череп 89, 139.

Доминантный — преобладающий, господствующий 13.

Drang—внезапно возникающие мощные, непреодолимые импульсы 162.

Дыхательный тип — 19.

Е

Единственный ребенок — 265—266.

Эвнухоидизм — 124.

Enophthalmus — западение глазного яблока 28.

Enuresis — (энурез) — недержание мочи; *enuresis nocturna* ночное недержание мочи, *enuresis diurna* —дневное 297.

Epilepsia — от греческого — внезапно падать, неожиданно быть охваченным, в общепринятой называется «падучей болезнью» 194—217.

Epilepsia nocturna — эпилепсия с припадками, бывающими по ночам 208, *epilepsia nutans* — эпилептические припадки, характеризующиеся кивательными судорогами 199, *epilepsia prokursiva* — эпилептические припадки, во время которых больной стремительно бежит 196, *epilepsia rotatoria* — эпилептические припадки, сопровождающиеся вращением на месте 196.

Erregbare — возбудимые психопаты 237.

Exophthalmus — пучеглазие 28.

З

Заканание — 31.

Застойный сосок — отечное набухание соска зрительного нерва вследствие застоя крови и лимфы 27, 142.

Зеркальное письмо — 31.

Зеркальные подошвы и ладони — блестящие, как бы покрытые лаком (отечная кожа) — встречаются при врожденном сифилисе 135.

Зоб (вобная болезнь) — 114.

Зрачковое беспокойство (игра зрачков) — постоянное расширение и сужение зрачков, что свойственно норме; отсутствие игры зрачков свидетельствует о расстройствах аффекта 27.

И

Идиотип (синоним генотип) — сумма унаследованных особенностей 13.

Идиотия — глубокая степень олигофрении 83—84.

Извращение влечений — 283—285.

Извращение формулы сна — невозможность заснуть ночью при сохранении возможности спать днем 157.

Иллюзии — 35—36.

Имбецильность — средняя степень олигофрении 84—85.

Импульсивность — склонность к внезапным, немотивированным действиям. *Импульсивные влечения* 284, *импульсивные поступки* 174.

Инициальные судороги — судороги, бывающие в начале острых инфекционных заболеваний 219.

Инсульт — толчок, припадок 144.

Интенциональная дуга — руководящее понятие, целенаправленное, действующее в определенном направлении и организующее связывающее мысль 172.

Интоксикация — отравление 40.

Интрапсихическая атакия — отсутствие координации между аффектом и интеллектом 173.

Инфантильность — задержка психического развития, при которой целиком не отмирают черты предшествующего возраста и в то же время возникают черты, свойственные тому возрасту, в котором в данный момент находится больной 236.

Инфантильно-грацильный тип — 20.

Инфекция — заражение; *инфекционные болезни* — заболевания, возникающие в связи с заражением бактериями 10; *психическая инфекция* 12.

Ипохондрия — склонность к бесконечным жалобам на разнообразные болезненные ощущения, очень часто или весьма незначительные, но сильно преувеличенные больными, или в действительности несуществующие. Ипохондрические жалобы встречаются при многих психических заболеваниях 264.

Истерия — одна из форм психогенных реакций 298—304.

Истероиды — один из видов патологического развития личности 262—268.

К

Карлес — костоеда; кариозные зубы — гнилые зубы 115.

Каталенция — опекаемость 174.

Катамнез — сведения о последующей судьбе больного, о дальнейшем раз-

витии его заболевания или обстоятельствах жизни 245.

Кататония — от греческого слова напрягать; одна из форм шизофрении 184; *кататоническое возбуждение* 175; *кататонические симптомы* 174—176.

Quasi — как бы — 264, 274.

Кивательные судороги — встречаются при эпилепсии 199.

Кинэтезия — восприятие движений (мышечное чувство) 25.

Классификация позологическая 73—74; *симптоматологическая* 73; *классификация психопатий* 236—239.

Клептомания — непреодолимое (импульсивное) влечение к кражам 284.

Климакс — переходный период; у женщин в климактерическом периоде прекращается воспроизводительная способность, одним из проявлений которой является прекращение менструаций (месячных, menses) 191.

Коллана симптом (oublie du membre) — сохранение неудобной позы, когда как бы забывают о частях своего тела 33.

Конгенитальный (врожденный) сифилис — 133—138.

Конституция (от constitutio — состояние, сложение, свойство) — индивидуальные свойства и особенности, более или менее интенсивно и длительно влияющие на сопротивляемость организма, на его способность к реакциям на различные воздействия 7.

Конституциональные психопатии — психопатии, имеющие биологическое и симптоматологическое средство с определенными психозами, конституцию которых они характеризуют 236 — 262.

Конфабуляция — выдумка 41.

Конъюнктивальные рефлексы — рефлекс, получающиеся при раздражении соединительной оболочки глаза (наблюдается мигание); *конъюнктивит* — воспаление соединительной оболочки глаза 295.

Кретинизм — заболевание, связанное с понижением функции щитовидной железы; *кретинизм эндемический* 114; *кретинизм спорадический* 114—118; *кретиноиды* 116.

Криптамнезия — обманы памяти, когда услышанное от других, вычитанное из книг через некоторое время начинает казаться своим собственным, придуманным самим 41.

Крипторхизм — задержка обоих яичек в мошонке; задержка одного яичка — *монокризм* 88.

Л

Лабильность — нестойкость, неустойчивость 282—283.

Лабиринтарное мышление — вид мышления, когда основная мысль теряется в лабиринте деталей 43.

Лакунарный — очаговый; лакунарными называют заболевания, поражающие отдельные участки нервной системы. Лакунарное слабоумие 144.

Lärrische Verblödung — слабоумие с глупыми, дурашливыми выходками, чудачеством 181 (см. гебефрения).

Ларингоспазм — спазм гортани 218.

Латентный — находящийся в скрытом, невыявленном состоянии 31, 134.

Лептосомный тип — «стройное тело» 48.

Липкая конденсированная аффективность — «прилипание» к аффекту, медленное отреагирование 253.

Ложь косметическая — ложь для украшения своей личности 263.

Локализация психических расстройств — 61—67.

Lues congenita — врожденный сифилис 133—138.

М

Мазохизм — сексуальное переживание при условии наличия болей, страданий, мучений, причиняемых партнером 284.

Манерничество — 55.

Маниакально-депрессивный психоз — 227—235.

Маскулинизм — преобладание у женщин черт мужского строения тела 49.

Мегалоцефалия — увеличенные размеры головы 99.

Мендель-Бехтерева симптом — 22.

Менингит — заболевание мозговых оболочек 94—101.

Мидриаз — расширение зрачков 27.

Микроцефалия — малоголовие 92—94.

Миоз — сужение зрачков 27.

Миоклония — произвольные быстрые сокращения мышц или их отдельных частей 156.

Mitteilungsdrang — навязчиво повышенное стремление к общению 162.

Moral insanity — «моральное помешательство» 68, 161.

Моторика — совокупность характерных черт двигательной сферы 33; формы двигательной недостаточности 33—34.

Мускулярный тип — 20.

Мутизм — немота; невозможность или нежелание речевого контакта при наличии сохранности слуха и артикуляционного аппарата 30, 173.

Н

Навязчивые состояния — 43—45.

Навязчивые воспоминания 45, действия 45, мысли 43, страхи (фобии) 44.

Наизм — карликовый рост 118—119.

Нарколепсия — внезапно наступающие припадки непреодолимого сна 223—225.

Наследственность — 12—14.

Натипцефалический — череп, похожий по виду на ягодицы 135.

Неврастения — астения, слабость нервной системы; одна из форм психоневроза 287—289.

Неврозы (психоневрозы, психогенные реакции) 285—304. Вегетативные неврозы 296—298; невроз испуга 292—293; невроз ожидания 294.

Негативизм — немотивированное сопротивление всякому внешнему воздействию или выполнению действия, обратного просимому 54, 174.

Неологизм — придумывание новых слов, не встречающихся в обиходе 173.

Неоплазма (неопластический) — новообразование, образование новой ткани; различают неоплазмы доброкачественные (фиброма, миома и т. д.) и злокачественные (рак, саркома) 142—143.

Нервность (Nervosität) — одна из форм астенического развития личности 269—271.

Нистагм — произвольное подергивание глазных яблок 98.

Нозология — (нозологическая классификация) — учение о формах болезни на основании учета совокупности данных: этиология, симптоматология, течение, исход и патологическая анатомия 73—74.

Ночной страх — (pavor nocturnus) 202.

О

Обезьянья борода — борода, встречающаяся в темной доле 93.

Обезьянья осанка — согнутое положение туловища с руками, опущенными несколько ниже колен 94, 157.

Обнаженный Триб — резко расторможенные влечения низшего, органического порядка 162.

Ограниченные задержки развития — своеобразный «инфантилизм воли и влечений» по Крепелину 236—238.

Олигофрения — различные по этиологии и патогенезу, но сходные по внешним проявлениям формы врожденного или приобретенного в раннем детстве психического недоразвития 81—112.

Олигофазия — своеобразное расстройство речи, наблюдающееся у некоторых больных после эпилептического припадка: забывают название предметов и дают в таких случаях описание их назначения 198.

Онанизм — «половое возбуждение и половое удовлетворение без помощи реального партнера» (Кронфельд) 285.

Оппенгейма симптом — 22.

Оптический — относящийся к зрению 25.

Оптико-вестибулярный синдром 26.

Органическое заболевание — заболевание, имеющее в своей основе стойкие, грубые повреждения и разрушения мозгового вещества 65.

Очаговое заболевание — заболевание, поражающее отдельные участки (очаги) нервной системы. Очаговые симптомы 62, 102.

II

Парабулия — извращение волевых действий, расстройство влечений 56.

Паралич — полная утрата функции. Паралич центральный 23, периферический 23.

Парамнезия — обманы памяти 40.

Параноид — бредовые идеи, оформляющиеся в своеобразную систему бреда 145. Параноидная форма шизофрении 185.

Паратимия — противоречивость, прямая противоположность аффектов тому раздражителю, которым они вызваны 51, 173.

Паратипические свойства — приобретенные, ненаследуемые свойства, а потому изменчивые, нестойкие 14.

Паратония — изменения тонуса, выражающиеся (из-за недостаточной слабленности мускулатуры) сопротивлением при пассивных движениях 33.

Парафазия — болезненное расстройство речи: при достаточно развитой речи употребление большим одним слов вместо других 30.

Парез — частичное выпадение, ограничение, ослабление функции 23.

Паркинсонизм — симптомокомплекс, встречающийся при эпидемическом энцефалите 157.

Паросмия — извращение обоняния 29.

Парестезия — извращение ощущений, ненормальные ощущения, при которых нет видимого внешнего раздражителя 27.

Парейдолия — психические переживания, когда к иллюзорно воспринятому образу, благодаря игре фантазии, добавляются несуществующие в действительности подробности 36.

Пастозный — похожий на пасту, одутловатый, отечный 115.

Патогенез — механизм образования того или иного симптома или заболевания 7.

Патогномоничный — свойственный только данному заболеванию 28.

Патологическая анатомия мозга — 61—67.

Патологическое развитие—262—283.

Патологические рефлексы — рефлексы, не встречающиеся у здоровых людей; наличие этих рефлексов указывает на органическое заболевание центральной нервной системы (р. р. Бинского, Оппенгейма и др.) 22.

Патология (патологический) — отклоняющийся от нормы, болезненный 73.

Патопластика — «оформление» того или иного симптома, картины болезни в зависимости от возраста, опыта прошлой жизни, интересов и пр. больного 58—59.

Периодическое помешательство — одно из названий маниакально-депрессивного психоза 227—235.

Petit mal — малые припадки, встречающиеся при эпилепсии 198.

Пикнический тип (пикник) — особый вид строения тела 18.

Пикнолепия — частые припадки, напоминающие собой petit mal, но эпилептического происхождения 225—227.

Питекоидная осанка — обезьяноподобная осанка 94, 157.

Пищеварительный тип — 19.

Плюригландулярные расстройства — одновременное расстройство нескольких желез внутренней секреции 126—128.

Пляска св. Витта — одно из старейших названий заболевания малой хореи 165.

Пограничные состояния — психические аномальные состояния (психопатии), находящиеся на границе между душевным здоровьем и болезнью 236—262.

Поля Бродмана — 62—64.

Походка куклы (манекена) — скованная походка, отсутствие при ходьбе ассоциированных движений 157.

Предвестники при эпилепсии — 196.

Предсердечная тоска — тяжелое субъективное ощущение напряженности, сдавливания в области сердца, сопровождающееся тоскливым, подавленным настроением 50.

Преморбидная личность — личность до заболевания; *препсихотическая личность* — личность до заболевания тем или иным душевным расстройством 170, 233.

Привычные обмороки — 221.

Прилипание к аффекту — длительное застревание на одном и том же переживании; *прилипание к вещам* 205.

Приобретенное предрасположение — 15.

Прогноз — предсказание хода болезни 61, 96.

Прогрессирующий — движущийся вперед, прогрессирующий 61.

Прогрессивный паралич — 148—154.

Pfropfschizophrenie — шизофрения, возникающая на биологически неполноценной почве (у олигофрена) 178.

Псевдоневрастения — «ложная неврастения»; в отличие от истинной неврастении возникает не в результате истощения, перенапряжения нервной системы, а в результате аффективных трудностей 289—291.

Психастения — астения, слабость психики, один из видов патологического развития личности 271—277.

Психогенная реакция — (психогенное расстройство, психоневроз), вызванное психическими причинами временное расстройство душевной деятельности, определяющееся в своем течении наличием этих психических причин 285—304.

Психогигиена — 304; *психопрофилактика* 304.

Психоневроз — 285—304.

Психопатия — 236—262.

Психэстетическая пропорция — соотношение между повышенной чувствительностью и эмоциональной притупленностью 240.

Птоз — опущение верхнего века 100.

Пубертатный период — период по-

лового созревания 312. Pubertas praecox — раннее половое созревание 122.

Пуэрелизм — детскость поведения, возврат к пройденным этапам развития 181.

Р

Разорванность мышления — 42, 171.

Рахит — заболевание костей у маленьких детей, вследствие расстройств окостенения; *рахитическое слабоумие* 16.

Реактивная депрессия — подавленное настроение, как ответная реакция на тяжелые потрясения, переживания; значительно выраженная, усиленная нормальная реакция 292.

Реактивно-лабильные — один из видов патологического развития личности 282—283.

Реакция перерождения — 23.

Резидуа — остаток, рубец, остаточное явление в результате перенесенной болезни 61, 183.

Reitusenformen — отложение жира в виде реитус (на животе, бедрах, ягодицах) 98.

Ремиссия — временная остановка, временное улучшение в течении психического заболевания 162.

Респираторный — дыхательный 19.

Рефлекс — произвольный переход центrostремительного раздражения в центростремительное через посредство рефлекторного центра. Рефлексы кожные 21—22, со слизистых оболочек 22, сухожильные 21, патологические 222.

Релидив — возврат, возобновление болезни 59, 167.

Речь — 29—31. Расстройства речи при маниакально-депрессивном психозе 228, прогрессивном параличе 150, психастении 272, психоневрозах 294, шизофрении 175, эпилепсии 206, эпидемическом энцефалите 160, истерии 299.

Ригидность — тугоподвижность 143.

«Родимчик» — экламптический судорожный приступ 218.

Росолимо симптом — 22.

Рудиментарный — зачаточный, остаточный 298.

С

Садизм — сексуальное переживание, связанное с насилием, мучением, причиняемыми партнеру 284.

Сверхценные идеи — 43—44.

Сензитивность — повышенная чувствительность, ранимость 271.

Серологические реакции — биологические лабораторные исследования сыворотки крови и спинномозговой жидкости с целью выявления того или иного заболевания 154.

Симптом — признак болезни. Симптомы: Арижиль-Робертсона 28, Бабинского 22, Брудзинского 102, Кернига 102, Мендель-Бехтерева 22, Опенгейма 22, Россолимо 22, Ромберга 149, Труссо 28, Хвостека 24, Штельвага 117.

Симптоматология — учение о признаках болезни 17, 34.

Синкинезии — сопровождающие движения 33.

Синтонность — созвучность окружающему 250.

Сифилис — заболевание, вызываемое заражением бледной спирохетой (спирохета названа бледной, так как плохо окрашивается на препаратах.) Сифилис мозга 142—148; олигофрения на почве сифилиса 136; острый сифилитический менингит 143; сосудистая форма сифилиса мозга 143—145.

Словесная окрошка (словесный салат) — бессмысленное нанизывание слов 42, 173.

Соматический — телесный; соматическая симптоматика 17—34, соматические факторы 9.

Соматометрия — исследования размеров тела и его отдельных частей путем специального инструментального измерения 21.

Соматоскопия — определение типа строения по телесным признакам, воспринимаемым простым осмотром 21.

Сомнамбулизм — снохождение 202.

Сокальзывание мыслей — 171.

Спазмофилия — 217—219.

Spina bifida — врожденное расщепление позвоночника 297.

Спонтанный — самопроизвольный, не связанный с внешними поводами и раздражениями 227.

Spirocheta pallida — бледная спирохета, возбудитель сифилиса 135, 145.

Статус — психическое и физическое состояние больного (испытуемого) в момент исследования; status epilepticus — эпилептический статус 209, 211.

Статусобразное положение — 158.

Стереотипия — однообразное повторение одного и того же движения слова, действия 175.

Стиль телеграмм — короткие отрывочные фразы 173

Ступор — глубокая степень психи-

ческой и двигательной задержки, заторможенности; иногда полное двигательное оцепенение. Ступор кататонический 174, ступор при маниакально депрессивном психозе 231.

Судороги — непроизвольное сокращение мышц. Судороги: аффективно-респираторные 220, инициальные 219, рефлекторные 220, симптоматические 219, терминальные 219, токсические 220, хореатические 165, эпилептические 199.

Схема тела — 25.

Схизофрения — болезнь, характеризующаяся разобщением, расщеплением психических свойств личности 170—194; схизодия 170, схизомания 170; схизоидная психопатия — один из видов конституциональной психопатии 239—245.

Т

Тетания — повышенная возбудимость, сказывающаяся в периодически наступающем спазме периферических мышц — 218.

Тик — стереотипные подергивания в определенных мышечных областях 23, 295.

«Тип апаша» — своеобразные расстройства поведения, наблюдающиеся у детей в хронической стадии эпидемического энцефалита 160.

Тиреоидизм — отравление слишком большими приемами препарата щитовидной железы 117.

Тиреоидин — действующее начало щитовидной железы 116.

Тиреотоксикоз — расстройства внутренней секреции щитовидной железы; гипотиреоз — пониженная функция щитовидной железы; гипертиреоз — повышенная функция щитовидной железы 117.

Токсины — растворимые в воде яды бактерий и животных 203.

Топалгии — произвольные боли не по ходу нерва, а в ограниченной (по мнению больного) области; голове, руке, животе и т. д. 287.

Травма — (физическая) — удар; (психическая) — душевное потрясение 11—12.

Тремор — дрожание 24.

Третье веко — складка на верхнем веке, образующая как бы добавочное (третье) веко 126.

Triebmenschen — люди влечения; Triebhaftigkeit — повышение влечений 237.

Ф

Фантом ампутированных — 25.

Феминизм — преобладание в строении тела мужчины женских черт 19.

Фенотип — сложное производное свойств, полученных по наследству через зародышевую плазму (идиотипические, генотипические свойства), и свойств, приобретенных (паратипические) 13.

Fingeragnosie — 25.

Фобии — навязчивые страхи 44.

Фонема — акустически-двигательный образ; иногда термин употребляют для обозначения слуховых галлюцинаций: слышание слов, голосов и т. п. 31.

Френология — учение о том, что по наружному виду черепа можно составить точное заключение о психических свойствах человека. В основе этого учения лежит неправильная предпосылка, что сильное развитие тех или иных психических особенностей вызывает чрезмерное развитие определенной части мозга, в свою очередь, чрезвычайно развитый мозг, надавливая на черепную крышку, изменяет форму черепа 62.

Х

Haltlose, Haltlosigkeit — неустойчивый, неустойчивость 237, 248.

Хвостека — симптом — 24.

Хорea — 165—169; *хореатические подергивания* 24.

Ц

Центры речи — Брока 30, Вернике 30.

Церебральный — мозговой, относящийся к головному мозгу; *церебральный тип* 19, 20.

Циклоидная психопатия — один из видов конституциональной психопатии 245—252.

Циклофрения — термин, употребляемый некоторыми авторами для обозначения маниакально-депрессивного психоза 227, 245.

Цистит — воспаление мочевого пузыря 297.

Ч

Черепно-мозговые нервы — 29.

Чувствительность — проприоцептивная 24, экстероцептивная 27.

Ш

Шанкр твердый — язва с твердыми наощупь краями, образующаяся на

месте проникновения сифилитической инфекции в организм; первичная стадия приобретенного сифилиса 134.

Sprengung — неравномерное торможение, «задержка мышления» — 172.

Э

Эгоцентрики — особый вид патологического развития 280.

Эйфория — немотивированно повышенное настроение, благодушие, беспечность 49, 122.

Эквивалентный — равнозначущий. Психические эквиваленты при эпилепсии 200—202.

Экзогенный — внешний. Экзогенные факторы 9.

Эзофтальмия — пучеглазие 28.

Эклампсия — 218.

Эксплозивность — взрывчатость. Эксплозивные — особый вид патологического развития 281—283.

Эксцентричность — вне центра; поведение, отличающееся от общепринятого 28.

Элективный — избирательный 98.

Эмбриональный — зародышевый 126, 206.

Эмоциональная сфера — сфера чувств 48—51, эмоциональная невыдержанность 50, тупость 50, эмоциональное оскудение 50.

Эндогенный — внутренний; эндогенные факторы 12.

Эндокардит — воспаление внутренней оболочки сердца 166.

Эндокринная система — система желез внутренней секреции; *эндокринопатия* — расстройство, заболевание желез внутренней секреции 112—133.

Энофтальмия — западение глазных яблок 28.

Энурез — недержание мочи 297.

Энцефалит — заболевание вещества мозга; эпидемический энцефалит 154—165, паранфекционные энцефалиты 101—107.

Эпилепсия — 194—217. *Эпилептоидная психопатия* — один из видов конституциональной психопатии 252—262.

Эпифиз — шишковидная железа; железа внутренней секреции. *Эпифизарные расстройства* 122.

Эрейтрофобия — боязнь покраснения 44.

Этиология — учение о причинах возникновения болезни 7, 81.

Эхолялия — автоматическое повторение чужих слов 54, 174.

Эхопраксия — автоматическое повторение чужих действий 54, 174.

ОГЛАВЛЕНИЕ.

	Стр.
Предисловие	3
ОБЩАЯ ЧАСТЬ	
I. Понятие о болезни, здоровье и норме	5
II. Этиология психических уклонений	7
Социальные факторы. Экзогенные факторы. Соматические факторы. Психические факторы. Эндогенные факторы. Наследственность. Врожденное предрасположение. Приобретенное предрасположение. Аутоинтоксикация и болезни внутренних органов.	
III. Симптоматология	17
Соматическая симптоматика. Строение тела. Неврологические расстройства. Расстройства речи и письма. Двигательная недостаточность. Психопатологическая симптоматика. Иллюзии и галлюцинации. Расстройства памяти. Расстройства мышления. Навязчивые идеи. Бредовые идеи. Расстройства эмоциональной сферы. Расстройства внимания. Расстройства воли. Расстройства сознания.	
IV. Патопластика, течение, исход и прогноз психических заболеваний у детей	58
V. Патологическая анатомия и локализация психических расстройств	61
VI. История детской психиатрии	67
СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ	
VII. Олигофрения	84
Этиология. Степени олигофрении. Недифференцированные формы олигофрении. Микроцефалия. Олигофрения в связи с ранними острыми инфекциями: а) менингиты, б) энцефалиты.	
VIII. Эндокринопатии	112
Дисфункция щитовидной железы. Кретинизм. Базедова болезнь. Дисфункция придатка мовга (гипофиза). Нанизм. Акромегалия и гигантизм. Адипово-генитальная дистрофия. Эпифизарные расстройства. Дисфункция вобной железы. Дисфункция половых желез. Евнухоидизм. Гипогенитализм. Дисфункция надпочечников. Плюригландулярные расстройства.	
IX. Сифилис нервной системы (непрогрессирующие формы)	133
Олигофрения на почве врожденного сифилиса. Состояния, сходные с психопатиями.	

X. Сифилис первой системы (прогредиентные формы)	141
Сифилис мозга. Неопластический симптомокомплекс. Острый сифилитический менингит. Сосудистая форма сифилиса мозга. Сифилитический галлюциноз и сифилитический параноид. Юношеский (ювенильный) прогрессирующий паралич.	
XI. Психические расстройства в связи с подострыми и хроническими инфекциями	154
Эпидемический энцефалит. Этиология и патогенез. Острая стадия болезни. Хроническая стадия: а) адинамическая форма, б) гипердинамическая форма. Инфекционная хорей.	
XII. Схизофрения.	170
Общая симптоматология. Отдельные формы шизофрении. Простая шизофрения. Dementia infantilis. Гебефрения. Кататония. Циркулярная форма. Параноидная форма.	
XIII. Эпилепсия	194
Клиническая картина эпилепсии. Припадки. Психические эквиваленты. Соматические расстройства. Хронические изменения психики.	
XIV. Эпилептиформные состояния и реакции	217
Спазмофилия. Случайные судороги, симптоматические судороги. Аффективные респираторные судороги. Привычные обмороки. Органически обусловленные припадки (симптоматическая эпилепсия). Нарколепсия. Пикнолепсия.	
XV. Маниакально-депрессивный психоз	227
Маниакальное состояние. Депрессивное состояние. Смешанные состояния.	
XVI. Пограничные состояния	236
Определение понятия и классификация психопатий. Конституциональные психопатии. Схизоиды. Циклоиды. Эпилептоиды.	
XVII. Пограничные состояния	262
Патологическое развитие (ограниченные задержки развития). Истероиды. Астеническое развитие: а) Nervosität (нервность), б) Психастения. Отдельные симптомокомплексы патологического развития. Дистонные. Врывчатые. Реактивно-лабильные.	
XVIII. Психогенные реакции (психоневрозы)	285
Неврастения. Псевдневрастения. Реактивная депрессия. Невроз испуга. Невроз ожидания. Тики. Вегетативные неврозы. Истерия.	
XIX. Психогигиена и психопрофилактика. Организация психоневрологической помощи детскому населению	304
Приложения	313
Приказ НКЗдрава РСФСР о типах учреждений для детей и подростков с невро-психическими заболеваниями.	
Указатель терминов	317