

А.В.СНЕЖНЕВСКИЙ

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Курс лекций

12-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2023

УДК 616.89(075.8)
ББК 56.14я73
С53

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Снежневский, Андрей Владимирович

С53 Общая психопатология : курс лекций / А.В.Снежневский. — 12-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2023. — 208 с.
ISBN 978-5-907504-98-1

В предлагаемом курсе лекций (9 лекций) общая психопатология представлена не как простое описание психопатологических симптомов в статике, а как система знаний об общих клинических закономерностях структуры и движения психической болезни (патокинеза), о движении психопатологических синдромов в процессе развития болезни, о связях психопатологических явлений с состоянием всего организма. Показано органическое единство синдрома и нозологической формы в динамике, в поступательном и обратном развитии, представлены клинические признаки и случаи. Лекции являются ценным пособием для изучения клинической психиатрии, для воспитания клинического мышления врача-психиатра.

Книга, безусловно, будет интересна как практикующим врачам, так и студентам медицинских вузов.

УДК 616.89(075.8)
ББК 56.14я73

ISBN 978-5-907504-98-1

© Снежневская М.А., 2001

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2001, 2004

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ СТАТЬЯ

С именем академика А.В.Снежневского — крупнейшего психиатра второй половины XX века — связаны успехи в развитии общей психопатологии и клинической психиатрии; его вклад в развитие психиатрии поистине неоценим.

Филигранное психопатологическое и клиническое мастерство, педагогический талант и стремление окружать себя талантливыми учениками, непоколебимая вера в прогресс психиатрии, бескорыстная любовь к больным — далеко не все черты, присущие А.В.Снежневскому.

Повторное издание лекций по психиатрии академика А.В.Снежневского, впервые увидевшее свет благодаря усилиям замечательного психиатра, организатора психиатрической помощи, главного врача Новгородской психиатрической больницы А.А.Соколова, — важное событие в жизни психиатров нашей страны.

Лекции А.В.Снежневского читаются с огромным интересом, в них представлены подробные описания психопатологических синдромов и клиника шизофрении. И хотя впоследствии А.В.Снежневский, развивая учение о шизофрении, изменил ряд позиций в отношении особенностей течения этого психического заболевания, представленный материал дает полное представление о течении юношеской злокачественной,

параноидной и рекуррентной шизофрении. Замечательно, что в лекциях приводятся записи бесед А.В.Снежневского с больными; А.В.Снежневский, как никто, мог раскрыть суть состояния больного и дать исчерпывающий, предельно точный анализ психопатологического состояния.

В заключение хочется поздравить психиатров России с очередным изданием лекций академика А.В.Снежневского.

*Директор НЦПЗ РАМН,
академик РАМН
А.С.Тиганов*

ПРЕДИСЛОВИЕ

В предисловии к 3-му выпуску «Трудов психиатрической клиники» П.Б.Ганнушкин писал:

«До сих пор мы знали лишь два направления в клинической психиатрии: направление симптоматологическое и нозологическое; будущее, конечно, только за нозологическим направлением, хотя, нужно сказать, и симптоматологическое еще не сказало своего последнего слова».

«...Все эти симптомокомплексы, все эти синдромы должны рассматриваться как проявление той или другой нозологической формы».

Эти мысли являются подходящим эпиграфом к предлагаемым лекциям профессора А.В. Снежневского по общей психопатологии.

Первые семь лекций были прочитаны автором в 1962 г. на цикле усовершенствования кафедры психиатрии ЦИУ. Для настоящего издания лекции заново отредактированы автором.

Восьмая лекция — «Симптом, синдром, болезнь» — представляет собой главу, написанную автором для «Американского руководства по психиатрии» под редакцией Ариетти, в 4-м томе которого она напечатана.

Девятая лекция — «Психиатрический диагноз» — была прочитана автором в 1966 г. на цикле для работников кафедр психиатрии мединституты при кафедре психиатрии ЦИУ.

Вместе с двумя указанными добавлениями книга представляет собой единое целое.

В ней автор идет от описания симптомов через закономерности формирования их в синдромы и последующего трансформирования последних (развития «болезни» в кальбаумовском значении) к установлению психиатрического — нозологического — диагноза.

Новгородское областное научное медицинское общество невропатологов и психиатров и Валдайская психиатрическая больница получили возможность отпечатать эти лекции.

Особенностью и достоинством предлагаемого курса лекций является то, что общая психопатология представлена в них не как простое описание психопатологических симптомов в статике, а как система современных знаний об общих клинических закономерностях структуры и движения психической болезни (патогенеза), о движении психопатологических синдромов в процессе развития болезни, о связях психопатологических явлений с состоянием всего организма. В них показано органическое единство синдрома и нозологической формы в их динамике, в их поступательном и обратном развитии.

В лекциях представлена клиника, факты клиники. В них нет места умозрительным построениям.

Общая психопатология изложена в лекциях прежде всего как раздел общей патологии. Вместе с тем показаны точки соприкосновения понятий общей психопатологии с кругом психологических представлений и с явлениями и закономерностями высшей нервной деятельности.

Лекции представляют хорошую школу клинических знаний и клинического мышления благодаря их верности клинической правде. Наряду с этим они заставляют переосмыслить иные прежние привычные, но недостаточно иногда продуманные, а порою и надуманные, ошибочные представления.

При отсутствии обстоятельного, вполне современного руководства по клинической психиатрии эти лекции профессора Снежневского являются особенно ценным пособием для изучения клинической психиатрии, для воспитания клинического мышления врача — психиатра.

(А.Соколов)

ЛЕКЦИЯ 1

Введение в общую психопатологию. Психопатология чувственного познания (галлюцинации)

Курс лекций по клинической психиатрии, как всегда, начинается с изложения общей психопатологии. Слушатели обычно настаивают на этом, хотя в имеющихся учебниках и руководствах по психиатрии В.А.Гиляровского, И.Ф.Случевского, О.В.Кербикова и др., Д.Д.Федотова и А.А.Портнова симптоматология психических болезней изложена довольно однотипно. Просьба слушателей, по-видимому, вызывается тем, что в названных учебниках общая психопатология излагается очень кратко, преимущественно в форме определений, чем описания. Наиболее полно общая психопатология изложена в «Курсе общего учения о душевных болезнях» В.П.Осипова. В нем содержатся не только определения, но и подробное клиническое описание. Этим руководством необходимо пользоваться, относясь, конечно, критически к эклектическому толкованию природы психопатологических симптомов, которое в нем имеется.

Курс психопатологии я начну с общего определения предмета психопатологии, места психопатологии среди других медицинских дисциплин. Я заранее прошу извинения в том, что изложение этих вопросов, в силу природы самого предмета, будет несколько абстрактным. Но остановиться на месте психопатологии среди других медицинских дисциплин, на определении этого предмета необходимо. С этими вопросами вы будете встречаться повседневно, даже при разборе отдельных конкретных больных.

Что понимают под общей психопатологией? Общее учение о психопатологических болезнях. Если частная психиатрия изучает отдельные болезни, то общая психопатология или, вернее, общая психиатрия изучает общие закономерности психического расстройства, типовые психопатологические

процессы, природу этих типовых психопатологических процессов (делирий, аменция, галлюцинаторно-параноидное состояние и т.д.). Психопатологические типичные состояния могут возникнуть при разных болезнях, следовательно, они имеют общее значение. Общая психиатрия изучает такого рода типовые психопатологические процессы, их природу, происхождение (патогенез) и общие закономерности становления. Общая психиатрия неотрывна от частной, ибо типовые психопатологические процессы не существуют вне отдельных болезней, они являются результатом обобщения изменений, которые возникают при отдельных болезнях. Следовательно, общая психиатрия строится на обобщении всех тех изменений, которые возникают в течении отдельных психических болезней. Вместе с тем установление общих закономерностей психического расстройства позволяет углубить изучение индивидуального, свойственного отдельным болезням. Вооруженные знанием общих закономерностей, мы глубже проникаем в сущность, в особенности отдельных болезней.

Вместе с тем общая психопатология является составной частью общего учения о болезнях человека. Она является разделом общей патологии.

Понимание общей психопатологии как общего учения о психических болезнях, как раздела общей патологии человека признается не всеми. Известный психопатолог Ясперс, правильно считающий, что общая психопатология — это учение об общих закономерностях психических болезней, вместе с тем рассматривает общую психопатологию как совершенно отдельную науку, не входящую в общее учение о болезнях человека. Ясперс считает, что общая психопатология — это наука, а частная психиатрия — диагностика, лечение — практика. Он разъединяет общее и частное учения, противопоставляет их, что является абсолютно неправильным.

Общая психопатология возникла в результате изучения отдельных заболеваний, обобщения данных этого изучения. Она зародилась в конце XVIII века в учении о психических болезнях итальянского психиатра Киаруджи, первым высказавшего мысль о едином психозе. В концепции единого психоза содержится обобщение закономерностей, свойственных отдельным психическим болезням. Говоря о едином психозе, о закономерностях развития единого психоза, Киаруджи совершил первое обобщение особенностей течения отдельных

наличии некоторого торможения, так что элемент торможения участвует и здесь.

Ограничимся пока тем, что сказано о галлюцинациях и псевдогаллюцинациях, и посмотрим больных.

Беседа с больной

— Что Вас мучает?

— Голоса мучают.

— Что это за голоса?

— Я не знаю, где они говорят, наверху или в корнях волос.

— Как их слышите — как мой голос?

— Все равно как человек говорит.

— Что они говорят?

— Говорят так: ты должна соблазниться, ты должна с нами говорить, ты должна с нами работать, ты работать должна... Мне неудобно говорить.

— Это все врачи.

— Говорят: «Ты проститутка, мы тебя будем продавать, ты должна предлагать себя мужчинам, мы тебя будем продавать, ты все равно издохнешь, мы тебя задавим, задушим...»

— Кто это говорит — мужчины, женщины?

— Мужчины и женщины говорят, голоса, много голосов.

— Обращаются к Вам?

— Да.

— Или между собой говорят?

— Со мной. И днем говорят, и ночью говорят, мне покою нету. Начинают песни петь, начинают безобразничать, начинают выражаться.

— Кто это такие?

— А я не знаю.

— Как думаете?

— А я не знаю. Я вам говорю, корни волос болят.

— Это болезнь или на самом деле говорят?

— Я не знаю. Они мне покоя не дают.

— Эта Ваши знакомые говорят?

— Нет, никакого знакомого у меня нету.

— Чужие люди или знакомые?

— Откуда они мне знакомые? Я говорю, это болезнь, потому что мне покоя нет.

— Эти голоса существуют на самом деле или не существуют?

- Я не знаю, по-вашему как?
— А Вы как думаете?
— Я думаю так, что у меня болезнь. Я лежу в больнице, а толку нет...
— Значит, этих голосов нет, это проявление болезни?
— Я не знаю. Я вам говорю, я была на Пироговке две недели...
— А видений не бывает у Вас?
— Видений не бывает, а говорят только: «Мы тебя все равно задушим». Я нахожусь одна, у меня никого нет, в компании нахожусь одна... Они говорят: «Сейчас мертвецы поползут из-под кровати»...
— Вы видите их?
— Нет, не видела...
— Вы мне скажите теперь — что это?
— Болезнь.
— Я тоже говорю, что болезнь...
— Вы подумайте, я только вышла из больницы, побыла у сестры 3 недели, пробыла и опять в больницу попала. Что же это?
— Необходимо продолжать лечиться.
— Я лечусь. Если можно, я всех прошу, чтобы помогли мне.
(Больная уходит)

Как вы видите, по яркости, интенсивности, выраженности этих галлюцинаций они относятся к истинным, но в них уже имеются особенности, отличающие их от истинных. Они еще полностью характера псевдогаллюцинаций не приобрели, но некоторые предпосылки к этому имеются. Во-первых, больная не идентифицирует их с реальным миром, она говорит — «может быть, это проявление болезни». Затем галлюцинации эти начинают уже звучать не только из реального пространства, но из тела, из волос. Содержание их, наряду с императивным, начинает приобретать характер воздействия (мертвецов «показывают»). Не исключено, что мы наблюдали сейчас больную, у которой истинные галлюцинации начинают проявлять тенденцию к переходу в псевдогаллюцинации, но этот переход еще выражен недостаточно четко, недостаточно ясно; однако тенденция к этому уже обнаруживается.

Посмотрим другую больную.

(Входит другая больная)

Беседа с больной

— Что Вас тревожит?

— Очень тревожит...

— Что?

— Все время голоса меня очень изводят, наводят на меня аппарат, предъявляют мне обвинение, хотят меня забрать из дома. Я плачу, никуда не выхожу, целую неделю не кушала.

— Это по болезни или действительно наводят аппарат?

— Мне кажется, что наводят аппарат.

— Почему Вы так думаете?

— Потому, что я проверяла себя. Я уезжала из дома к родным и там не слышала. Возвращаюсь обратно домой и опять слышала. Иду в магазин, я слышу, мне говорят: «Что же ходишь, зараза. Иди, тебя там уже ждет муж».

— Кто это делает, с какой целью наводят на Вас аппарат?

— Я только прошу, чтобы мне помогли.

— Мы поможем, но кто это?

— Организация...

— Почему они обращаются к Вам?

— Я не знаю отчего. Это с 54-го года.

— А как Вы их слышите — через уши или как?

— Через уши. Я пробовала затыкать уши, но начинается сильная головная боль. Я накрывалась платком, ложилась спать, все равно отворачивают. Вот в последнее время, как попасть в отделение, он мне сказал: «Накинь платок и проходи в оперативный отдел в 105-е отделение».

— Они Вам только говорят этим аппаратом или еще что-нибудь вызывают?

— Нет, только это.

— А видений каких-нибудь не вызывают?

— Нет.

— Мысли не путают?

— Мысли не путают, а вот мои мысли, мои чувства говорят.

— Как это?

— Я хочу только сказать, они сейчас же повторяют.

— Этим аппаратом?

— Да.

ЛЕКЦИЯ 2

Психопатология чувственного познания

(Галлюцинации (продолжение); иллюзии, функциональные галлюцинации, психическая гипер- и гипестезия, раздвоение восприятия, сенестопатии, психосенсорные расстройства. Бред.)

Несмотря на многочисленные исследования, патогенез галлюцинаций остается еще далеко не ясным. И.П.Павлов считал, что в основе галлюцинаций лежит инертное возбуждение, которое и делает возможным усилие следовых разрушений, то есть достижение представлениями степени интенсивности одинаковой с реальными восприятиями. При зрительных галлюцинациях речь идет об образовании возбуждения в первой сигнальной системе, а при слуховых галлюцинациях — во второй сигнальной системе.

В противовес этому Е.А.Попов говорил о тормозном состоянии, лежащем в основе галлюцинаций, о фазовых состояниях — изменении силовых отношений, при котором слабые раздражители действеннее сильных.

Надо сказать, что и то и другое предположение не могут полностью объяснить многие клинические факты. Возьмем наш терапевтический опыт. Известно, что применение аминазина устраняет зрительные галлюцинации при делириозных состояниях. Аминазин, являясь нейролептическим средством, казалось бы, должен был усиливать галлюцинации при их тормозном генезе, и тем не менее он их ослабевает и устраняет. Это как бы говорит в пользу того, что в основе галлюцинаций лежит возбуждение. Но, с другой стороны, применение, например, кофеина или риатлина приводит к ослаблению или устранению некоторых слуховых галлюцинаций, особенно при острых алкогольных галлюцинациях. Это противоречит предположению о преобладающей роли возбуждения в генезе галлюцинаций. Представляют также интерес опыты канадского физиолога Лоутона Дауста. При изолированном возбуждении диафрагмального нерва в период действия этого возбуждения Дауст наблюдал исчезновение слуховых галлюцинаций. Следовательно, рефлекс-

торное периферийное раздражение влияет также на галлюцинации.

С другой стороны, в патогенезе галлюцинаций придают большое значение внутримозговым обменным нарушениям, внутриклеточным, синаптическим. Эти гипотезы основываются на опытах с галлюциногенными веществами: мексалином, диэтиламидом лизенгириновой кислоты и другими средствами. Правда, применение этих средств, вызывает нарушения далеко не аналогичные собственно галлюцинаторным расстройствам. При них главным образом изменяется самосознание, наступает качественное изменение восприятия, его расщепление, возникают психосенсорные расстройства, но не собственно галлюцинации. Следовательно, состояния, которые вызываются у добровольцев этими веществами, не являются состояниями, аналогичными галлюцинациям. Исследование патогенеза галлюцинаций, исходя из данных подобных экспериментальных проб, недостаточно адекватно задачам такого исследования.

Применение атропина способно вызывать галлюцинации, но не в изолированном виде; по сути дела, возникают сумеречные помрачения сознания, иногда с тяжелыми изменениями аффекта в виде страха, а иногда и с бредовыми идеями. Атропиновые состояния настолько сложны, комплексны, что не могут служить отправным пунктом для исследования галлюцинаций.

Всякого рода экспериментальные исследования с кокаином и другими веществами также не оправдали возлагавшихся на них надежд. Кокаин вызывает, как известно, тактильный галлюциноз, но в результате хронического действия.

Галлюцинации иногда трактуют как патологию одного анализатора, например, зрительные галлюцинации рассматриваются в качестве выражения патологии зрительного анализатора. Но это далеко не так. При восприятии, даже зрительном, речь идет не о деятельности только одного анализатора. Восприятие (имеется в виду зрительное) является результатом сложной деятельности различных отделов головного мозга, дружественной деятельности многих анализаторов. Когда мы, например, видим яблоко, мы воспринимаем яблоко не только как зрительный образ, но и со всеми его качествами. Или, например, яблоко, висящее в чужом саду, воспринимается мальчиком с характером социальным, с проблемой чужой собст-

ЛЕКЦИЯ 3

Бред

(продолжение)

Навязчивость

Чувственный бред, или, как его еще называют — образный бред, или, по И.П.Павлову, — бред, относящийся преимущественно к первой сигнальной системе, не исчерпывается только острыми формами. Наряду с острым чувственным бредом существуют протрагированные формы. К ним относится парафренический бред мегаломанического содержания, бред Котара, фантастический бред депрессивного содержания.

Бред Котара — чувственный, больные оперируют не отвлеченными понятиями, а яркими представлениями фантастического содержания. Он проявляется в 3 формах: в меланхолической форме, при которой больной утверждает, что он будет мучиться вечно; что все его родные погибли; его дом исчез; город, в котором он живет, страна, весь земной шар гибнут, останется в живых, лишь он один и будет мучиться 100, 200, 1000 лет, вечно. Эту форму бреда называют также бредом громадности. Бред Котара проявляется также в форме бреда отрицания, совпадающей с упомянутым бредом громадности, при котором больные отрицают существование городов, стран, мира, утверждают, что ничего нет, ничего не существует, и, наконец, бред Котара может быть нигилистической формы (здесь тоже существует момент отрицания), при которой больные утверждают, что их внутренности разрушаются, кишечник прекратил работу, вся полость живота заполнена калом, у них нет внутренностей, мозга, сердца, нет их самих. Этот бред некоторые авторы относят к ипохондрическому. Он может считаться ипохондрическим только в смысле содержания бреда, но он вместе с тем фантастический, нигилистический, он образный, чувственный. Он чувственный еще и потому, что возникает на фоне аффекта, в частности депрессивного.

При паралитическом бреде и бреде парафреническом (некоторые психиатры, например Бумке, объединяют их на том основании, что и тот и другой являются фантастическими), больные также оперируют образами, яркими, чувственно-конкретными представлениями. Вспомните бред паралитиков с содержанием о несметных богатствах, мешках золота, тысячах жен. Содержание такого бреда чрезвычайно образно, чувственно, конкретно. Ему способствует повышенный аффект.

При парафрении речь также идет о фантастическом бреде. В выраженных случаях фантастической парафрении больные утверждают, что они живут миллион лет, что они бессмертны, что они принимали участие в жизни Древнего Египта, были сенаторами Рима, или утверждают, что они пришельцы с Марса, Венеры. При этом также оперируют яркими образными представлениями и пребывают в состоянии повышенного настроения.

В бреде Котара и парафреническом бреде имеется нечто общее. Если говорить физиологическим языком, то речь идет о возбуждении, о доминировании механизмов первой социальной системы. Если говорить психологически, то речь идет о безудержном напоре целой цепи образов, ярчайших представлений, доминирующих в сознании. Некоторые психопатологи неэволюционного направления сопоставляют такого рода бред с детскими фантазиями. Как вы знаете, в возрасте 5—6 лет у детей возникает склонность к повышенному фантазированию. Наш отечественный психиатр Трошин в своем очень интересном, оригинальном сочинении «Сравнительная антропология детского возраста» этот период называет «золотой порой детской лжи»; проявления фантазирования, детской лживости он рассматривает как закономерный этап развития психических функций. И вот некоторые авторы считают, что при психозах происходит регресс психической деятельности, и сопоставляют этот «золотой период детской лжи» с фантазированием психически больных, считая, что у них происходит регресс психической деятельности на онтогенетически более ранний уровень развития. Это далеко не доказано, но предполагать регресс психической деятельности под влиянием процесса вполне возможно.

К чувственному бреду относится и расстройство, которое очень часто встречается при депрессивно-параноидных состояниях, — не только при инволюционной меланхолии, но и