

ТЕЧЕНИЕ
И ИСХОДЫ
ШИЗОФРЕНИИ
В ПОЗДНЕМ
ВОЗРАСТЕ



Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Под ред. Э. Я. Штернберга; АМН СССР. — М.: Медицина, 1981, 192 с., ил.

В книге представлены результаты многолетнего клинического и эпидемиологического изучения свыше 1000 больных с различными формами шизофрении, проведенного сотрудниками Института психиатрии АМН СССР. На основании собранных в старости катамнезов изложены особенности течения и клинической картины различных форм шизофрении на протяжении всей жизни больных, этапы более прогрессивного и регрессивного течения заболевания, влияние инволюционного периода и старости на течение и проявления разных форм шизофрении, особенности старения больных, исходы заболевания и возможности социальной адаптации больных в позднем возрасте.

Монография предназначена психиатрам, гериатрам и невропатологам.

В книге 2 рис., 15 табл., список литературы — 140 названий.

Рецензент — Белов В. П. — профессор, руководитель клинического отделения Всесоюзного научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

ИЗДАНИЕ ОДОБРЕНО И РЕКОМЕНДОВАНО К ПЕЧАТИ
НАУЧНО-ИЗДАТЕЛЬСКИМ СОВЕТОМ
ПРЕЗИДИУМА АМН СССР

Т $\frac{51700-151}{039(01)-81}$ 78-81 • 4124030600

ПРЕДИСЛОВИЕ

Монография, написанная С. И. Гавриловой, Т. А. Дружининой, В. А. Концевым, А. В. Медведевым, Е. К. Молчановой — сотрудниками клинического отделения Института психиатрии АМН СССР, возглавляемого профессором Э. Я. Штернбергом, охватывает более широкий круг вопросов, чем отражено в названии. Монография представляет собой исследование наиболее распространенных форм шизофрении, прослеженных на всем протяжении болезни вплоть до глубокой старости. Подобное исследование могло быть осуществлено лишь в Советском Союзе, где широко развита диспансерная система психиатрической помощи населению, предусматривающая учет, непрерывное наблюдение и лечение больных в течение заболевания. Диспансерное наблюдение обеспечивает возможность получения «биографических историй болезни» (по К. Jaspers), без которых невозможно создание нозологии психических болезней.

Авторы обследовали свыше тысячи больных шизофренией, достигших позднего и старческого возраста. Одновременно в каждом случае тщательно восстанавливалось все предшествующее развитие патологического процесса с помощью историй болезней диспансера и стационаров, а также дополнительных анамнезов.

Это позволило описать основные формы шизофрении в их статике и динамике в духе концепций школы П. Б. Ганнушкина.

На основании данных, полученных в результате многолетнего обследования больных вплоть до конечного этапа течения болезни, и в соответствии с принятой в Институте психиатрии АМН СССР систематикой шизофрении авторами были выделены следующие ее разновидности: а) злокачественно протекающая; б) шизофрения средней степени прогрессивности.

ности; в) малопрогрессирующая шизофрения; г) паранойяльная; д) латентная; е) рекуррентная; ж) приступообразно протекающая; з) переходящая в непрерывную.

Описанные разновидности течения шизофрении не совпадают полностью ни с клиническими формами Крепеллина, ни с формами Клейста — Леонгарда, ни с недавно опубликованными разновидностями шизофрении Губера. Однако авторы настоящей монографии проанализировали последовательное развитие и особенности проявлений выделенных ими разновидностей шизофрении и на основании катамнезов, превышающих в большинстве случаев 40—50 лет, доказали устойчивость этих основных форм и разновидностей болезни. Такой подход к изучаемой проблеме обогащает наше представление о клинике шизофрении.

В процессе своего исследования авторы обнаружили свойственную почти всем формам шизофрении общую последовательность смены этапов развития болезни: инициальный, период активного развития болезни, период стабилизации и исходный этап. Наряду с этим они изучили и описали особенности этапов развития болезни — патокинез по И. В. Давыдовскому — в зависимости от формы течения шизофрении и степени ее прогрессирующей. Было выявлено, что при непрерывно протекающей шизофрении продолжительность активного периода тем короче, чем интенсивнее развивается процесс. Начало злокачественной шизофрении чаще всего приходится на юношеский возраст, но не ограничивается только им. Такая форма шизофрении может начаться и в более позднем возрасте, вплоть до 50 лет. Авторы отмечают, что образование дефекта в течение всех форм шизофрении происходило на более ранних этапах заболевания — в возрасте до 40 лет. В то же время в случаях приступообразно-прогрессирующего течения болезни учащение приступов наступало, как правило, после 50 лет. При этом наблюдалось как усложнение клинической картины приступов при отсутствии признаков прогрессирующей процесса, так и учащение приступов с постепенным «упрощением» их структуры вплоть до уровня аффективных фаз. В зависимости от особенностей механизма приспособления организма первоначальные сдвиги (шубы), возникающие в активный период болезни, сменяются состоянием стабилизации, когда вместо шубов наступают фазы как выражение очередной экзакцербации процесса. Психический дефект в результате фаз не углубляется, психическая деятельность восстанавливается на предшествующем фазе уровне. Периоды

наступления фаз и интервалов между ними отмечались даже в конечных состояниях злокачественной шизофрении, но в стертом виде. Все это свидетельствует о преобладании процессов приспособления, восстановления, но на сниженном уровне деятельности головного мозга на отдаленных этапах течения болезни в позднем возрасте.

Авторы выделяют также форму течения шизофрении, переходящую из приступообразной в непрерывную, но с сохранением периодически возникающих эксацербаций. Интенсивность процесса определяет соотношение ремиссий и эксацербаций процесса.

Останавливаясь на особенностях наступления ремиссии, авторы говорят об исчезновении в первую очередь наиболее поздно возникших в течение процесса расстройств и в последнюю очередь инициальных расстройств — сверхценных образований, явлений навязчивости. В более легких случаях дефект после перенесенного приступа шизофрении ограничивается деформацией структуры личности, так называемыми психопатоподобными ее изменениями. Важно далее указание на зависимость структуры дефекта (особенно негативных расстройств) от предшествующего преморбидного склада личности. Следует считать справедливым указание на чрезвычайную трудность разграничения качественных и количественных характеристик негативной симптоматики.

Авторы, пользуясь обоснованными данными, указывают на значительное уменьшение диагностики рекуррентной формы шизофрении в старости — с 20% в зрелом возрасте до 6% в старости.

Напротив, параноидная шизофрения обостряется, становится беспспорной чаще всего в старческом возрасте.

Данные монографии подтверждают относительность определения «непрерывное течение» шизофрении. Фактически все формы шизофрении, в том числе и непрерывные, протекают с периодами обострений и временного затишья (ремиссий). В случаях непрерывного течения во время таких ремиссий продолжают оставаться, хотя и в ослабленной форме, продуктивные симптомы болезни (бред, галлюцинации, проявления психического автоматизма). При ремиттирующей шизофрении они остаются в форме так называемых невротических расстройств — сенестопатий, навязчивостей, аффективных фаз и др. Непрерывное или приступообразное течение шизофрении определяется особенностями патологических продуктивных расстройств, остающихся в период ремиссии, их качеством

(глубиной), резидуальным наличием (инвертностью) или полным исчезновением.

Деление различных форм заболевания на группы, проведенное авторами, способствовало усовершенствованию систематики эндогенных психозов. Например: род болезни — эндогенный; виды болезни: а) интенсивно-прогредиентная шизофрения (злокачественная — наименование менее удачно, травмирующее); б) прогредиентная (средне-прогредиентная — лингвистически неудачное название); в) торпидно-прогредиентная (иначе малопрогредиентная); г) аморфно-прогредиентная шизофрения (простая форма); д) резидуальная (стойкие изменения личности с чужаковатостью, эмоциональной бедностью). К резидуальной шизофрении, по-видимому, принадлежат и некоторые случаи паранойяльной шизофрении как стойкий результат относительно незаметно перенесенного приступа; е) латентная шизофрения (длительно, вплоть до старости, протекающая с изменениями, более тяжелыми, чем просто шизоидная психопатия; нередко обостряющаяся в пожилом возрасте); ж) прогредиентно-ремиттирующая шизофрения (формы, принимающие непрерывное течение, но по-прежнему, с явными эксацербациями); з) ремиттирующая шизофрения (шубообразные формы); к) рекуррентная шизофрения (протекающая с бурно возникающими, часто онейроидными картинами приступов и последующими глубокими ремиссиями); л) циркулярная форма шизофрении (шизоаффективные психозы); м) атипичные формы маниакально-депрессивного психоза; н) циркулярный психоз; о) однофазные формы маниакально-депрессивного психоза (депрессивные или маниакальные).

Как уже указывалось, все приведенные разновидности шизофрении под тем или иным обозначением описаны в этой монографии. Формы резидуальные и латентные были обнаружены С. И. Гавриловой среди лиц старческого возраста в процессе подворного обследования никогда не обращавшихся к психиатру лиц.

В монографии показаны сложные взаимоотношения между процессами старения и динамикой основных форм шизофрении в позднем возрасте. Не только описаны различные тенденции развития процесса, проявляющиеся в кризисные периоды позднего возраста, но и впервые подвергается анализу влияние шизофренических процессов различной прогредиентности на характер психического старения. Подробно изучены зависимость психопатологической структуры шизофренических расстройств от возраста больных, а также клинко-психопатоло-

гические проявления конечных и исходных состояний в старости.

Из двух диагнозов — диагноз болезни и диагноз большого — избрали первый — описание болезни, изложение основ патологии страдания. Из современного учения о системном подходе в научном познании вытекает, что «всякий предмет, явление, индивидуум приобретает как бы две системы измерений»: одну — сфокусированную на изучении его «самости» и «непосредственности», другую — показывающую его опосредование, его принадлежность к виду, к роду, раскрывающие его «базисные качества...»¹. Авторы сосредоточили свои усилия в первую очередь на исследовании «базисных» качеств патологии.

Можно с уверенностью сказать, что эта оригинальная монография станет настольной книгой каждого психиатра.

Академик АМН СССР *А. В. Снежневский*

¹ Кузьмин В. А. Место системного подхода в современном научном познании и марксистская методология. — Вопросы философии, 1980, № 2, с. 47.

ЗАДАЧИ, МЕТОД И ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение закономерностей длительного течения и динамики проявлений шизофрении, результаты которого представлены в монографии, является в настоящее время одним из наиболее важных и перспективных исследовательских направлений в этой области. Исходя из катamnестического исследования лиц, заболевших в молодом или среднем возрасте и к моменту исследования доживших уже до старости, мы путем ретроспективного восстановления особенностей клинического заболевания в более раннем возрасте стремились к созданию максимально полной, охватывающей всю протяженность болезненного процесса модели шизофрении. Прежде чем сформулировать практические и теоретические задачи, стоящие перед такими исследованиями, мы остановимся кратко на причинах особой актуальности такого подхода, а также на некоторых объективных факторах, способствующих его осуществлению.

Со времени становления современной нозологической психиатрии [Kahlbaum L., 1874; Kraepelin E., 1913], бесспорным считается положение о том, что наиболее адекватный путь к созданию клинического учения о шизофрении или другой форме психической болезни состоит в достаточно полном знании закономерностей течения и особенностей исходов заболевания. Получение необходимых для этого данных, разумеется, в свою очередь зависит от возможности наблюдения за динамикой психоза в течение длительного времени — на протяжении всей жизни больных или большей ее части. Более длительное изучение заболевания, обследование больных, доживших до старческого возраста, при сочетании с ретроспективным восстановлением предшествующего течения заболевания представляет первостепенный научный и практический интерес.

В связи с тем что в настоящее время все нарастающее чис-

ло психически больных и, в частности, больных шизофренией, заболевших в разные периоды жизни, доживают до старческого возраста, такие исследования могут проводиться и фактически проводятся в весьма широких, ранее в психиатрии неизвестных и неосуществимых масштабах. Возможности систематического лонгитудинального изучения течения, проявлений и исходов шизофрении способствовало в первую очередь то, что характерные для современной эпохи демографические процессы, выражающиеся главным образом в увеличении удельного веса поздних возрастных групп в населении, распространяются также и на популяцию больных шизофренией. Как вытекает из наших специальных эпидемиологических исследований, возрастная структура популяции больных шизофренией существенно не отличается от таковой в общей численности населения. Наши исследования, так же как аналогичные работы других авторов, стали возможными прежде всего благодаря неуклонному росту численности доживающих до старости больных¹.

Результаты исследований, представленные в этой книге, имеют в основе своей клинико-катамнестическое изучение больных шизофренией. Исходя из общеизвестного факта, что клинико-психопатологические проявления шизофрении, так же как течение и прогрессивность заболевания, обладают необычайным полиморфизмом, для получения достаточно полных и информативных данных об этих свойствах шизофренического процесса мы стремились, во-первых, к проведению максимально длительных катамнестических наблюдений, а во-вторых, к изучению более разнообразных форм и проявлений заболевания. В качестве предмета исследования выбирались больные, уже достигшие старческого возраста (60 лет и более) и болеющие, следовательно, уже в течение нескольких десятилетий. Таким путем мы получили сведения о течении заболевания на протяжении большей части жизни больных — так называемые биографические истории болезни, по определению K. Jaspers (1965).²

¹ Значение демографических процессов, а также социальных и организационных сдвигов, способствовавших увеличению числа доживающих до старости психически больных, освещено в монографии Э. Я. Штернберга «Геронтологическая психиатрия» (М.: Медицина, 1977).

² По длительности полученных катамнестических сведений, охватывающих многие десятилетия, наши наблюдения находятся на одном из первых мест в литературе. Близкими данными располагали только швейцарские исследователи L. Ciompi и Ch. Müller (1975).

Для решения второй задачи — охвата нашими наблюдениями многих шизофренических процессов, мы изучали не только больных, поступающих в городские психиатрические больницы или находящихся в них, но и значительные по своей численности контингенты больных хроническими заболеваниями, находящихся в загородных больницах или в психоневрологических интернатах Министерства социального обеспечения РСФСР. Кроме того, сплошному обследованию подвергалась популяция пожилых больных шизофренией, состоящих на учете одного из психиатрических диспансеров Москвы. Изучались также больные, ранее не состоявшие под наблюдением диспансера, а выявленные впервые лишь при эпидемиологическом изучении выборки лиц позднего возраста из общей численности населения этого же городского района.

Мы считаем необходимым отметить общие положения, из которых исходили при наших исследованиях. Клинико-катамнестическое обследование больных, уже достигших к этому моменту старческого возраста, сочеталось, как правило, с ретроспективным восстановлением предшествующего течения заболевания и с анализом динамики его проявлений на протяжении всего периода болезни. Мы исходили из убеждения, что только при таких условиях катамнестическое изучение составившихся больных может внести существенный вклад в общее учение о шизофрении. В этой связи следует подчеркнуть, что такое трудное и трудоемкое ретроспективное восстановление клинической динамики болезни на протяжении десятилетий оказалось возможным главным образом благодаря советской диспансерной системе. В психиатрических диспансерах, как известно, сосредоточены вся медицинская документация и сведения о социальном положении больных, осуществлена таким образом преемственность стационарного и амбулаторного наблюдений над ними. В преобладающем большинстве случаев это обеспечивало возможность достаточно полного изучения предшествовавшего течения заболевания.

При проведении исследований мы придерживались систематики шизофренических психозов, разработанной в Институте психиатрии АМН СССР [Наджаров Р. А., 1972]. Как будет показано по ходу дальнейшего изложения, мы систематизировали и изучали наши клинические наблюдения отдельно по основным формам течения шизофрении и внутри каждой из них по группам, отличающимся друг от друга по степени прогрессивности болезненного процесса. Такой дифференцированный подход к анализу клинических данных, сочетающийся с после-

дующим сопоставлением и сравнением результатов исследования, полученных в отношении больных с различными группами заболеваний, является, по нашему мнению, также обязательным условием целесообразности проведенной работы.

Какие же задачи могут быть поставлены перед исследованием, построенным по описанным выше принципам, и в каких отношениях могут они оказаться более результативными, чем традиционное клиническое изучение психически больных? Но заранее следует отдать себе отчет не только о значительных возможностях и задачах таких исследований, но также и о их границах, в особенности о степени возможности экстраполировать полученные таким образом результаты на шизофрению в целом.

В качестве примеров перечислим только некоторые принципиально значимые клинические проблемы, для решения которых длительные катамнестические наблюдения могут оказаться существенными. Наблюдения за продолжающимся до старости больных течением заболевания позволяют, например, судить об устойчивости течения основных форм шизофрении на протяжении всей жизни больных, а также о характере переходных форм заболевания. На основании репрезентативных по своей численности биографических историй болезни можно уточнить наличие различных вариантов течения, наиболее адекватным путем изучать проблемы, связанные с прогрессивностью шизофренических процессов, с динамикой и пределами этой прогрессивности. Существенным образом такие наблюдения дополняют учение о семiotике шизофрении, раскрывают особенности и изменчивость клинико-психопатологических проявлений заболевания в зависимости от возраста и этапа течения заболевания.

Изучение динамики заболевания от его начала в молодом или среднем возрасте до старости больных дает возможность изучать резидуальные, конечные или исходные состояния при шизофрении, т. е. проблемы, имеющие первостепенное значение для выяснения вопроса о нозологическом единстве шизофренических психозов. В ходе этих исследований открывается также возможность характеристики влияния различных возрастных периодов, в том числе кризисных периодов позднего возраста, на проявления и течение многообразных шизофренических процессов, а также влияния самой шизофрении на процессы старения. Иными словами, с помощью проведенных наблюдений представляется возможным создание максималь-

но полной модели (или моделей) шизофренических процессов, их полиморфизма, закономерностей течения и прогноза.

Что же касается вопроса о пределах научной информативности наших исследований, то следует прежде всего признать факт известной и неизбежной их выборочности, поскольку мы обследовали только тех больных, которые доживали до старости. Мы должны были считаться с двумя факторами, обуславливающими эту выборочность: со смертностью больных в период до достижения 60-летнего возраста и с возможностью исчезновения определенного числа больных из поля зрения психиатра (чаще всего больных с благоприятным течением заболевания).

В отечественной литературе отсутствуют обобщающие сведения в исследовании продолжительности жизни и возраста смерти больных шизофренией. Данные зарубежных авторов довольно противоречивы. В более старых работах американских [Malzberg B., 1934] и скандинавских [Alström H., 1942; Odegaard O., 1952; Niswander G., Hasler G. (1963); Lindelius, (1970)] авторов указывалось на то, что по сравнению с летальностью в общей массе населения летальность больных шизофренией повышена в 2,5—5 раз. Однако почти все эти исследования проводились до активного лечения психозов и применения новых видов терапии инфекционных болезней. О значении времени публикации соответствующих наблюдений свидетельствуют и приведенные в некоторых из них данные о причинах летальности при шизофрении, среди которых (даже еще в 1940—1960 гг.) инфекционные болезни занимали первое место. Наиболее подробный и дифференцированный анализ проблемы летальности при шизофрении содержится в монографии L. Ciompi и Ch. Müller (1976). В изученной этими авторами группе ранее госпитализированных больных летальность была в целом в 1,7 раза выше, чем в соответствующих группах общего населения. Летальность среди больных женщин была более высокой, чем среди мужчин; она была более высокой у больных, впервые госпитализированных в возрасте старше 40 лет, и у больных с кататоническими расстройствами, а наиболее низкой — при параноидных формах¹. В специальной работе L. Ciompi и J. Medveska (1976), сравнивая летальность больных при различных психических заболеваниях, отметили, что летальность среди больных шизофренией несколько выше, чем среди больных неврозами и психопатией, но значительно ниже, чем среди больных, страдающих органическими заболеваниями и алкоголизмом.

Имеющиеся указания на несколько эксцессивную паушальную летальность больных шизофренией находятся в необъяснимом пока противоречии с упомянутыми выше наблюдения-

¹ Насколько значительной может быть селективная роль фактора летальности, показывают сообщенные L. Ciompi и Ch. Müller цифры. К моменту катamnестического обследования (1963), т. е. по достижении 65-летнего возраста, оказались в живых только 25% из 1642 больных, родившихся в 1873—1897 гг.

ми, согласно которым удельный вес лиц позднего возраста в популяции больных шизофренией и в общей численности населения одинаков¹. Не исключено, что некоторая часть больных шизофренией по достижении ими старческого возраста уже не учитывается диспансерами. Нами была предпринята попытка дополнительного исследования лиц, которые, по архивным данным диспансера, в течение ряда последних лет были сняты с диспансерного учета. Их оказалось немного. Так, среди 1600 лиц старческого возраста из общей численности здорового населения, обследованных клинко-эпидемиологическим методом [Гаврилова С. И., 1979], больные шизофренией, снятые с учета, обнаруживались только в небольшом числе. Во всяком случае, мы попытались уменьшить роль фактора выборочности разными способами; и путем собирания большого, репрезентативного числа наблюдений (свыше 1100), и путем изучения разнообразных форм и вариантов заболевания.

Второй вопрос, относящийся к проблеме возможно ограниченного характера доказательности тех выводов, которые могут быть сделаны на основании анализа наших наблюдений, заключается в следующем. Оценка некоторых параметров заболевания у достигших старческого возраста больных, в том числе таких, как преморбидные особенности большого, инициальные проявления заболевания, наследственная отягощенность по восходящей линии и ряд других, наталкивается на определенные трудности. Имея это в виду, мы использовали для возможных выводов прежде всего такие случаи заболевания, в отношении которых мы располагали достаточно полными и достоверными анамнестическими сведениями, когда медицинская документация могла быть дополнена вновь собранными анамнестическими данными. Те общие закономерности, которые нам удалось выявить, свидетельствуют, с нашей точки зрения, с достаточной убедительностью против случайного и фрагментарного характера наших наблюдений. Мы хотели бы подчеркнуть это положение в связи с той трактовкой, которую недавно дали L. Ciompi и Ch. Müller (1976) своим катамнестическим наблюдениям, охватывающим, так же как в наших исследованиях, длительный период заболевания до старческого возраста больных.

¹ Этот факт, естественно, не исключает возможности более высокой летальности отдельных групп больных, находящихся в тяжелом состоянии и в особых условиях (например, больные со злокачественными формами шизофрении во время войны и т. п.).

По мнению швейцарских авторов, исследователи описывают только судьбу или особые варианты жизненного пути больных, зависящие, как и психически здоровых людей, от биографически обусловленных, хронически действующих факторов, семейных и внутригрупповых конфликтов и частично также так называемых психобиологических, в том числе возрастных, кризов. В противоположность таким утверждениям, вытекающим из порочных психодинамических общих позиций авторов, т. е. отрицания ими биологической обусловленности шизофренического процесса, а также из неверного в методологическом отношении паушального изучения шизофрении в целом, мы должны указать на то, что с помощью описанного здесь методологического подхода выявляются постоянно повторяющиеся особенности динамики клинической картины болезненного процесса. Устанавливается таким образом ряд характерных клинических общепатологических закономерностей, свойственных болезненному процессу.

Описанные выше трудности позволили нам высказать только наиболее общие (групповые) прогностические суждения, т. е. установить корреляции лишь между некоторыми факторами, поддающимися идентификации и в старости больных, с одной стороны, и особенностями дальнейшего течения и исхода заболевания, с другой.

Известные трудности в трактовке полученных результатов вытекали и из того, что в отношении применявшейся терапии изученные больные находились в далеко не одинаковых условиях. Среди наших больных были такие, которые активно никогда не лечились; другие лечились только различными шокowymi методами (инсулин, кардиазол, электросудорожная терапия и др.). Только меньшая часть больных получала регулярно психотропные препараты, у большей же части эти препараты стали применяться только на сравнительно поздних этапах течения заболевания. При разделении больных по этим признакам, отнесенным нами к разным формам течения и к группам с различной прогрессивностью болезненного процесса, существенных различий между ними не обнаружено. Можно с уверенностью сказать, что описанные здесь общие особенности длительного течения шизофренических заболеваний проявлялись в принципиально одинаковом виде, хотя, возможно, и с некоторыми количественными различиями у нелеченых больных и у больных, получавших различную терапию.

В исследованиях, описанных в этой публикации, мы, таким образом, поставили перед собой определенную, в какой-то степени ограниченную цель, т. е. изучали особенности длительно-го течения, динамику клинических проявлений и исходы различных типов шизофренических процессов от их начала в молодом и среднем возрасте до достижения больными старческого возраста. По этой причине шизофренические заболевания с

поздней манифестацией (в возрасте старше 45—50 лет) были включены в данный материал только в очень ограниченном объеме и лишь при обнаружении аналогичных закономерностей течения.

Обсуждение всего сложного комплекса проблем, связанных с поздней и старческой шизофренией, ее ограничением, диагнозом и дифференциальным диагнозом, систематикой, клиникой и патогенезом, выходило бы далеко за рамки темы этой работы. Все эти вопросы должны являться предметом самостоятельных и предусмотренных нами дальнейших публикаций.

Необходимо подчеркнуть то важное значение, которое имели результаты предшествовавшего изучения шизофрении в возрастном (геронтологическом) аспекте для клинко-психопатологического анализа результатов катamnестического исследования. Поскольку методы, содержание и результаты прежних работ неоднократно нами подробно излагались (1968, 1972), мы ограничимся указанием на существующую в этой области и соблюдающуюся нами преемственность между отдельными этапами исследований. Сначала изучались в сравнительном плане клинко-психопатологические особенности, свойственные различным по своей природе психическим заболеваниям в определенные периоды позднего возраста [Жислин С. Г., 1965; Штернберг Э. Я., 1977, и др.]. В результате выделения ряда общевозрастных свойств психических расстройств были созданы основы сравнительно-возрастной психопатологии, которая в значительной степени способствовала диагностике и нозологической систематизации возрастных психозов. На последующем этапе исследований проводилось систематическое изучение клиники шизофрении в сравнительно-возрастном плане. Выявлялись возрастная предпочтительность различных синдромальных проявлений заболевания, особенности психопатологической структуры этих проявлений и общая динамика болезненного процесса в разные возрастные периоды [Наджаров Р. А., 1972; Штернберг Э. Я. (1977); Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К., 1978, и др.].

Все эти данные, свидетельствующие о значении влияния возрастного фактора на клинику и течение различных шизофренических процессов, в полном объеме представлены в этой книге.

СОВРЕМЕННЫЕ КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ¹

В публикациях последних лет по проблемам психиатрии и особенно в зарубежной литературе наблюдается повышенный интерес к вопросам длительного течения, исходов и прогноза шизофрении. Об этом свидетельствуют многочисленные посвященные этой тематике специальные работы и монографии, симпозиумы и конференции.

Как нами неоднократно отмечалось, этот возврат к клинической тематике может считаться довольно характерным явлением для многих современных зарубежных психиатров, в связи с чем уменьшается число публикаций философской, психодинамической или узкосоциологической направленности. Кроме того, и в зарубежной психиатрии ощущается влияние тех демографических процессов, которые делают катамнестические исследования, охватывающие значительный период течения заболевания, возможными и актуальными.

В зарубежных работах, посвященных изучению шизофрении, затрагивается широкий круг различных клинических и патогенетических вопросов, однако в научном плане эти работы далеко не равноценны. Хотя в преобладающем большинстве они содержат результаты катамнестического изучения определенных групп ранее госпитализированных больных шизофренией, только единичные работы и среди них прежде всего исследования психиатрической клиники в Лозанне построены таким образом, что катамнестическим наблюдением охватывается течение заболевания до старости больных. Только эти работы сопоставимы с нашими собственными исследованиями.

¹ Более полный разбор проведенных в этой области исследований дан в статье Э. Я. Штернберга «Новые зарубежные исследования течения и исходов шизофрении». — Журн. невропатол. и психиатр., 1978, вып. 1, с. 135—151

Относящиеся к нашей теме работы зарубежных авторов, как правило, отличаются от исследований советских психиатров рядом методологических особенностей.

В отличие от дифференцированного подхода советских авторов к анализу соответствующих наблюдений, построенного на основании выработанной систематики форм течения шизофрении, в зарубежных работах говорится чаще всего о шизофрении вообще¹. Даже те авторы, которые как, например, M. Bleuler (1972); L. Ciompi и Ch. Müller (1976); G. Huber и соавт. (1979) описывают различные типы и варианты течения (в том числе простое или хроническое, волнообразное или шубообразное), не проводят отдельного анализа своего материала по этим типам течения, а дают лишь обобщенные результаты длительных наблюдений над всей группой больных. У некоторых авторов разграничение различных типов течения каким-то образом сочетается с выделением старых форм Крепелина или синдромальных типов (простая шизофрения, параноидная, кататония, гебефрения и т. п.). В своей последней обобщающей публикации G. Huber, G. Gross и R. Schüttler (1979), как, кстати, раньше и H. Weitbrecht (1973), различают по существу те же три формы течения, которые выделяются и советскими авторами: фазное, в виде шубов и простое или хроническое². Однако в монографии этих авторов многообразие типов течения достигло крайней степени. С помощью комбинации особенностей течения и исходов они выделили 72 (!) типа течения, которые позднее путем их укрупнения сократили до 12. Не имея возможности остановиться на этой концепции подробнее³, отметим только, что в основе выделения этих типов течения лежат многочисленные достоверные клинические наблюдения, в том числе разграничение фазного, шубообразного и хронического течения, а также отмеченные различия в

¹ К исключениям из этого правила относятся работы тех авторов, которые проводят нозологические разграничения внутри группы шизофренических психозов и выделяют, например, особую группу самостоятельных приступообразных (циклонидных) психозов [Kleist K. et al., 1940; Perris L., 1974] или различают истинную шизофрению и псевдошизофренические психозы [Langfeldt G., 1956; Rümke H., 1958].

² Данные G. Huber (1974) относительно частоты этих трех типов течения (фаз — у 22% больных, шубообразное — у 48%) характерны только для специфического контингента больных университетской клиники. Они не соответствуют результатам эпидемиологического изучения истинной распространенности отдельных форм течения шизофрении.

³ Подробный разбор книги G. Huber и его сотрудников будет опубликован в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова».

тяжести, прогрессивности и исходах заболеваний при отдельных типах его течения. Недостаёт, однако, в этой концепции чёткости и единого критерия систематизации клинических наблюдений. Не учитывается органическая взаимосвязь между основными формами течения, степенью прогрессивности, объёмом клинических проявлений и исходом различных шизофренических процессов. Отсутствие чёткой систематики и последовательного учёта различных закономерностей течения является причиной трудностей, возникающих при сопоставлении результатов исследований советских и зарубежных авторов.

В методологическом отношении исследования зарубежных авторов существенно отличаются от описанных здесь собственных работ. Изучение течения и исходов шизофрении с помощью катамнезов проводится, как правило, так называемым методом когорты. М. Bleuler, L. Ciompi и Ch. Müller, G. Huber (1979) и соавт. приводят результаты катамнестического обследования определенной группы (когорты) больных шизофренией, которые в прошлом (несколько десятилетий назад до момента нашего исследования) находились с этим диагнозом в психиатрических клиниках. Преимущества «когортного» метода состоят в том, что с его помощью можно получить сведения о судьбе определенной группы больных, исходе заболевания и состоянии больных по истечении определенного периода времени, о числе больных, умерших за этот период, и о состоянии оставшихся в живых. Катамнестическое обследование проводится, как правило, в стационаре или в домашних условиях. Осуществимы когортные исследования скорее всего в малых странах, например в Швейцарии, где миграция населения незначительна¹. Особую ценность представляют такие исследования в том случае, когда один и тот же автор, как это сделал М. Bleuler, осуществляет наблюдение за больными на протяжении всего срока изучения (что неизбежно сокращает сроки изучения больных в катамнезе). Результаты катамнестического изучения шизофрении когортным методом иногда бывают неудовлетворительными. Во-первых, если такими исследованиями охватываются только больные, госпитализированные уже на ранних этапах заболевания (обычно это больные, находившиеся в особых учреждениях, например, в университет-

¹ L. Ciompi и Ch. Müller (1976) располагали сведениями о судьбе 96,6% больных, находившихся в клинике в Лозанне за 3—4 десятилетия до момента их катамнестического обследования.

ских клиниках¹. Происходит, следовательно, выборка наиболее тяжелых больных² и не изучается весь диапазон фактически наблюдающихся шизофренических заболеваний и расстройств. Во-вторых, в этих исследованиях отсутствуют зачастую сведения о динамике болезненного процесса на протяжении всего периода между первой (а иногда и повторной) госпитализацией и моментом катamnестического осмотра. Это связано с тем, что из-за отсутствия или слабого развития амбулаторных (диспансерных и др.) учреждений за рубежом невозможно осуществить преемственность наблюдений за состоянием больных на весь период течения заболевания. В-третьих, в большинстве когортных исследований (за исключением исследования L. Ciompi и Ch. Müller) сроки катamnестического наблюдения были недостаточными для полного освещения закономерностей течения и динамики проявлений шизофрении. Наконец, проведенные зарубежными авторами катamnестические исследования являются не только сугубо выборочными, но, как правило, не сочетаются со сплошными исследованиями невыборочной популяции больных шизофренией. По этой причине они не позволяют решать вопрос о влиянии различных, в том числе социальных, факторов на течение и исход заболевания.

Таким образом, по исходным позициям, применяемой методике и уровню клинического анализа катamnестические исследования шизофрении, проводившиеся зарубежными авторами, далеко не однородны. Тем не менее они представляют, для нас определенный интерес, поскольку в каждом из них в той или другой форме затрагиваются следующие вопросы: 1) течение и исходы шизофрении в свете длительных катamnестических исследований и возможные выводы относительно общего и дифференциального прогноза заболевания; 2) анализ внутренних и внешних факторов, определяющих и формирующих различные типы течения и исхода заболевания; 3) клиника и сис-

¹ Это положение подтверждается тем, что только 13% больных когорты G. Huber и соавт., которая состояла из больных университетской клиники, к моменту исследования постоянно находились в стационаре. L. Ciompi и Ch. Müller, обследовавшие всех больных, находившихся в единственном психиатрическом учреждении определенной области (кантона) Швейцарии, выявили 40% таких больных.

² О тяжести психотического состояния, наблюдавшегося у включенных в когорту больных уже в период первого манифестного психоза, свидетельствуют данные, сообщенные в 1979 г. G. Huber, G. Gross и R. Schüttler. У 37% больных наблюдались галлюцинаторно-паранойдные, у 17% — паранойдные и у 11% — гебфренические расстройства.

тематизация шизофренических резидуальных (дефектных, конечных, исходных) состояний; 4) возможные выводы, касающиеся природы и теории шизофрении.

Обязательной предпосылкой информативности любых таких исследований является четкое предварительное определение клинических признаков психических расстройств, которые автор относит к шизофрении. Разумеется, что при обследовании определенной когорты больных, находившихся уже на ранних этапах заболевания в клинике или больнице, этот круг будет неизбежно более узким, чем при изучении диспансерного или популяционного материала. М. Bleuler сформулировал требование (с нашей точки зрения, в теоретическом и практическом отношении вряд ли правомерное), согласно которому к шизофрении могут быть отнесены только те случаи заболевания, в течение которых хотя бы раз наблюдался отчетливый шизофренический психоз. При таком отборе больных из исследования выпадают многочисленные и разнообразные латентные и малопрогредиентные (амбулаторные) формы заболевания. Более реалистическими представляются требования, которые выдвигают G. Huber и соавт. в отношении таких катамнестических исследований. С некоторыми из них можно согласиться, в частности со следующими: диагностика шизофрении не должна быть поставлена в зависимость от течения и исхода заболевания; катамнестическим обследованием необходимо охватить достаточные по своей численности контингенты больных и по возможности более длительные периоды заболевания, а к моменту катамнеза больных следует изучать не только в больнице, но и в домашних условиях. В отношении обоснованного требования, четкого определения понятия шизофрении надо, однако, отметить, что положенную авторами в основу исследования клиническую характеристику шизофрении (так называемые симптомы 1-го и 2-го ранга, по K. Schneider, 1971) нельзя считать удовлетворительной. По своей информативности эти критерии уступают принципам принятой в советской психиатрии систематики шизофрении на основании учета формы течения заболевания и различных по степени прогредиентности его вариантов.

Основным итогом исследований шизофрении, проведенных в последние годы с помощью катамнестического метода, является сложившееся у многих авторов мнение о том, что общий прогноз заболевания и его отдаленное течение бывают в целом значительно более благоприятными, чем полагали представители классической психиатрии.

Имеется в виду учение Е. Краепелин (1913) о раннем слабоумии и лежащем в его основе «эндогенном ослабляющем процессе». Было бы, однако, неверно считать, что понимание относительно благоприятного прогноза при шизофрении у некоторых больных является достижением лишь новейших исследований. О возможности выздоровления или исхода в неглубокий дефект писали еще Е. Краепелин и Е. Блеулер. Е. Краепелин считал, что истинное выздоровление бывает редко; исход в «неглубокую психическую слабость» он нашел у 17% больных гебефренией и у 27% — кататонией. Выздоровление у $\frac{1}{3}$ больных кататонией отмечал в 1874 г. и L. Kahlbaum.

М. Блеулер, например, писал: «После первых пяти лет болезни не бывает, как правило, дальнейшей прогрессивности, а скорее преобладает тенденция к улучшению». Общий вывод, к которому приходят L. Ciompi и Ch. Müller (1976), сводится к тому, что, «вопреки распространенному и в настоящее время мнению, шизофрения не является болезненным процессом, принципиально или даже в большинстве случаев протекающим неблагоприятно». К такой сравнительно оптимистической оценке течения и прогноза шизофрении пришли также G. Huber и соавт. Прогрессивность шизофренического процесса, писали они еще в 1973 г., не является «постоянной и неограниченной»; возможны стабилизация и даже известное регрессивное развитие болезненного процесса. Примерно такие же высказывания встречаются в работах H. Hinterhuber (1973), W. Hartmann (1979) и др.

Представляют интерес данные L. Ciompi и Ch. Müller, показывающие, что и задолго до периода активного лечения шизофреники сроки первой госпитализации были сравнительно небольшими (не достигали 6 мес у $\frac{2}{3}$ больных изученной когорты); 80% больных госпитализировались в течение всего периода катанестического наблюдения (в течение 3—5 десятилетий) только 1—3 раза (и лишь 10% — 6—10 и больше раз).

Швейцарскими авторами отмечена относительно невысокая частота поступлений больных шизофренией в стационар в прошлые годы, в то время как в последние годы наблюдается более частая госпитализация («психиатрия вращающихся дверей»). Известно, что некоторые авторы связывают это явление с действием психотропных средств. При подсчете проведенного в больнице времени условно выделены 2 группы больных: лечившихся в стационаре не больше года — 1-я группа (45%) и свыше 10—20 лет — 2-я группа (33%).

Оценка исходов шизофрении на основании длительных катанестических наблюдений осуществляется многими авторами с помощью довольно грубых и простых критериев. В основ-

ном при этом различают: выздоровление и различные по степени тяжести, т. е. легкие, умеренные и тяжелые, исходные (резидуальные, дефектные) состояния. Большинство авторов понятие «выздоровление» при шизофрении не расшифровывается и не иллюстрируется клиническими данными.

Конечными, или исходными, состояниями при шизофрении (в традиционном их понимании советскими авторами) занимался в последние годы болгарский психиатр А. Маринов (1971—1974). Автор описал конечные стадии течения непрерывной и шубообразной шизофрении и на основании изучения 154 больных выделил следующие клинические типы: апатически-гипобулический (37%), галлюцинаторно-параноидный (35%), параноидный (9%) и кататонический (19%). А. Маринов подчеркивает частичную обратимость расстройств, характерных для конечных состояний. В 1968 г. также и W. Janzarik указал на частичную обратимость «застывшей констелляции дефекта» в исходных состояниях шизофрении.

В целом различия цифровых данных об исходах шизофрении и прогнозе, которые приводятся зарубежными авторами, располагающими большим числом длительных катанестических наблюдений, незначительны, по данным G. Huber (1974), L. Ciompi и Ch. Müller (1976), выздоровление отмечается у 22—26% больных, по данным M. Bleuler (1972), H. Hunterhuber (1973) — у 29—30%; легкие и умеренно выраженные резидуальные (дефектные) состояния — у 40—50%, а тяжелые дефектные состояния, или хронические психозы — у 20—30% больных. В совместной работе, в которой подытоживаются результаты катанестических наблюдений за довольно многочисленными когортами больных шизофренией в Швейцарии и ФРГ, M. Bleuler, G. Huber и сопр. (1976) писали о том, что примерно у $\frac{1}{4}$ больных наступает выздоровление, у половины больных — более или менее выраженная стабилизация состояния; у $\frac{1}{4}$ больных отмечены неблагоприятные исходы (хронические психозы, глубокие дефектные состояния). Группа больных с благоприятным течением заболевания [выздоровление и минимальные (легкие) резидуальные состояния] составляет, по данным G. Huber, 33%, а в наблюдениях M. Bleuler — 20—40% от числа всех больных.

При этих подсчетах проводится суммарная оценка всех клинических данных без деления шизофрении на формы течения или различные по степени прогрессивности клинические типы. Выводы M. Bleuler и G. Huber построены на катанестических наблюдениях с максимальной длительностью 22 года.

Наиболее подробная и продуманная разработка проблемы исходов шизофрении (различных резидуальных, дефектных и других состояний) принадлежит G. Huber и его сотрудникам. Не вдаваясь в подробности представленной этими авторами детализированной и несколько усложненной системы исходов шизофрении, мы выделяем лишь некоторые общие положения, получившие свое отражение в этой системе. Несмотря на то что нельзя согласиться со всеми положениями авторов, эту разработку и группировку исходов шизофрении следует считать наиболее серьезным исследованием в данной области. В нем проявляется закономерное, по мнению многих авторов, стремление к максимальной дифференциации суммарного понятия «шизофренический дефект» (негативная симптоматика заболевания, по нашей терминологии). G. Huber группирует шизофренические резидуальные или исходные состояния не только по их тяжести, т. е. по степени психической измененности и нарушения социальной адаптации, но и по их клиническому характеру. На этом основании он различает нехарактерные и характерные резидуальные состояния разной степени выраженности (от минимальных и легких до тяжелых). В так называемых нехарактерных резидуальных состояниях проявляется «чистый» дефект, т. е. психические изменения, близкие к описываемым ранее разными авторами под названиями: первичная недостаточность психической активности, гипотония сознания [Berze J., 1929], «чистый» астенический исход шизофрении [Esser E., 1928], обеднение психическими импульсами [Mayer-Gross W., 1922], редукция энергетического потенциала [Conrad K., 1958], динамическое опустошение [Janzarik W., 1968] и др. G. Huber специально не уточняет, при каких формах шизофрении наблюдаются «нехарактерные резидуальные явления» «чистого» дефекта, но из его характеристики 12 типов течения (1979) явствует, что они возникают в основном при фазном течении или течении шубами, отмечается и возможность исхода хронически протекающих форм в «чистый дефект» (тип течения № 8). Чистый дефект определяется в основном астеническими изменениями (снижение спонтанности и энергетического уровня личности, снижение уровня продуктивного, интегрирующего, целенаправленного мышления, чувство измененности и астенические жалобы, сглаживание эмоциональных модуляций, ослабление эмоциональной отзывчивости). В некоторых публикациях этих авторов описывались и возникающие на этом фоне легкие продуктивные расстройства (плоские дистимические, субдепрессивные

или сенестопатически-ипохондрические «волны») G. Huber считает картину «чистого» дефекта в нозологическом отношении неспецифической (нехарактерные резидуальные изменения) и неотличимой от остаточных явлений после легких органических поражений или неврозов [Ernst K., 1959]. Однако эта концепция общего признания не получила, так как находится в противоречии с точкой зрения ряда авторов, определявших процесс как специфический характер психической слабости при шизофрении [Bleuler E. и Bleuler M.], типичный шизофренический [Wyrsch J., 1973], шизофренический колорит в шизофреническом дефекте [Rümke H., 1958].

L. Süllwold (1977), которая работала в тесном контакте с G. Huber и его сотрудниками, высказала обоснованное предположение о том, что такое феноменологическое сходство обнаруживается только в статике и не исключает возможности существенных различий в динамике, проявляющихся, в частности, в роли фактора истощаемости и утомляемости психической деятельности при органически обусловленных псевдоневрастических состояниях.

В своих монографиях G. Huber, G. Gross (1969) и Schüttler (1979) указывают и на другие существенные, с их точки зрения, особенности «чистого» дефекта: его дефицитарный характер, несостоятельность психической деятельности, в некоторых случаях — шизофренические изменения личности [по W. Janzarik (1968), деформация ее структуры]. Эту гипотезу они попытались подкрепить экспериментально-психологическими исследованиями, при которых обнаруживались достоверные различия по сравнению с нормой в следующем виде: замедление перцепторных и моторных функций, нарушения зрительнотворной координации и различные расстройства избирательного внимания. Полученные данные, по мнению авторов, свидетельствуют о нарушениях мозговой деятельности, т. е. в конечном итоге о биологической сущности шизофренического процесса.

Не до конца продуманными и в известной степени противоречивыми остаются другие свойства «чистого» шизофренического дефекта, которые обсуждались G. Huber и его сотрудниками в ряде работ. Даже при обобщающем изложении наблюдений в своей монографии авторы говорят то о том, что «чистый» дефект относится к необратимым изменениям, то указывают на известную обратимость его проявлений или на то, что синдром «чистого» дефекта не содержит достоверных признаков его обратимости или необратимости. Неопределенной остается позиция авторов и в отношении другого вопроса, поставленного

ими в некоторых публикациях. Высказывалось предположение о том, что картина «чистого» дефекта близка или идентична тем предшествующим манифестному психозу нехарактерным базисным расстройствам, которые в последние годы были описаны в монографии L. Söllwold (1977). G. Huber сформулировал свое мнение следующим образом: явления «чистого» дефекта и нехарактерных «базисных расстройств» «близки» друг к другу (хотя, возможно, и неидентичны) ибо те и другие следует рассматривать как проявления поражения биологического субстрата шизофрении (мозга). В неопределенности высказываний по этим двум вопросам отражаются реально существующие, еще нерешенные трудности качественного и количественного разграничения негативной симптоматики, образующейся в течение шизофренического процесса, от предшествующих преморбидных (шизоидных и т. п.) аномалий личности больного, а также и разграничения обратимого (динамического) и необратимого в негативных проявлениях заболевания. Во всяком случае, G. Huber отрицает наличие корреляций между выраженностью «чистого» дефекта и предшествующей заболеванию «несостоятельностью» (Janzarik W., 1968).

Так называемые характерные резидуальные состояния шизофрении, которые в свою очередь делятся на относительно характерные легкие и тяжелые, определяются различными комбинациями дефицитарных явлений «чистого» дефекта с теми или другими, обычно рудиментарными, продуктивными шизофреническими расстройствами. К этой группе относятся и те хронические психозы, которые сопровождаются, не столько дефицитарными изменениями, сколько деформацией структуры личности (Janzarik W., 1968). Существование таких форм подтверждается наблюдениями над отдаленными этапами течения паранойяльных и других шизофренических бредовых психозов.

Что же касается данных о более высокой частоте нехарактерного типа дефекта (43,2%) по сравнению с характерными или смешанными (34,7%), то сказывается особый характер изученной когорты, состоящей из больных университетской клиники с преобладанием среди них острых психозов и приступообразных форм заболевания¹.

¹ Об этом свидетельствуют и данные G. Huber (1979) о том, что острое или подострое начало шизофренического заболевания отмечено у 78% больных.

Если крупные катamnестические исследования шизофрении, проведенные в последние годы, дали немаловажные результаты в отношении описанных выше вопросов — общего (суммарного) прогноза шизофрении и дифференциации возникающих при ней резидуальных (дефицитарных) состояний, то их результаты, касающиеся выработки отдельных, практически значимых прогностических критериев, были более скромными. Вряд ли можно сказать, что полученные в этом отношении данные в значительной степени расширили прежние представления о прогностическом значении факторов, выработанных на основании клинических наблюдений.

Противоречивая оценка разными авторами значения того или другого фактора для течения и исходов шизофрении связана в первую очередь с разнородным составом изученных контингентов больных и недостаточной четкостью критериев их отбора. С. Huber и другие авторы признают, что по всем показателям общий прогноз шизофрении бывает лучше у женщин, но не связывают этот бесспорный факт с преобладанием у них приступообразно протекающих форм. Почти все авторы подтвердили общезвестные прямые корреляции между относительно благоприятным течением заболевания и такими его особенностями, как острое начало, течение фазами или шубами, преобладание аффективных расстройств, наличие провоцирующих внешних факторов, отсутствие или слабая выраженность преморбидных аномалий и, наоборот, хорошая способность к жизненной адаптации.

Не выходят за рамки давно установившихся клинических фактов и те факторы, которые, согласно катamnестическим данным, коррелируют с неблагоприятными тенденциями развития шизофрении. Это — медленное начало и хроническое течение, затяжной характер продромальных (инициальных) расстройств, предшествующих манифестному психозу, выраженные преморбидные аномалии, низкий исходный уровень интеллекта (который Huber С. определяет ретроспективно и довольно приблизительно школьной успеваемостью), а также известные симптоматологические и синдромальные особенности психоза (гебефренные черты, расстройства «Я», автоматизмы и др.). Однако в отличие от традиционных взглядов на более неблагоприятный прогноз при более раннем начале шизофрении большинство авторов считают, что возраст больных к началу заболевания прогностического значения не имеет.

С такой общей и категорической формулировкой вряд ли можно согласиться. Если верно и то, что в юношеском и мо-

лодом возрасте могут манифестировать также и относительно благоприятно протекающие формы, то все же большинство шизофренических процессов, протекающих с наиболее интенсивной прогрессивностью, начинается рано. G. Huber с полным основанием подчеркивает лучший в целом прогноз поздней шизофрении. Полностью утратили прежнее значение попытки выделения определенных прогностических критериев на основании особенностей телосложения (Kretschmer E., Mauz F. и др.). Зарубежными авторами почти не используются при определении прогноза данные о наследственной отягощенности больных. Недооценка этого существенного фактора, в значительной степени определяющего форму течения заболевания и прогноз, объясняется главным образом отсутствием в современной зарубежной психиатрии соответствующих крупных генеалогических и клинико-генетических исследований. L. Ciompi и Ch. Müller, так же как и G. Huber и соавт. на основании катamnестических данных полностью отрицают значение наследственного фактора в формировании течения заболевания. G. Huber и M. Bleuler указывают на повышенную наследственную отягощенность больных с фазным течением заболевания.

Европейские психиатры, на работы которых мы ссылаемся, весьма критически относятся к широко обсуждаемой, особенно американскими психиатрами, роли разрушенных семей, очередности больных среди sibсов и других подобных факторов при формировании течения шизофрении, а также и к значению больничной обстановки (так называемого госпитализма). L. Ciompi и Ch. Müller считают, что нахождение больных в неблагоприятных условиях, характерных для больниц в начале XX века, заметного неблагоприятного влияния на дальнейшее течение болезни не имело. В отношении таких вопросов несколько утратили свое значение чисто умозрительные толкования, а преобладающим стал клинический к ним подход. Как показали популяционные исследования, разрушенные семьи в общем населении встречаются так же часто, как и среди больных шизофренией¹.

На основании подробного обсуждения корреляций между различными факторами, с одной стороны, и особенностями течения шизофренического процесса, с другой, G. Huber и соавт. делают вывод о том, что «индивидуальный прогноз забо-

¹ Отрицание общего патогенетического значения этих факторов не исключает того, что у отдельных больных они могут играть определенную роль.

левания» вряд ли возможен. Как показали наши наблюдения, с такой осторожной позицией на современном уровне наших знаний нельзя не согласиться.

Только когортное исследование L. Ciompi и Ch. Müller содержит катамнестические наблюдения, достаточно продолжительные для того, чтобы высказать определенные суждения об особенностях шизофрении в позднем возрасте больных. Имеется ряд работ, в которых анализируется «накопление» состарившихся больных шизофренией в психиатрических больницах, где они, по данным R. Degkwitz и W. Schulte (ФРГ, 1971, 1973), составляют 60% от числа всех больных шизофренией, длительно находящихся в больницах, по данным А. Маринова (Болгария, 1974), — 50% и по R. Sommer (Канада, 1959), — 40%. L. Ciompi и Ch. Müller нашли, что те больные, которые в позднем возрасте еще нуждаются в госпитализации, проводят с увеличением возраста все больше времени в больнице. Эти и другие работы касаются в основном больных шизофренией, которые по достижении старческого возраста находятся в стационаре¹.

Имеющиеся в литературе сведения о динамике шизофренического процесса в позднем возрасте освещают в основном два вопроса: 1) общая оценка состояния больных (улучшение, ухудшение); 2) присоединение психоорганических изменений². Оценка динамики шизофренических процессов проводится в этих работах, в том числе и в монографиях Ch. Müller (1959), L. Ciompi и Ch. Müller (1976), во-первых, на недифференцированном материале в отношении «шизофрении вообще», а во-вторых, с помощью слишком обобщенной оценки (улучшение, без изменений, ухудшение). Хотелось бы выделить некоторые положения ряда авторов, которые в свете собственных наблюдений представляются нам интересными. M. Riemer, например, считал, что у состарившихся больных шизофренией, находящихся многие годы в психиатрической больнице, очень редко наблюдаются сенильно-атрофические и сосудисто-церебральные изменения. P. Wengler (1958) отметил, что длительно

¹ По данным M. Riemer (США, 1950) и U. Mohs (ФРГ) 1966, это в основном больные с бредовыми формами заболевания.

² Отдельные работы были опубликованы и раньше [Fleck U., 1928; Jaser R., 1928; Vie J., 1935; Wachsmuth R., 1960, и др.]. В большинстве этих работ отмечалась возможность смягчения шизофренической симптоматики в старости. Более подробные данные содержатся в работах советских авторов (Амбрумова А. Г., 1962; Беляева Н. К., 1964; Молчанова Е. К., 1967; Амбрумова А. Г., Беляева Н. К., 1969). На них мы остановимся подробнее при изложении собственных данных.

протекающие шизофренические процессы могут усиливать явления старения, а Ch. Müller (1971), который дважды катамнестически обследовал одну и ту же группу больных, продолжающих болеть до глубокой старости (80 лет и старше), отметил наряду со стабилизацией состояния также и постепенную редукцию болезненных расстройств и развитие сенильноподобных симптомов. В монографии L. Ciompi и Ch. Müller (1976), как и в ряде наших публикаций, различается влияние разных поздних возрастных периодов на процесс («ранняя» и «глубокая» старость, по терминологии зарубежных авторов, инволюционный и старческий возраст, по нашей терминологии).

Вопрос о повышенной или пониженной частоте присоединения сенильно-атрофических или сосудистых процессов к шизофреническим, продолжающимся до старости больных, не может решаться на основании изучения отдельных групп больных. Для его решения необходимо проведение сравнительных популяционных (эпидемиологических) исследований. Подробнее эти вопросы обсуждались в работах С. И. Гавриловой (1970), Э. Я. Штернберга (1968, 1972, 1977).

В катамнезе авторы изучали контингенты больных, заболевших еще до применения фармакологических средств. Вопрос о том, в какой степени выявленные закономерности спонтанного течения шизофрении или течения, находившегося под влиянием современной терапии только частично, на более поздних этапах, могут быть распространены и на больных, активно леченных с самого начала заболевания, в данной работе почти не затрагивался. Такая сдержанность понятна, ибо в настоящее время однозначное решение этого вопроса вряд ли возможно из-за отсутствия сравнительных (контрольных) групп, а таких групп не может быть, так как сроки катамнезов больных, леченных психотропными средствами с самого начала заболевания, еще слишком коротки.

Косвенное отношение к этому вопросу может иметь важная, но малоизвестная работа швейцарского психиатра V. Müller (1951). Автор изучал спонтанное течение шизофренических психозов (100 больных, поступивших в больницу в 1917—1918 гг., и 100 больных — в 1933 г.). На основании обследования этих больных по достижении ими возраста 60—70 лет автор пришел к выводу о том, что спонтанное течение заболевания не является таким уж неблагоприятным. У этих больных, никогда не получавших активной терапии, описывались те же типы течения, которые выявлялись и при более поздних катамнестических обследованиях больных, леченных на поздних этапах течения заболевания: течение в виде шубы с переходом в выздоровление или социальное улучшение (16%), течение с рецидивирующими шубами и с более или менее удовлетворительными ремиссиями (17%), течение шубами и переходом в хронический процесс (23%), хроническое течение различной степени прогрессивности (41%).

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

С помощью клинико-катамнестического метода мы в течение последних 6 лет обследовали 1063 больных различными формами шизофрении¹. Почти все они заболели в разные периоды жизни до достижения ими позднего возраста, а к моменту обследования достигли возраста 60 лет и более.

В соответствии с разработанной в Институте психиатрии АМН СССР систематикой шизофрении [Снежневский А. В., 1960—1974; Наджаров Р. А., 1969, 1972] по клиническому течению заболевания мы выделили две основные группы: группу непрерывно протекающих шизофренических процессов и группу форм с приступообразным течением. Однако общепринятое в отношении больных более молодого возраста разграничение рекуррентных (периодических, ремиттирующих) и приступообразно-прогредиентных (протекающих с приступами) форм внутри первой группы больных с приступообразно протекающими шизофреническими процессами нами не проводилось.

Внутри обеих основных групп мы проводили дальнейшую дифференциацию. Выделенные подгруппы анализировались по единому методу сначала отдельно, а затем сопоставлялись друг с другом. Выделение ряда подгрупп (вариантов, типов течения) внутри каждой из основных форм шизофрении проводилось с помощью различных критериев. Внутри первой группы мы различали 5 клинических вариантов (или типов), отличающихся друг от друга в основном по степени прогредиентности болезненного процесса и тяжести его проявлений: латентные (абортивные, рудиментарные, не развившиеся); мало-

¹ В исследовании участвовали С. И. Гаврилова, Д. В. Дворин, Т. А. Дружинина, В. А. Концевой, А. В. Медведев, Е. К. Молчанова, Л. О. Сударева, А. А. Суховский, Э. Я. Штернберг.

прогредиентные (вялотекущие); паранойяльные; формы со средней степенью прогредиентности (соответствующие старому понятию параноидной шизофрении, параноидные и галлюцинаторно-параноидные процессы) и формы с наиболее интенсивной прогредиентностью, так называемые злокачественные. Дифференциация обследованных в старости больных с приступообразными формами заболевания (вторая группа) проводилась только частично на основании различной прогредиентности приступообразного процесса. По этому признаку выделялись лишь заболевания, протекающие до старости в виде отчетливых психотических приступов, а также такие заболевания, на протяжении которых отмечался переход первоначально приступообразного течения в непрерывное, т. е. развивались многолетние хронические психозы. Кроме того, в связи с практическим значением мы выделили и группу больных, выявленных в учтенной диспансером популяции, в позднем возрасте у которых приступы уже прекратились и наступила длительная ремиссия (табл. 1).

Приведенные в табл. 1 цифровые данные о численности отдельных групп и подгрупп больных не отражают истинной распространенности заболевания. Данные о распространенности отдельных форм и вариантов шизофрении нами были получены в результате клинико-эпидемиологических обследований больных тех же возрастных групп. При описанном здесь клинико-катамнестическом исследовании мы не ставили перед собой задач, решение которых возможно лишь на основании невыборочных (популяционных) исследований. Наоборот, для решения специфических клинических задач, перечисленных в 1-й главе книги, мы должны были опираться на особую выборку больных, т. е. на достаточные по своей численности группы больных. Поэтому проводился специальный подбор больных с отдельными формами и вариантами шизофрении в различных психиатрических учреждениях (городских стационарах, загородных больницах, интернатах Министерства социального обеспечения, диспансерах), а также и в общем населении.

Как видно из данных табл. 1, больные распределялись примерно поровну на 2 группы: с непрерывно и приступообразно протекающими формами заболевания¹. Распределение этой группы больных по полу, т. е. установленное соотношение меж-

¹ По данным эпидемиологического исследования (Молчанова Е. К. и др.), больные с приступообразными формами составляют 82,8% от числа зарегистрированных больных шизофренией в возрасте старше 60 лет.

Распределение больных шизофренией по формам, вариантам течения и по полу

Формы шизофрении		М	Ж	Всего
Непрерывно текущие:				
	латентные (абортивные, неразвитые)	абс. 17 число % 29,3	43 71,7	60 100,00
малопрогрессирующие (вялотекущие)				
	паранойальные	абс. 52 число % 27,4	138 72,6	190 100,0
параноидные и галлюцинаторно-параноидные				
	протекающие с интенсивной прогрессиентностью (злокачественные)	абс. 24 число % 35,8	43 64,2	67 100,0
Всего больных с непрерывным течением шизофрении				
		абс. 33 число % 24,1	104 75,9	137 100,0
Приступообразно текущие:				
	с прекращением приступов	абс. 31 число % 36,9	53 63,1	84 100,0
протекающие с приступами до старческого возраста				
	переходящие в хронические психозы	абс. 157 число % 29,2	381 70,8	538 100,0
Всего больных с приступообразным течением шизофрении				
		абс. 47 число % 29,8	111 70,2	158 100,0
Итого . . .				
		абс. 43 число % 24,5	133 75,5	176 100,0
Итого . . .				
		абс. 50 число % 26,2	141 73,8	191 100,0
Итого . . .				
		абс. 140 число % 26,6	385 73,4	525 100,0
Итого . . .				
		абс. 297 число % 27,9	766 72,1	1063 100,0

ду больными мужчинами и женщинами, составило 1 : 2,58, что соответствует примерно данным, полученным ранее Е. К. Молчановой и другими авторами при эпидемиологическом обследовании находящейся в том же возрасте популяции больных диспансера (1 : 3). При приступообразных формах удельный вес женщин оказался несколько выше (1 : 2,75), чем при непрерывных (1 : 2,45). Однако известное в более молодом возрасте относительное преобладание числа мужчин среди больных такими непрерывно протекающими процессами, как паранойальные или злокачественные, сохранялось и у доживших до старости больных. Только в этих двух группах соотношение мужчин и женщин равнялось 1 : 1,79 и 1 : 1,71 соответственно.

Возраст, в котором при равных условиях отбора находились больные различными формами шизофрении к моменту их катамнестического обследования, отражен в табл. 2. При анализе мы распределили больных по трем периодам позднего возраста: 60—69, 70—79, 80 лет и старше. Соотношения между больными, относящимися в каждой из этих возрастных групп, равнялись 59,6—35,2 и 5,2% и примерно соответствовали возрастной структуре общего населения (по данным переписи населения 1970 г.). Отмечалось, однако, относительно преобладание больных непрерывными формами шизофрении в более поздних возрастных группах. Старше 70 лет были, например, 46,4% больных с непрерывными и 34% больных с приступообразными формами заболевания. Наиболее высокий процент лиц, находящихся в возрасте старше 70 лет, наблюдался среди больных с малопрогрессирующими (53,2) и параноидальными (71,6) непрерывно текущими процессами. Среди больных, доживших до глубокой старости (80 лет и старше), также преобладали лица с непрерывными формами заболевания (7,6%); больных с приступообразными формами было 2,6%. Особенно высок был процент находящихся в глубокой старости лиц среди больных параноидальными (22,4) и малопрогрессирующими формами (8,9), в то время как больных параноидной шизофренией в этом возрасте выявлено только 4,4%; ни один больной со злокачественными формами заболевания не дожил до старческого возраста.

В группе больных с приступообразным течением процесса распределение по возрастным периодам в момент обследования оказалось неодинаковым. Старше 70 лет выявлено 42,4% больных, которые в период катамнестического обследования находились в состоянии длительной ремиссии, и только 26,7% больных, у которых психотические приступы рецидивировали до старческого возраста, что, по-видимому, объясняется тем, что в связи с повторяющимися психотическими состояниями эти больные попадали в психиатрическую больницу чаще и в более раннем возрасте. В отношении распределения больных мужчин и женщин по возрастным периодам к моменту обследования достоверных различий обнаружено не было.

В табл. 3 представлено распределение больных по возрасту к началу заболевания.

Возраст начала заболевания был установлен с достаточной точностью лишь у 1043 больных; 20 больных, у которых возраст начала заболевания выяснить не удалось, не были включены в эту таблицу. У больных с приступообразной шизофре-

Таблица 2

Распределение обследованных больных с различными формами шизофрении по возрасту

Формы шизофрении	Возраст, годы												Всего			
	60—69				70—79				80 и старше							
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Непрерывно текущие:	абс. число	8	18	26	8	23	31	1	2	3	17	43	60			
	%	47,1	41,9	43,3	47,1	53,5	51,6	5,8	4,6	5,0	100,0	100,0	100,0			
латентные (абортивные, неразвивающиеся)	абс. число	25	64	89	22	62	84	5	12	17	52	138	190			
	%	48,1	46,4	46,8	42,3	44,9	44,3	9,6	8,7	8,9	100,0	100,0	100,0			
Малопрогредиентные (вялотекущие) параноидальные	абс. число	4	15	19	14	19	33	6	9	15	24	43	67			
	%	16,7	34,9	28,4	58,3	44,2	49,2	25,0	20,9	22,4	100,0	100,0	100,0			
параноидные и галлюцинозительно-параноидальные	абс. число	24	66	90	9	32	41	—	6	6	33	104	137			
	%	72,7	63,5	65,7	27,8	30,8	29,9	—	5,7	4,4	100,0	100,0	100,0			
протекающие с интентивной прогрессивностью (злокачественные)	абс. число	26	38	64	5	15	20	—	—	—	31	53	84			
	%	83,9	71,7	76,2	16,1	28,3	23,8	—	—	—	100,0	100,0	100,0			
Всего больных с непрерывным течением шизофрении	абс. число	87	201	288	58	151	209	12	29	41	157	381	538			
	%	55,5	52,8	53,6	36,9	39,6	38,8	7,6	7,6	7,6	100,0	100,0	100,0			
Приступообразно текущие:	абс. число	34	57	91	11	47	58	2	7	9	47	111	158			
	%	72,3	51,4	57,6	23,4	42,3	36,7	4,3	6,3	5,7	100,0	100,0	100,0			
с прекращением приступов	абс. число	32	97	129	11	36	47	—	—	—	43	133	176			
	%	74,4	72,9	73,3	25,6	27,1	26,7	—	—	—	100,0	100,0	100,0			
переходящие в хронические психозы	абс. число	36	90	126	13	47	60	1	4	5	50	141	191			
	%	72,0	63,8	65,9	26,0	33,4	31,5	2,0	2,8	2,6	100,0	100,0	100,0			
Всего больных с приступообразным течением шизофрении	абс. число	102	244	346	35	130	165	3	11	14	140	385	525			
	%	72,8	85,6	65,8	25,0	45,6	31,4	2,1	3,8	2,6	100,0	100,0	100,0			
Итого . . .	абс. число	189	445	634	93	281	374	15	40	55	297	766	1063			
	%	63,7	58,1	59,6	31,3	36,7	35,2	5,1	5,2	5,2	100,0	100,0	100,0			

Таблица 3

Распределение 1043 больных по возрасту к началу заболевания
(в процентах)

Формы шизофрении	Возраст, годы				Всего
	до 19	20—29	30—39	40 лет и старше	
Непрерывно текущие:					
латентные (абортивные, перазвитые)	100,0	—	—	—	100,0
малопрогрессирующие (вяло текущие)	76,8	23,2	—	—	100,0
Паранойяльные	11,9	25,4	38,8	23,9	100,0
паранойяльные и галлюцинаторно-параноидные	1,4	27,7	49,6	21,3	100,0
протекающие с интенсивной прогрессивностью (злокачественные)	32,8	31,2	20,3	15,7	100,0
Всего больных с непрерывным течением шизофрении	45,8	23,0	20,6	10,6	100,0
Приступообразно текущие:					
с прекращением приступов	13,9	50,6	27,2	8,3	100,0
протекающие с приступами до старческого возраста	23,8	42,7	33,5	—	100,0
переходящие в хронические психозы	15,7	31,9	43,4	8,9	100,0
Всего больных с приступообразным течением шизофрении	17,9	41,2	35,2	5,7	100,0
Итого . . .	31,7	32,1	28,0	8,2	100,0

нейшей возраст к моменту возникновения первого приступа считался как возраст начала заболевания.

В основном мы изучали достигших старческого возраста больных, заболевших в молодом или среднем возрасте. В соответствии с этим критерием отбора больные, заболевшие в возрасте до 40 лет, составили 91,86% от числа всех наблюдавшихся лиц (только 7,2% больных заболели в возрасте 40—44 лет и 0,8% — в возрасте старше 45 лет). У лиц, заболевших в возрасте старше 40 лет, наблюдались чаще всего непрерывно текущие формы шизофрении (10,61%) — паранойяльная и параноидная, злокачественно протекающая шизофрения. В возрасте до 19 лет заболели 31,73% от числа всех больных, в возрасте 20—29 лет — 32,12%, в возрасте 30—39 лет — 28%.

Почти $\frac{2}{3}$ больных (63,85%) заболели, таким образом, в юношеском и молодом возрасте. Начало заболевания в возрасте до 30 лет отмечалось у 68,72% больных с непрерывно текущими формами и у 59,04% больных с приступообразными формами шизофрении. Высокий процент больных с непрерывно текущими формами заболевания объясняется двумя обстоятельствами: во-первых, тем, что из популяции учтенных диспансером больных целиком была включена группа из 190 больных с вялотекущими процессами, у 76,8% из них заболевание началось в возрасте до 19 лет, и, во-вторых, тем, что у 60 больных с латентными формами заболевания этот возраст условно был взят как «возраст к началу заболевания». Поэтому данные о возрасте больных к началу заболевания в группе лиц с непрерывно текущими процессами не могут быть экстраполированы на эту форму течения в целом.

В табл. 4 представлены данные о длительности заболевания, полученные в отношении 983 больных (в эту таблицу не включены данные о 60 больных с латентной шизофренией, а также о 20 больных с неизвестным возрастом к началу заболевания).

Из данных табл. 4 вытекает, что в обеих основных группах преобладали случаи заболевания с длительностью свыше 40 лет (60% и 54,5% соответственно). Заболевания с длительностью 20—39 лет наблюдались у 39,3% больных с непрерывным течением процесса и у 45,5% больных с приступообразно протекающими формами. Среди больных с непрерывными формами шизофрении оказался, однако, более высоким процент лиц с очень большой длительностью заболевания (свыше 50 лет). В группы больных с непрерывно текущими шизофреническими процессами обнаруживались довольно выраженные различия. Например, длительность заболевания свыше 40 лет имели 97,9% больных с малопрогрессирующей шизофренией, 43,3% больных с паранойяльными, 39,1% со злокачественными и только 25,5% больных с параноидными формами. Среди больных с приступообразными формами длительность заболевания свыше 40 лет наблюдалась чаще всего.

Аналогичными катamnестическими наблюдениями, позволяющими судить о течении шизофрении на протяжении 3—5 десятилетий, располагали только L. Ciompi и Ch. Müller (1976).

Катamnестические наблюдения у 42,6% больных проводились нами в течение 20—39 лет, а у 57 человек — 40—50 лет и более.

Таблица 4

Длительность заболевания у 983 больных¹

Формы шизофрении		Длительность заболевания, годы					всего
		до 19	20—29	30—39	40—49	50 лет и старше	
Непрерывно текущие:	абс.	—	—	4	51	135	190
	%	—	—	2,1	26,8	71,1	100,0
малопрогredientные (вялотекущие)	абс.	—	17	21	17	12	67
	%	—	25,4	31,3	25,4	17,9	100,0
паранойяльные	абс.	1	32	69	30	5	137
	%	0,7	23,4	50,4	21,9	3,6	100,0
параноидные и галлюцинаторно-параноидные	абс.	2	18	19	17	8	64
	%	3,1	28,1	29,7	26,6	12,5	100,0
протекающие с интенсивной прогрессивностью (злокачественные)	абс.	3	67	113	115	160	458
	%	0,7	14,6	24,7	25,1	34,9	100
Всего больных с непрерывным течением шизофрении	абс.	—	2	36	77	43	158
	%	—	1,3	22,8	48,7	27,2	100,0
Приступообразно текущие: с прекращением приступов	абс.	—	27	61	64	24	176
	%	—	15,3	34,7	36,4	13,6	100,0
протекающие с приступами до старческого возраста	абс.	—	34	79	50	28	191
	%	—	17,8	41,4	26,2	14,6	100,0
переходящие в хронические психозы	абс.	—	63	176	191	95	525
	%	—	12,0	33,5	36,4	18,1	100,0
Всего больных с приступообразным течением шизофрении	абс.	3	130	298	306	255	983
	%	0,4	13,2	29,4	31,1	25,9	100,0
Итого . . .	абс.	3	130	298	306	255	983
	%	0,4	13,2	29,4	31,1	25,9	100,0

¹ В таблицу не включены 20 больных с неизвестным возрастом к началу заболевания и 60 больных латентной шизофренией.

Таким образом, контингент изученных нами больных отражает стремление к охвату этим исследованием многочисленных групп больных с разнообразными формами шизофренических расстройств, продолжающихся до позднего возраста. По таким параметрам, как распределение по полу, периодам позднего возраста к моменту обследования и возрасту к началу заболевания, изученная группа больных может считаться репрезентативной. Однако она не отражает истинной распространенности различных видов шизофренических расстройств в этом возрасте. В соответствии с особым отбором больных, продиктованным исключительно специфическими задачами

исследования, отбор только некоторых групп больных носил собственно невыборочный (популяционный) характер (в том числе отбор группы больных параноидной шизофренией, мало-прогредиентными формами заболевания или приступообразной шизофренией с затуханием приступов в позднем возрасте. Другие группы больных специально подбирались или пополнялись для того, чтобы сделать определенные выводы на основании достаточного числа клинических наблюдений. К этой группе относились, например, больные с неблагоприятными формами шизофрении, находящиеся к моменту обследования в конечном или исходном состоянии в загородных больницах или интернатах для хронически больных). Из сказанного вытекает, что больные обследовались не только в различных состояниях, но и в разных условиях (стационар городской психиатрической больницы, загородные больницы, интернаты Министерства социального обеспечения, диспансеры, домашние условия).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Исследование длительного течения шизофрении, результаты которого составляют основное содержание этой работы, было основано на клинико-катамнестическом изучении выборочных, специально подобранных контингентов больных. По этой причине мы считаем целесообразным дополнительно привести в общих чертах и данные, полученные при широких популяционных обследованиях больных шизофренией, достигших того же возраста (60 лет и больше). Эти данные дополняют изложенные в следующих главах материалы; они вносят необходимые коррективы в вопрос об истинной распространенности и частоте различных проявлений заболевания в позднем возрасте.

Исследования популяций больных шизофренией всех возрастных групп проводились на основании данных о больных, зарегистрированных в московских диспансерах в течение многих лет¹. Нами выполнялись специальные популяционные исследования шизофрении в возрастном аспекте, которые проводились в несколько этапов. На первом из этих этапов клинико-эпидемиологическим методом изучались все психически больные в возрасте 60 лет и старше, состоящие на учете Московского психиатрического диспансера № 2 [Ширина М. Г. и др., 1975]. Позднее по этой же программе и методике обследовались все достигшие этого возраста больные шизофренией, проживающие на территории Киевского и Кунцевского районов Москвы. Проводилось и в настоящее время еще проводится

¹ Такие исследования проводились главным образом в эпидемиологическом отделе Института психиатрии АМН СССР. Результаты изучения больных были обобщены Н. М. Жариковым (1972), Л. М. Шамоновой (1972), Н. М. Жариковым и Ю. И. Либерманом (1973) Ю. И. Либерманом (1974) и другими психиатрами.

клинико-эпидемиологическое обследование репрезентативной выборки лиц позднего возраста из общего населения тех же городских районов [Гаврилова С. И., 1977, 1979].

Методика этих исследований неоднократно и подробно описывалась в литературе [Жариков Н. М., 1972; Ширина М. Г., 1975; Молчанова Е. К. и др., 1975; Гаврилова С. И., 1977]. Поэтому мы ограничиваемся указанием на то, что стандартизованная эпидемиологическая карта, которая использовалась при всех названных исследованиях, была составлена таким образом, что в ней нашли отражение не только клинические аспекты состояния обследованных больных (наследственная отягощенность, предьстория развития болезни, ее проявления и течение, психическое и соматическое состояние к моменту обследования в позднем возрасте и др.), но и основные данные о семейном и социальном статусе больных и степени их социальной адаптации в старости (трудоспособность, активность, социальные контакты и т. д.). Описание некоторых результатов этих эпидемиологических исследований в контексте изложения наших катамнестических наблюдений представляется полезным, так как позволяет судить о репрезентативном характере тех групп больных шизофренией, которые были подвергнуты клинико-катамнестическому изучению в старости.

Среди всех психически больных, зарегистрированных в диспансере в возрасте 60 лет и старше, группа больных шизофренией оказалась наиболее многочисленной (Ширина М. Г.). Она составила 43,8% от числа всех больных этой популяции. В то же время анализ годовых отчетов психиатров того же диспансера показал, что на долю больных шизофренией всех возрастных групп приходится всего 37,4% от общего числа учтенных диспансером больных (эти различия статистически достоверны, $t = 4,02$).

Возможно, что относительно более высокий удельный вес случаев шизофрении среди зарегистрированных диспансером психических нарушений позднего возраста объясняется накоплением состарившихся больных шизофренией в этой популяции. Однако в известной степени этот факт, возможно, также обусловлен тем, что часть больных неврозами и психопатическими расстройствами исчезает в старости из поля зрения психиатра в связи со стойкой компенсацией или так называемой соматизацией их состояния. Вероятно, определенная часть больных глубокой олигофренией, эпилепсией, органическими поражениями головного мозга и другими заболеваниями не доживает до старости. В пользу такого предположения говорят более низкие по сравнению с популяцией психически больных всех возрастов цифры распространенности этих нозологических форм среди состоящих на диспансерном учете больных старческого возраста (Ширина М. Г.).

Мы останавливаемся более подробно на результатах исследования, проведенного Е. К. Молчановой и другими сотрудниками Института психиатрии АМН СССР (1975). Это исследование дало наиболее полное представление о составе популяции больных шизофренией пожилого и старческого возраста. Как выяснилось, 771 человек, или 17% от общего числа учтенных диспансером больных шизофренией, были к моменту обследования в возрасте 60 лет и старше (цифровые данные даются на 1/1 1972 г.). В населении же городских районов, которое обслуживает диспансер, лица этого возраста составляли 14,9% (по данным переписи населения 1970 г.). По данным нашего эпидемиологического отдела, в 1959 г. было всего 12,9% больных шизофренией в возрасте 60 лет и старше от общего числа больных, состоящих на учете в трех районных диспансерах Москвы, а в населении тех же городских районов эта возрастная группа составляла в то время 12—13% [Жариков Н. М., 1972]. Приведенные цифры показывают, что процесс постарения населения полностью распространяется также и на популяцию больных шизофренией; происходит даже своего рода «накопление» больных шизофренией поздних возрастных групп.

Клинико-эпидемиологическое обследование больных шизофренией старческого возраста показало, что только 10% из них находились (одномоментно на январь 1972 г.) в различных психиатрических стационарах (табл. 5). Как видно из данных табл. 5, процент интернированных больных в общей популяции больных шизофренией выше. Полученные данные свидетельствуют о том, что социальный прогноз шизофрении в позднем возрасте в целом не только не ухудшается, но даже улучшается.

В популяцию больных шизофренией, состоящих в позднем возрасте на диспансерном учете, вошли не только лица, заболевшие в молодом или среднем возрасте, т. е. контингент больных, который был подвергнут клинико-катамнестическому изучению. Определенная часть зарегистрированных в диспансере случаев шизофрении относилась к поздно манифестирующим формам заболевания; 249 больных (32% от общего числа больных шизофренией старше 60 лет) заболели после 40 лет, в том числе 129 человек (17%) — после 50 лет.

Поскольку в данной публикации речь идет об исследовании рано начавшихся и продолжающихся до старости шизофренических процессов, приведем только данные, касающиеся тех 522 больных, которые заболели в молодом или среднем воз-

Место пребывания больных шизофренией (при одномоментном обследовании)

Место пребывания	Больные старше 60 лет		Популяция больных шизофренией всех возрастов
	абс. число	%	
Психоневрологические учреждения:			
городские психиатрические больницы	51	10	16,1
загородные психиатрические больницы	16		
интернаты Министерства социального обеспечения РСФСР	11		
Домашние условия	693	90	83,9
Всего больных	771	100	100

расте — до 40 лет. Среди них мужчины было в 2,6 раза меньше, чем женщины. В тех же возрастных группах общего населения города это соотношение было равно 1 : 2. По данным Н. М. Жарикова (1972), в общей популяции больных шизофренией мужчин лишь в 1,5 раза меньше, чем женщин, т. е. имеются примерно те же соотношения, что и в общем населении Москвы. Уменьшение удельного веса мужчин в контингенте составившихся больных объясняется, по-видимому, тем что среди больных с наиболее злокачественными формами болезни, чаще не доживающих до старости, преобладают лица мужского пола.

При распределении составившихся больных шизофренией по формам течения заболевания (табл. 6) также обнаружены существенные отличия от общих эпидемиологических данных. В то время как в общей популяции больных шизофренией непрерывное течение отмечено в 44% наблюдений, а приступообразное (шубообразное и рекуррентное) — в 56% [Жариков Н. М., 1972], среди рано заболевших и доживших до старости больных преобладали приступообразные формы — 86% (в том числе шубообразные — 79,1% и рекуррентные — 6,9%), и только 14% больных страдали непрерывно текущей шизофренией. Разграничение приступообразно-прогредиентных и рекуррентных форм проводилось по данным медицинской документации, т. е. на основании квалификации течения заболевания на ранних его этапах.

Распределение больных по полу, возрасту и формам течения к началу заболевания

Возраст к началу болезни, годы	Формы течения шизофрении									Всего больных
	непрерывная			ступообразная			рекуррентная			
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	
0—9	3	5	8	5	14	19	0	0	0	27
10—19	8	10	18	29	68	97	4	8	12	127
20—29	10	6	16	44	101	145	3	12	15	176
30—39	5	26	31	31	121	152	3	6	9	192
Итого абс. число, %	26	47	73	109	304	413	10	26	36	522
	—	—	14	—	—	79,1	—	—	6,9	100,0

Различия в соотношении форм течения шизофрении в общей популяции и в популяции достигших позднего возраста больных объясняются, по-видимому, рядом причин. Относительное уменьшение удельного веса непрерывно текущих форм в популяции состарившихся больных объясняется тем, что среди состоящих в старости на диспансерном учете больных шизофренией почти не встречаются наиболее прогрессивные непрерывно текущие формы. Злокачественное течение в этом контингенте больных отмечено только у 3,8% больных (20 человек), тогда как в общей популяции злокачественно-прогрессивное течение выявлено в 6,5% наблюдений [Жариков Н. М., 1972]. По всей вероятности, такие больные умирают, не достигнув 60-летнего возраста, или же выпадают из поля зрения диспансерного учета (находятся в загородных больницах или интернатах). Относительному увеличению удельного веса приступообразных форм в популяции состарившихся больных можно дать следующее объяснение: 1) некоторые случаи особо затяжных приступов шизофрении, которые при обследовании в более раннем возрасте могли быть отнесены к непрерывно текущей шизофрении, в старости были более правильно квалифицированы как приступообразно-прогрессивные формы течения; 2) часто в случаях так называемой вялотекущей, малопрогрессивной шизофрении при отдаленном катамнезе, т. е. при обследовании больных в старческом возрасте, обнаруживалась отчетливая приступообразность течения

болезни; 3) заболевания, при которых на начальных этапах болезни отмечалось приступообразное течение, в дальнейшем перешедшее в непрерывное, мы отнесли не к непрерывным, а к приступообразно-прогредиентным формам течения шизофрении.

Среди состарившихся больных женщины приступообразное течение болезни встречалось в 7 раз чаще, чем непрерывное (у мужчин только в 4,5 раза чаще). Следовательно, у доживших до старости больных тенденция к приступообразному течению болезни сохраняется преимущественно у женщин, как это было установлено и для общей популяции больных шизофренией [Жариков Н. М., 1972].

Среди рано заболевших в возрасте старше 60 лет было очень мало (по сравнению с общей популяцией больных шизофренией) лиц с периодическим течением заболевания (соответственно 6,9% и 22,9%). Эти различия объясняются, во-первых, тем, что больные с наиболее благоприятно текущими формами рекуррентной шизофрении перестали обращаться в диспансер и были сняты с учета. Во-вторых, у части больных с периодическим течением на более поздних этапах болезни стали возникать приступы, более характерные для шизофрении, протекающей с шубами.

Представляют интерес выявленные на эпидемиологическом материале данные о частоте и характере особых вариантов приступообразного течения рано начавшейся и продолжающейся до старости шизофрении. Чаще всего наблюдалось течение в форме очерченных психотических приступов, неоднократно повторяющихся на всем протяжении заболевания. — 52,2% от всех случаев приступообразной шизофрении. Достаточно большой процент составляли также больные с редкими (до четырех) приступами и с полным их прекращением в позднем возрасте — 37,4%. Переход приступообразного течения в непрерывное (хроническое) встречался лишь в 7,8% случаев. Больные, перенесшие в течение жизни только один приступ, составили лишь 2,9%, причем у мужчин однократные приступы встречались значительно чаще, чем у женщин (соответственно у 5,2% и 1,8%). В общей популяции больных шизофренией больные, перенесшие на протяжении определенного периода заболевания только один приступ, составляли 39% [Жариков Н. М., Шмаонова Л. М., 1972].

Важно отметить, что в учтенной диспансером популяции состарившихся больных преобладали мало- и среднепрогредиентные формы заболевания. Так называемая амбулаторная

или внебольничная шизофрения выявлена у 56,1% (293 больных) от общего числа рано заболевших лиц. Эта неоднородная по своему составу группа больных с внебольничной или амбулаторной шизофренией была при проведении исследования выделена на основании чисто внешнего признака — отсутствия в течение десятилетий (или даже на протяжении всего заболевания) необходимости в госпитализации больных. К этой группе были отнесены больные с вялотекущей непрерывной и малопрогредиентной приступообразной шизофренией, не требующие госпитализации на протяжении всей жизни, а также больные с формами заболевания, приобретаемыми лишь на отдаленных этапах течения амбулаторный характер (например, после прекращения приступов заболевания).

В третьем из перечисленных выше исследований были выявлены больные шизофренией, оставшиеся неизвестными районному диспансеру. Среди них оказались также больные, у которых заболевание началось в раннем возрасте. Не останавливаясь подробно на методике этого исследования, отметим лишь основные причины, заставившие нас перейти от изучения диспансерной популяции пожилых больных шизофренией к клинко-эпидемиологическому обследованию поздних возрастных групп общего населения, проживающего на той же территории, где изучались учтенные диспансером больные.

Выполненные ранее [Ширина М. Г. и др., 1975] выборочные эпидемиологические обследования отдельных континентов общего населения (например, пациентов, обращающихся в общую поликлинику) дали определенные указания на то, что охват диспансерным учетом больных с психическими расстройствами в позднем возрасте является значительно менее полным, чем учет психических заболеваний молодого и среднего возраста. Как известно, аналогичные данные были получены также в ряде зарубежных популяционных исследований [Кау D. et al., 1964; Lauter H., 1974; и др.]. Именно это обстоятельство вызвало необходимость в проведении специального, более информативного клинко-эпидемиологического обследования репрезентативных групп лиц позднего возраста из общего, не находящегося на диспансерном учете населения. При проведении этой работы ставилась задача выявления оставшихся неизвестными диспансеру форм психической патологии, в том числе шизофрении. Мы полагали, что результаты такого популяционного исследования обеспечат получение достоверных сведений об истинной распространенности психических расстройств среди населения пожилого возраста, а

также существенно пополняет наши представления о возможных разновидностях и клинических границах тех или иных психологических форм. Эта последняя задача представлялась особенно актуальной в отношении шизофрении, которая отличается необычайным полиморфизмом клинических проявлений и включает, как всякая болезнь предрасположения, наряду с развернутыми различные легкие, abortивные и так называемые краевые формы.

В 1974—1976 и в 1977—1978 гг. по единой программе [Гаврилова С. И., 1977] были обследованы две репрезентативные 5% выборки из общего населения в возрасте 60 лет и старше, проживающего на территории Киевского района Москвы¹. Всего было обследовано 1462 человека. Среди них были выявлены различные по степени тяжести и нозологической природе виды психических нарушений, причем шизофрения наблюдалась сравнительно редко. Шизофрения и относящиеся к ней в широком смысле расстройства психической деятельности были выявлены у 1,5% обследованных лиц (23 человека, в том числе 5 мужчин и 18 женщин)². Ни один из этих больных не был зарегистрирован в районном психиатрическом диспансере. Различия в частоте распространенности неизвестных психиатрам случаев шизофрении и относящихся к шизофреническому кругу расстройств в обследованных в разное время выборках оказались незначительными: 1,7% — в первой и 1,4% — во второй.

Обнаруженные в общем населении шизофренические психические расстройства оказались неоднородными. Собственно психотические формы заболевания наблюдались у 9 человек (0,6% выборки). У остальных больных (14 человек, или 0,9% от числа всех обследованных) выявлялись только рудиментарные или стертые проявления шизофренического процесса. При обследовании больных, которые никогда не обращались за помощью к психиатру и в отношении которых не всегда удается получить полные анамнестические сведения, диагностика шизофрении и квалификация ее течения сопряжена с немалыми трудностями. Некоторые заболевания были отнесены к той или иной форме течения шизофрении только предположительно.

¹ В этом же городском районе ранее проводилось сплошное обследование учтенных диспансером больных шизофренией, находящихся в том же позднем возрасте.

² Все больные шизофренией, выявленные в общем населении, позднее подробно обследовались Е. К. Молчановой и С. И. Гавриловой, а А. Н. Пятинский осуществлял дальнейшее катамнестическое наблюдение над ними.

Все выявленные при проведении этого обследования собственно психотические формы болезни манифестировали только в позднем возрасте. В общем населении мы, таким образом, не обнаружили ли у одного больного рано начавшегося и продолжающегося до старости психоза. По-видимому, такие больные в полном объеме учтены диспансером, а следовательно, и получают необходимую помощь.

У всех 14 больных с начавшейся в молодом или среднем возрасте шизофренической речью шла не о психотических формах заболевания, а лишь об относящихся к шизофреническому кругу психических нарушениях или о расстройствах «шизофренического спектра», по терминологии американских авторов. Среди этих больных преобладали женщины (12 человек). Почти во всех наблюдениях заболевание протекало на протяжении всей жизни больных на субклиническом уровне. Поскольку в следующей главе приводится подробный анализ динамики так называемых внебольничных форм шизофрении, в том числе и той ее разновидности, которая получила название латентной [Bleuler E., 1911], мы ограничимся лишь краткой характеристикой этой группы больных.

Состояние больных в период их обследования в старости определялось сочетанием сравнительно мало выраженных, рудиментарных продуктивных расстройств (обычно не выходящих за рамки неглубоких аффективных, невротоподобных и несистематизированных параноидальных) и отчетливых дефицитарных симптомов. Этим больным были свойственны в большей или меньшей степени выраженные признаки эмоционального изъятия, психического и физического инфантилизма, слабость влечений и эмоциональных контактов, аутизм и эгоцентризм. Обращали на себя внимание необычность или даже вычурность их внешнего облика, чужаковатость, странность их поведения, манерность мимики и моторики.

Нередко у них обнаруживались также нарушения мышления: расплывчатость или недостаточная его целенаправленность (хаотичность), склонность к соскальзываниям и резонерству.

В некоторых случаях собственно продуктивные симптомы были настолько стертыми, что они полностью отступали на задний план по сравнению с выраженными проявлениями типичного шизофренического дефекта. Именно эти больные, как правило, утрачивали в старости адаптацию в жизни, опускались, не умели организовать свой быт в отличие от остальных выявленных в населении больных, которые сохраняли до

старости сравнительно высокую психическую активность, а в отдельных случаях и трудоспособность.

У 10 из 14 больных с такими неразвернутыми шизофреническими расстройствами нам удалось получить довольно полные сведения о динамике психических изменений в течение жизни. При этом выяснилось, что почти у всех больных признаки шизофренического изъяна личности появлялись еще в молодом или даже в юношеском возрасте. У 4 больных они развивались в течение сравнительно ограниченного промежутка времени, в связи с чем можно было предполагать, что они в молодости перенесли шуб или личностный сдвиг. Несмотря на появившиеся личностные изменения, эти больные, как правило, сохраняли трудоспособность. Лишь двое из них имели инвалидность по психическому заболеванию в течение того или иного срока, а в дальнейшем возвращались к трудовой деятельности. Большинство больных имели необходимый для получения пенсии по возрасту трудовой стаж, а некоторые из них продолжали работать и после выхода на пенсию. Но, несмотря на довольно высокую психическую активность, их деятельность ограничивалась сравнительно несложными видами труда (например, простая канцелярская или иная малоквалифицированная работа). Семейная жизнь у большинства из них оставалась неустроенной, многие были холостыми или рано утратили семью.

Почти во всех случаях, когда мы располагали достаточно полными анамнестическими сведениями, удалось установить, что в течение жизни этих больных неоднократно возникали те или иные, обычно сравнительно непродолжительные продуктивные психопатологические расстройства, которые чаще всего обходились без лечения. Только 4 больных в разные периоды жизни обращались за психиатрической консультацией или лечились в диспансере, но в течение последних 30 лет и более к психиатрам не обращались. Возникавшие у них продуктивные симптомы ограничивались кругом невротических, аффективных или несистематизированных паранойяльных расстройств. Чаще всего это были неглубокие адинамические депрессии, затяжные астенические или ипохондрические состояния, фобии или истерические проявления, а также паранойяльные реакции на определенные жизненные ситуации. Особенно часто такие обострения или периоды декомпенсации состояния возникали в инволюционном возрасте, в котором, как правило, усиливались также и личностные особенности, и происходило известное снижение адаптации к жизненным

трудностям. Но даже и в эти периоды явного ухудшения их состояния больные чаще всего не обращались к психиатрам, а лечились сами или прибегали к помощи терапевтов и невропатологов.

Заболевание у таких больных в основном соответствовало скрытой, или латентной, шизофрении в понимании E. Bleuler (1908), O. Wittke (1924) и G. Huber (1975). По мнению E. Bleuler, который впервые поднял вопрос о существовании латентной шизофрении, при этих сравнительно благоприятных, не приводящих к слабоумию формах специфические шизофренические расстройства могут длительное время не обнаруживаться, а в клинической картине преобладают симптомы невротического или психопатического характера. Это обстоятельство, а также свойственные течению заболевания периоды улучшения нередко приводят к ошибочной диагностике и больные годами расцениваются как «невротики». Однако дальнейшее течение с присоединением аутизма, аффективной тупости, ригидности, парадоксальности делает картину болезни все более отличающейся от невроза или психопатии. Впоследствии, иногда лишь во второй половине жизни, появляется и процессуальная продуктивная симптоматика в виде рудиментарных бредовых, а иногда и отдельных галлюцинаторных расстройств.

Эти рудиментарные, стертые, или латентные (в трактовке Bleuler E.), формы шизофрении ближе всего примыкают к легким формам малопрогредиентной шизофрении. Однако больные с такими заболеваниями отличаются от состоящих на диспансером учета больных с вялотекущей шизофренией прежде всего сохранностью психической активности на протяжении всей жизни и более высокой трудоспособностью.

В анамнезе отдельных, не зарегистрированных в диспансере больных с ранним началом заболевания, которое мы условно относим к категории расстройств шизофренического спектра (3 человека), имелись указания на перенесенные в прошлом более отчетливые и очерченные во времени психотические состояния, в основном исчерпывавшиеся аффективно-бредовыми расстройствами. По поводу этих заболеваний они лечились у психиатров в течение того или иного времени. Однако в дальнейшем у больных устанавливалась длительная, продолжающаяся десятилетиями ремиссия с остаточными, довольно выраженными расстройствами, но удовлетворительной социальной адаптацией на сниженном по сравнению с исходным уровне. Такие случаи соответствовали скорее всего приобретенным псевдопсихопатическим состояниям или резидуальной шизофрении. Выявление такой группы больных в так называемой здоровой популяции подтверждает ранее высказанное предположение о том, что ближе к позднему возрасту определенная часть больных с наиболее благоприятными формами

приступообразной шизофрении уходит из поля зрения психиатра.

Результаты клинико-эпидемиологического исследования репрезентативной выборки лиц позднего возраста из общего населения свидетельствуют о том, что число больных с расстройствами «шизофренического спектра» в поздних возрастных группах населения довольно значительно. В общей сложности они были выявлены у 0,9% обследованных. Так называемые латентные формы шизофрении, зарегистрированные диспансером, встречались лишь у 0,02% больных в возрасте 60 лет и старше. Следовательно, неразвернутые, латентные или относящиеся к «шизофреническому спектру» формы шизофрении остаются в большинстве своем неизвестными психиатрическому диспансеру и психиатрам.

Эпидемиологические исследования, результаты которых здесь были коротко изложены, имели весьма важное значение, позволили нам получить по возможности объективные представления о количественном соотношении различных форм и вариантов течения шизофрении у доживающих до позднего возраста больных. В то же время эпидемиологические данные подтверждают высказанное выше положение о том, что изученный нами основной клинический материал должен рассматриваться как специальная выборка больных, продиктованная необходимостью решения поставленных клинических задач.

В целом наши исследования отличаются, однако, от упомянутых в обзоре литературы работ зарубежных авторов тем, что благодаря сочетанию клинико-катамнестического и клинико-эпидемиологического методов исследования мы получили возможность максимально полного изучения всех шизофренических расстройств, которые фактически наблюдаются у доживших до старческого возраста больных.

КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ У ДОЖИВШИХ ДО СТАРОСТИ БОЛЬНЫХ (ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

ОБ УСТОЙЧИВОСТИ ОСНОВНЫХ ФОРМ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Обследование доживших до старческого возраста больных, которые с молодого или среднего возраста (в течение ряда десятилетий) страдают различными шизофреническими психозами, дало нам возможность достоверного изучения и решения существенного для систематики заболевания вопроса о том, остаются ли основные (непрерывные и приступообразные) формы течения шизофрении и их клинические варианты устойчивыми на протяжении всего заболевания. Такая постановка вопроса представлялась закономерной, так как первоначально основные формы течения шизофрении были выделены на основании изучения больных более молодого возраста и менее длительных наблюдений за течением заболевания. У больных более молодого возраста наблюдались и описывались (на клиническом и эпидемиологическом материале) различные переходы, в частности переходы приступообразного течения заболевания в хроническое [Сухарева Г. Е., 1937; Мелехов Д. Е., 1963; Снежневский А. В., 1969; Ануфриев А. К., 1969; Шмапова Л. М., Либерман Ю. И., 1970; Mauz F., 1939; Bleuler M., 1972; Успенская Л. Я., 1972; Михайлова В. А., 1978].

Мы располагали возможностью проследить характер течения болезни на протяжении большей части жизни 1063 больных. Эти наблюдения подтвердили клиническую реальность ранее выделенных основных форм течения, определяющих развитие шизофренического процесса от его начала до конца.

В то же время выяснилось, что о полной устойчивости формы течения заболевания можно говорить только в отношении непрерывно развивающейся шизофрении. При этой форме шизофренический процесс на всем протяжении сохраняет непрерывный, хронический характер. Ни в одном из наших наблюдений (иногда с давностью заболевания свыше 60 лет) не отмечалось смены непрерывного течения приступообразным

или наступления стойких и длительных спонтанных ремиссий с достаточно полным обратным развитием продуктивных психопатологических расстройств. Это не означает, однако, что на протяжении заболевания у больных не возникали периоды некоторого ослабления или, наоборот, периоды обострения клинических проявлений заболевания. Периоды ослабления болезненных расстройств наступали как под влиянием терапии, так и спонтанно, и клинически проявлялись главным образом в уменьшении интенсивности имеющихся психопатологических расстройств. Как показали наши наблюдения, такая волнообразность процесса сохраняется и на поздних этапах течения заболевания. Она наблюдается даже при злокачественно протекающих формах в так называемых конечных состояниях и, по-видимому, должна считаться свойством любого хронически протекающего болезненного процесса. Свойственная непрерывно текущим шизофреническим процессам тенденция к временному ослаблению продуктивных проявлений болезни, как известно, может быть значительно усилена с помощью современной лекарственной терапии, что дало многим авторам основание говорить о терапевтических ремиссиях при непрерывных формах заболевания. Мы подробнее не останавливаемся на этом вопросе прежде всего потому, что обследованные нами больные в преобладающем большинстве своем заболели еще до психофармакологической эры, а нередко и до введения других методов активного лечения. Мы хотели бы лишь отметить, что склонность к ослаблению и последующему усилению болезненных расстройств, придающая течению характер волнообразности, наблюдалась примерно в одинаковой форме у леченых и нелеченых больных.

Наши длительные наблюдения над развитием непрерывно протекающих форм шизофрении позволили сделать и другой важный, с нашей точки зрения, вывод. Оказалось, что определенной устойчивостью обладает не только форма течения болезненного процесса, но и клинический характер отдельных вариантов, которые входят в группу непрерывно текущих процессов и отличаются друг от друга по степени прогрессивности. Охватывающий развитие заболевания на протяжении целого ряда десятилетий анализ таких вариантов непрерывно текущей шизофрении, как вялотекущий или паранойяльный, выявил, что они сохраняют свой клинический характер от начала до конца. Ни в одном случае таких малопрогрессирующих форм мы не обнаружили тенденции к переходу в более прогрессивное течение. Эти наблюдения содержат, следовательно,

важное для общего учения о шизофрении указание на определенную дискретность и устойчивость клинических вариантов, которые объединяются единой (непрерывной) формой течения.

Наши наблюдения показали, однако, что в отличие от устойчивости течения в группе непрерывно протекающих шизофренических процессов приступообразная шизофрения претерпевает довольно частые, клинически по-разному проявляющиеся и в том числе также кардинальные видоизменения своего течения. Одни из них не выходят за рамки возможной динамики приступообразного течения заболевания, другие же бывают более глубокими и существенными и заключаются в переходе первоначально приступообразного течения в хроническое.

Среди наших больных переход приступообразного течения в непрерывное был представлен 191 наблюдением, что составляет 18% от числа всех изученных больных и 34,4% от числа больных с приступообразным течением процесса.

По эпидемиологическим данным случаи перехода приступообразной шизофрении в хроническую составляют от 3,4% [Шмаонова Л. М., 1972] до 4,1% [Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., 1970] от популяции больных шизофренией всех возрастов и от 5,7% [Успенская Л. Я., 1972] до 8,1% [Шмаонова Л. М., 1972] и даже до 13% [Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., 1970] от общего числа больных приступообразно-прогредиентной шизофренией. В популяции больных шизофренией, достигших возраста 60 лет и старше, переход приступообразного течения в хроническое встречался у 7,7% из них, а с приступообразными формами — у 8,5% [Молчанова Е. К. и др., 1975], причем при манифестации приступообразной шизофрении в возрасте до 50 лет переход приступообразного течения в хроническое наблюдался у 7,8% больных.

Частая выявляемость таких форм у наших больных не отражает, таким образом, истинной распространенности заболевания, а обусловлена лишь тем, что такие больные старческого возраста специально подбирались в загородных больницах и психоневрологических интернатах Министерства социального обеспечения, где они в основном были сосредоточены.

Распределение больных по полу в этой группе существенно не отличалось от распределения во всей группе лиц с приступообразными формами шизофрении, т. е. соотношение мужчин и женщин равнялось 1 : 2,85. Возраст больных в момент обследования соответствовал при приступообразной шизофрении, переходящей в хроническую психозы, тому, который наблюдался у остальных больных с приступообразным

течением заболевания (примерно $\frac{2}{3}$ из них были в возрасте 60—90 лет).

Рассмотрение особенностей перехода приступообразного течения в хроническое и клинический анализ последующего течения болезни подтвердили установленные ранее [Дружинина Г. А., Концевой В. А., 1977; Дружинина Т. А., Медведев А. В., 1977] данные о неоднородности хронических психозов, возникающих после этапа приступообразного течения заболевания.

Мы выделили два типа такого перехода, которые отличаются друг от друга по клиническим особенностям развивающегося в дальнейшем хронического психоза. У 85 больных это были длительные психозы, сохраняющие по существу структуру приступа (затяжные, хронифицированные приступы), причем у 22 из 85 больных наблюдалось континуальное безремиссионное течение психоза, при котором маниакально окрашенные кататоно-галлюцинаторно-бредовые состояния сменялись кататоно-галлюцинаторно-бредовыми или кататоно-бредовыми, сопровождающимися депрессивным аффектом.

У 106 больных отмечалась истинная смена формы течения, т. е. переход приступообразного течения в непрерывно-прогрессирующее. У 58 из них заболевание в дальнейшем по особенностям психопатологических проявлений и по степени прогрессивности процесса приближалось к непрерывной параноидной шизофрении, у 48 — к злокачественной. У этих 48 больных со времени перехода в непрерывное течение заболевание развивалось с интенсивной прогрессирующей и в последующие 3—4 года приводило к формированию так называемых конечных состояний, не отличающихся от таковых при злокачественно протекающих непрерывных процессах.

Изучение возраста больных к началу заболевания показало, что во всех группах больных с приступообразной шизофренией, перешедшей в хронические психозы, заболевание может начинаться в любом возрасте (от юношеского до относительно позднего). Однако почти у 48,2% в группе хронических психозов-приступов (включая приступы с континуальным течением) начало заболевания относилось к молодому возрасту (до 29 лет), что вообще характерно для течения приступообразной шизофрении [Жариков Н. М., 1972]. У 67,2% больных переход в непрерывное течение по типу параноидной шизофрении начинался позднее (в возрасте 25—39 лет), как и при непрерывной параноидной шизофрении.

При приступообразных процессах, переходящих в злокаче-

ственные, лишь в половине наблюдений (54,1%) заболевание начиналось в молодом (до 29 лет) возрасте. Довольно часто (у 37,5% больных) начало заболевания наблюдалось в возрасте 30—39 лет, а у 8,7% — даже в 40—44 года. Эти данные свидетельствуют о возможности развития приступообразной шизофрении с переходом в злокачественное течение не только в детском, подростковом и юношеском, но и в среднем и достаточно позднем возрасте.

Число приступов болезни, включая приступы, с которых начиналось развитие хронического психоза, было обычно невелико (в среднем 3—4 приступа). В группе затяжных хронифицированных приступов, в том числе протекающих по типу континуа, переходным чаще оказывался 2—5-й приступ (у 58,8% больных), а в группе больных с психозами типа непрерывно-прогредиентной шизофрении — 2—3-й (у 65,1% больных), причем переход в непрерывное злокачественное течение наступал со 2—3-го приступа чаще (у 75% больных), чем в непрерывное течение по типу параноидной шизофрении (56,9%).

Возраст больных, в котором наблюдался переход приступообразного течения в хронические психозы, колебался в весьма широких пределах — 20—69 лет. Однако примерно в $\frac{2}{3}$ наблюдений такие изменения в течение приступообразного процесса происходили в возрасте до 45 лет (у 65% больных — переход в непрерывно-прогредиентное течение и у 67,1% — в хронифицированные приступы). Такие наиболее глубокие изменения приступообразного течения оказались, таким образом, не приурочены к поздним возрастным периодам, что соответствует и эпидемиологическим данным, согласно которым средний возраст перехода приступообразного течения в непрерывное равнялся 39,1 года [Успенская Л. Я., 1972].

Хронифицированные приступы и периоды континуального течения отличались, как правило, большой продолжительностью. Их длительность (от начала последнего переходного приступа или от начала континуального периода до момента обследования) во всех наблюдениях была свыше 10 лет, а в отдельных случаях от 20 до 39 лет. Длительность продолжающегося непрерывно-прогредиентного течения к моменту обследования также превышала во всех случаях 10 лет, а у 73 больных из 106 составляла 20—39 лет.

Продолжительность приступообразного течения процесса до перехода в хронические психозы была различной и варьировала от 1—2 до 40 лет и больше. Переход приступообразного течения в хронические психозы происходил чаще всего в те-

чение первого десятилетия заболевания. В этот период (до 10 лет от начала болезни) приступообразное течение сменялось континуальным или развивались затяжные хронифицированные приступы у 45,9% больных, а переход в непрерывно-прогредиентное течение происходил у 50,9%. Во 2-м десятилетии развитие хронифицированных приступов и континуального течения наблюдалось у 28,2% больных, а переход в истинное непрерывное течение — у 31,1%.

При анализе длительного течения приступообразной шизофрении значительно чаще обнаруживались такие изменения, которые не выходят за рамки возможной динамики самого приступообразного процесса. Такие изменения встречаются почти у всех больных шизофренией старческого возраста. Характерны две особенности видоизменений приступообразного течения в этой группе больных.

1. Описанные выше разновидности перехода приступообразного течения в хроническое отражают однозначное развитие болезненного процесса в сторону усиления его прогредиентности и утяжеления клинических проявлений. Видоизменения же приступообразного течения отражают лишь диапазон возможных проявлений и тенденций самого развития приступообразного процесса — от прекращения приступов до их возобновления после сверхдлительной ремиссии, от простого или резкого учащения приступов до временного или длительного утяжеления болезненных расстройств.

2. В отличие от описанных выше переходов приступообразного в хроническое течение эти видоизменения происходят чаще всего в кризисные периоды позднего возраста, т. е. в значительной степени обуславливаются влиянием возрастного фактора. Поскольку характерной особенностью приступообразной шизофрении является то, что большинство психотических приступов падает на поздний возраст, в котором мы обследовали наших больных, мы очень часто встречались именно с такими вариантами приступообразного течения, чего раньше обычно не отмечали.

К изменениям, не выходящим за рамки приступообразного течения шизофрении, мы относили, например, особую группу заболеваний, при которых к началу позднего возраста приступы прекратились, а больные находились в состоянии длительной ремиссии.

Выделение этой группы больных с «затуханием» приступов, у которых, следовательно, в позднем возрасте наблюдалось регрессивное течение заболевания, носит в известном смысле

условный характер и является оправданным лишь в связи с практическим значением, т. е. относительной многочисленностью такого варианта течения. Во-первых, этот вариант представляет собой только частный случай более обширной группы одноприступных форм или форм, протекающих с очень малым числом приступов, а во-вторых, в отдельных случаях заблуждения возможность психотического рецидива в более глубокой старости, естественно, не может быть исключена. О возможности такого позднего возобновления приступа после очень длительной ремиссии свидетельствуют и отдельные наши наблюдения. Нам представлялось заслуживающим внимания, что постепенное «затухание» или прекращение приступов довольно нередко происходит только в позднем возрасте.

Группа больных с «затухающим» течением приступообразной шизофрении изучалась нами в психиатрическом диспансере, в которой она по отношению ко всем больным приступообразной шизофренией, учтенным диспансером в возрасте 60 лет и старше, составляла 14% (158 больных, из них 47 мужчин и 111 женщин).

Прекращение приступов и начало последней ремиссии наблюдались преимущественно в возрасте 40—60 лет, причем, у мужчин приступы прекращались, как правило, в более раннем возрасте (до 50 лет), в то время как у многих женщин «затухание» процесса происходило позднее — к 60—65 годам. Однократные приступы наблюдались в этой группе сравнительно редко (у 4,5% больных) и возникали в первую половину жизни больных, в возрасте от 16 до 35 лет.

Прекращение приступов шизофрении привело к тому, что с определенного возраста, чаще всего с начала позднего возраста, заболевание практически становилось «амбулаторным»: больные больше не нуждались в стационаризации, десятки лет жили дома, многие из них возвращались к прежней или несколько облегченной работе, обслуживали себя и свою семью.

Прежде чем перейти к непосредственному изложению полученных данных об изменениях приступообразной шизофрении у большинства больных, которая на протяжении всей жизни протекает с приступами, следует выделить по крайней мере два относительно независимых друг от друга аспекта этой проблемы.

Во-первых, на основании наблюдений над продолжающимся десятилетиями приступообразным течением шизофрении представлялась возможность судить об общих изменениях ее динамики, включая изменение таких характеристик, как частоту

та и продолжительность приступов, их распределение по годам болезни и по возрастным периодам.

Во-вторых, мы получили представление об изменениях самой формы приступообразного течения, т. е. возможность жесткого разграничения и на поздних этапах течения заболевания рекуррентных и приступообразно-прогредиентных форм, которые были выделены, как известно, в группах больных более молодого возраста. Этот аспект, относящийся по существу к вопросу динамики прогредиентности болезни, подробнее будет рассматриваться в соответствующем разделе.

Анализ наблюдений показал, что для шизофрении, сохраняющей приступообразное течение на всем своем протяжении, в целом характерна значительная изменчивость ее проявлений. Только в единичных случаях в течение нескольких десятилетий сохранялась строгая периодичность приступов, т. е. приступы распределялись равномерно по годам жизни больных, а ремиссии имели более или менее одинаковую продолжительность. Только в отношении этих больных можно было говорить о том, что аутохтонный механизм приступообразования был у них настолько выражен, что ни внешние, ни возрастные факторы практически не оказывали влияния на течение процесса. У основной же части больных в течение всего заболевания наблюдались различные видоизменения, которые происходили чаще всего в поздние возрастные периоды. С известной схематизацией можно было выделить различные типы изменений.

1. Увеличение числа приступов в поздние возрастные периоды. Изучение 1744 приступов у 176 лиц, заболевших в молодом и среднем возрасте, показало, что 57,3% из них наблюдалось в возрасте старше 50 лет. Однако и в позднем возрасте распределение приступов не было равномерным.

Среди больных преобладали женщины. В климактерическом периоде (40—49 лет) было наименьшее число приступов (19,3% от общего числа), в то время как в более позднем периоде (50—59 лет) число приступов возрастало до 31,4%, а 25,9% возникало в возрасте старше 60 лет.

Распределение 1744 приступов по возрастным периодам:

до 29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60 лет и старше	всего
198	210	337	548	451	1744
11,4%	12,0%	19,3%	31,4%	25,9%	100%
	42,7%		57,3%		

Распределение приступов (в процентах) у 176 больных по десятилетиям заболевания

Десятилетие	Возраст начала заболевания, годы					
	до 19		20—29		30—39	
	% приступов	возраст больных	% приступов	возраст больных	% приступов	возраст больных
1-е	13,3	до 19	14,5	20—29	12,8	30—39
2-е	8,5	20—29	12,2	30—39	28,2	40—49
3-е	10,7	30—39	13,6	40—49	39,9	50—59
4-е	17,6	40—49	28,3	50—59	19,0	Старше 60
5-е	25,2	50—59	31,4	Старше 60	—	—
6-е	24,7	Старше 60	—	—	—	—

Для проверки предположения о том, что увеличение числа приступов на отдаленных этапах течения приступообразной шизофрении связано главным образом с влиянием позднего возраста, проводились и другие сопоставления. В табл. 7 представлено распределение приступов по десятилетиям заболевания. Эти данные показали, что во всех выделенных группах (1-я группа — начало заболевания до 19 лет, 2-я — в 20—29, 3-я — 30—39 лет) наибольшее увеличение числа приступов наблюдалось в те десятилетия болезни, которые совпадали с поздним возрастом больных. Это означает, что при начале заболевания до 19 лет резкое увеличение числа приступов приходится на 5—6-е десятилетие, у заболевших в возрасте 20—29 лет — на 4—5-е, а при начале заболевания в возрасте от 30 до 39 лет — на 3—4-е десятилетие заболевания. Увеличение числа приступов, таким образом, зависит не столько от продолжительности заболевания, сколько от влияния возрастного фактора.

2. Возникновение «серий» приступов в позднем возрасте. Одной из форм видоизменения течения приступообразной шизофрении является возникновение так называемых серий приступов (Ростовцева Т. И.), которые представляют собой ряд следующих друг за другом, стремительно развивающихся и непродолжительных приступов с однотипной клинической картиной и короткими интервалами между ними. Продолжительность одной серии составляет в среднем 3—5 лет, а число входящих в нее приступов — 5—8. «Серия» психотических приступов завершается ремиссией более высокого качества и более

продолжительной. Возникновение таких серийных, или дробных приступов представляет собой лишь временную интенсификацию манифестных психотических расстройств, не приводящую к существенному видоизменению первоначально сложившегося типа течения заболевания. «Серийные» приступы представляли собой нередкое явление, среди наших наблюдений они встречались у 17% больных. Чаще всего серии приступов были однократными, но у отдельных больных на протяжении заболевания наблюдалось 2 или даже 3 серии. Такая интенсификация активности процесса наблюдалась главным образом в позднем возрасте (чаще в период инволюции, реже в старческом возрасте).

3. **Изменение продолжительности приступов на поздних этапах приступообразной шизофрении.** Анализ продолжительности отдельных психотических приступов, которые возникают на протяжении психозов, сохраняющих четкий приступообразный характер вплоть до старческого возраста больных, показал, что при таком типе течения явно преобладают приступы относительно небольшой длительности. В 91,3% из 1744 приступов, наблюдавшихся у 176 больных, их длительность не превышала 6 мес, в 7% приступы продолжались от 6 мес до 1 года, а лишь в 1,7% — свыше 1 года. Аналогичные данные были получены и рядом других авторов [Ciompi L., Müller Ch., Huber G. et al., 1979]. В табл. 8 представлено соотношение приступов различной длительности в разные возрастные периоды. Оказалось, что на всех этапах течения болезни явно доминируют приступы длительностью от 1 до 6 мес. В возрасте 40—49 лет (уменьшение общего числа приступов) и 50—59 лет

Таблица 8

Соотношение между приступами различной длительности в разные возрастные периоды

Продолжительность приступов	Возраст больных, годы							
	до 39		40—49		50—59		60 лет и старше	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
До 1 мес	49	12,0	35	10,4	69	12,6	104	23,1
1—6 мес	308	75,5	268	79,5	441	80,5	319	70,7
6 мес—1 год	47	11,5	28	8,3	28	5,1	18	4,0
Свыше 1 года	4	1,0	6	1,8	10	1,8	10	2,2
Всего	408	100	337	100	548	100	451	100

(увеличение общего числа приступов) удельный вес таких приступов остается примерно одинаковым. Это говорит о том, что продолжительность психотических приступов является сравнительно устойчивым свойством приступообразного процесса и не меняется в зависимости от других его параметров (психопатологическая структура психоза, частота приступов, этап течения заболевания и др.). Лишь после 60 лет происходят определенные изменения в соотношении приступов различной длительности: вдвое увеличивается удельный вес, транзиторных и наиболее затяжных приступов. Это, по-видимому, отражает те противоположные тенденции развития, которые обнаруживаются при приступообразной шизофрении именно в старческом возрасте и которые будут обсуждаться подробнее в дальнейшем.

4. Возобновление приступов в позднем возрасте после длительных ремиссий. Подобные наблюдения важны в плане ка-татмнистического изучения одноприступных форм и близких к ним вариантов течения заболевания с небольшим числом часто повторяющихся приступов, после которых наступает много-летняя ремиссия.

По данным общего эпидемиологического изучения шизофрении, так называемые одноприступные варианты встречаются у 38,4% больных [Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И., 1979]. В то же время наше специальное популяционное обследование больных шизофренией, доживших до 60 лет и более, выявило более низкий процент одноприступного течения — 4,5 больных. Указанные расхождения частично объясняются приведенными ниже данными о нередком возобновлении приступов после длительной ремиссии, которое наблюдается чаще всего в возрасте 50—59 лет. Поскольку в связи с повторными психотическими приступами такие больные, как правило, госпитализировались, наблюдения за возобновляющимися приступами в дальнейшем проводились в городской психиатрической больнице. Мы располагаем наблюдениями за 97 больными, у которых после одного из нескольких приступов в молодом возрасте наступила ремиссия длительностью свыше 15 лет, а у 77 из них — свыше 20 лет. Во всех случаях возобновление приступов происходило в позднем возрасте: в 50—59 лет — у 45, в 60—69 лет — у 34, старше 70 лет — у 18 больных.

Значение возрастных кризисных периодов особенно резко было заметно при изучении группы больных с двукратными длительными ремиссиями (все больные этой группы были женщины). Первые приступы возникали у них, как правило, после

родов, инфекции, различных соматических заболеваний в возрасте 20—30 лет. После приступов наблюдалась длительная ремиссия; приступы возобновлялись только в возрасте 49—59 лет, затем снова наступала продолжительная ремиссия. В старости повторно возникали сравнительно непродолжительные приступы. По структуре приступов и особенностям ремиссии шизофрения у этих больных имела форму ремиттирующей (рекуррентной). У 63% остальных больных приступы, предшествовавшие наступлению длительной ремиссии, оказались также спровоцированными. У 29% наблюдавшихся женщин приступы возникали после родов. Случаи же так называемой психогенной провокации были редки. Возникновение длительных ремиссий наблюдалось также после психотических приступов, развившихся в пубертатном периоде. Возраст, в котором устанавливалась первая длительная ремиссия, не превышал 35—40 лет, но во многих случаях был и значительно ниже. Длительной ремиссии обычно предшествовало небольшое число приступов (1—3, редко 4). После возобновления приступов в позднем возрасте, напротив, нередко наблюдались частые, «серийные» или затяжные приступы. Клиническая структура раннего и позднего приступов была в значительной степени однородной. В то же время в клинической картине поздних, особенно затяжных, приступов наблюдалась определенная динамика в сторону усиления и углубления психопатологических расстройств, выявлявшихся в так называемом раннем приступе.

Кратковременные и частые приступы, которые возникали в позднем возрасте, напротив, сопровождалась редукцией продуктивных симптомов от приступа к приступу.

Варианты течения шизофрении с длительными ремиссиями представляют интерес не только как пример особого его видоизменения в позднем возрасте, но также и в ином аспекте. Часть из приведенных наблюдений, особенно случаи со сверхдлительными (свыше 40 лет) или с двукратными длительными ремиссиями, должна быть отнесена к тому типу приступообразной шизофрении, где аутохтонные механизмы приступообразования выражены слабо, а генеративные и экзогенные факторы приобретают решающую роль при их возникновении. Не случайно первые приступы психоза развивались обычно вслед за каким-либо провоцирующим фактором.

Таковы основные разновидности течения болезни, которые обнаруживаются при клинико-катамнестическом обследовании больных с приступообразной шизофренией.

ДИНАМИКА ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПО ДАННЫМ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ИХ ТЕЧЕНИЕМ

Наши наблюдения, охватывающие максимальный по своей протяженности период развития шизофрении, доказали, что выделенные советскими авторами основные формы течения заболевания адекватно отражают закономерности его динамики. Этими же наблюдениями было показано, что в большинстве случаев основные формы течения болезни обладают достаточной устойчивостью на всем протяжении болезненного процесса. Как известно, выделение основных форм течения шизофрении (непрерывных и приступообразных) содержало, однако, не только формальную характеристику особенностей ее динамики, но выражало и определенные представления о различиях в прогрессивности заболевания при той или другой форме его течения. На основании сочетания формальных признаков течения и учета прогрессивности, свойственной каждой из его форм, были разработаны получившие общее признание модели шизофренических процессов с непрерывно-прогрессивным и рекуррентным течением.

В данном разделе излагаются установленные нашими наблюдениями факты, которые должны внести немаловажные дополнения и коррективы в эту концепцию и позволят показать динамику болезненного процесса в более дифференцированном виде. Будет показано, что рассмотрение динамики заболевания на протяжении 4—5 десятилетий в среднем, впервые осуществленное в таком объеме сотрудниками нашего института, позволило по-новому поставить вопрос об особенностях прогрессивности течения заболевания при различных шизофренических процессах.

В этой работе невозможно полностью изложить клиническую картину всех включенных в наше исследование шизофренических процессов от их начала в молодом или среднем возрасте больных до момента изучения в старческом возрасте. Такое систематическое и полное описание клиники различных шизофренических процессов является по ряду причин вряд ли нужным и осуществимым. Начальные этапы развития заболевания, так же как и клиническая картина стадий наиболее активного течения шизофрении и развернутого психоза, многократно и с исчерпывающей полнотой описывалась в общедоступной литературе. Попытка равноценного освещения более ранних стадий заболевания на основании изучения уже состарившихся больных шизофренией неизбежно послала бы

исполный характер. Поэтому в изложении полученных данных мы уделили наибольшее внимание менее разработанным в литературе вопросам развития и клиники шизофрении в более отдаленные периоды заболевания (поздний возраст больных).

ДИНАМИКА НЕПРЕРЫВНОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

В итоге анализа динамики непрерывно (хронически) текущих шизофренических процессов были получены убедительные данные, указывающие на стадийный характер болезненного процесса. Как и зарубежные исследователи, мы пришли к выводу, что прогрессивность непрерывно текущего шизофренического процесса (если понимать под этим его активно-наступательное движение) не является беспредельной, постоянной и неограниченной во времени. Эта форма течения может быть изображена в виде чередования нарастающей, относительно стабильной и убывающей активности процесса или в виде цикла, состоящего из ряда последовательных стадий течения — инициальной, стадии возрастающей активности, а затем стадии стабилизации и постепенной редукции болезненных расстройств. Выделение таких стадий, или этапов, течения носит схематичный характер. Эти стадии не отделены друг от друга четкими и жесткими границами, а, наоборот, связаны между собой постепенными переходами.

Мы решили во избежание повторений при описании отдельных наших наблюдений заранее сформулировать, какое клиническое содержание мы вкладываем в каждое из этих понятий.

Понятие «инициальная стадия» заболевания употребляется нами в общепринятом при анализе развития непрерывно текущей шизофрении смысле и вряд ли нуждается в специальном объяснении. Активная стадия (стадия манифестного, развернутого психоза), в которой наиболее отчетливо проявляются клинические признаки прогрессивного развития непрерывной шизофрении, также не требует особой характеристики, так как в нашей литературе именно на основании изучения этой стадии шизофрении описывались и выделялись различные ее клинические варианты.

В подробном предварительном определении нуждаются лишь понятия, используемые при анализе более поздних этапов течения болезни. Для обозначения основных свойств той стадии непрерывного течения, которая обычно сменяет стадию активного, наступательного развития шизофренического про-

цесса, мы выбрали термин «стабилизация», так как он отражает наиболее существенные особенности клиники заболевания на этой стадии течения процесса: прекращение дальнейшего развития (усложнение) продуктивных расстройств¹. На этой стадии непрерывного течения болезни в каждом индивидуальном случае заболевания достигнут предел активно-наступательного движения процесса со свойственными ему усложнением и утяжелением продуктивной симптоматики. В соответствии с этим на протяжении длительного времени (10—40 лет в среднем) наблюдается в основном один и тот же круг психопатологических расстройств, отсутствует тенденция к расширению их объема и их усложнению, а негативные расстройства, по-видимому, существенно не нарастают. В состояниях, обозначаемых как «стабильные», речь идет, однако, не только о постоянстве ранее возникших психопатологических расстройств. Такая устойчивость клинической картины может наблюдаться на различных этапах непрерывно протекающей шизофрении, но в этом случае в отличие от состояний стабилизации продолжают наблюдаться отчетливые признаки «остроты» психотического состояния, сохраняется актуальность болезненных переживаний для больного, возникают периодически достаточно выраженные обострения с усилением имеющейся симптоматики. На стадии стабилизации наряду с известным постоянством сложившейся клинической картины одновременно уменьшаются частота и выраженность обострений, а болезненные расстройства постепенно утрачивают актуальность для больного. В то же время наступление стабилизации не исключает возможности определенной динамики процесса с появлением каких-либо новых клинических симптомов. Эти клинические признаки, как правило, находятся как бы на ином уровне, и их возникновение не означает усложнения сформировавшегося ранее синдрома. Такое свойство клинических проявлений психоза, наблюдающееся в стадии стабилизации процесса, свидетельствует о том, что уже на этой стадии начинается, их обратное развитие (или редукция).

При многих непрерывно текущих шизофренических процессах на еще более отдаленных этапах заболевания наступает такая стадия, в которой явления редукции, или обратного раз-

¹ Понятие «стабилизация» употребляется нами чисто описательно и в известной мере условно, т. е. применяется в отношении динамики клинических (продуктивных, позитивных) проявлений заболевания. О возможной «стабилизации» лежащих в их основе биологических процессов мы не имеем никаких данных.

вития, продуктивной симптоматики выступают на первый план настолько отчетливо, что правомерно говорить о стадии редукции клинических проявлений болезненного процесса.

Мы считаем необходимым остановиться на взаимоотношениях между понятиями «стабилизация» и «стабилизация с редукцией психопатологической симптоматики» (в изложенном выше понимании) и понятиями «конечное» и «исходное» состояние шизофрении, которые широко употребляются в психиатрической практике. С нашей точки зрения, термины «конечное» или «исходное» состояние имеют несколько иной смысловой оттенок, чем стадии течения со стабилизацией и редукцией психотических расстройств. Они скорее всего применяются не столько для характеристики определенного этапа или стадии течения процесса, сколько для обозначения состояния больных на том или другом этапе¹.

Мы употребляем термин «конечное состояние» для обозначения психотического состояния больных, наблюдающегося на стадии стабилизации шизофренического процесса. При такой трактовке понятия «конечное состояние», т. е. при отождествлении его с хроническими психозами, характерными для стадии стабилизации шизофренического процесса, становится возможным дифференцировать понятия «конечные» и «исходные» состояния, которые многими авторами применяются как синонимы.

При наиболее прогрессивно протекающей, так называемой злокачественной, шизофрении, например, хронические психотические состояния, формирующиеся на стадии стабилизации процесса, которые называют психотическими конечными состояниями, в дальнейшем, по мере увеличивающейся редукции психотических проявлений постепенно «очищаются». Эти психотические конечные состояния сменяются конечной стадией «чистого» дефекта. Такая стадия, завершающая цикл развития наиболее прогрессивно протекающей непрерывной шизофрении, может быть названа исходной, поскольку в ней уже не наблюдается или почти не наблюдается клинических признаков динамики болезненного процесса. Мы употребляем, следовательно, понятия «конечное» и «исходное» состояния только по отношению к наиболее прогрессивным формам шизофрении и вкладываем в эти понятия определенное клиническое содержание. При этом мы оставляем открытым вопрос о том,

¹ А. Маринов стирает смысловые различия, употребляя термин «конечные стадии» шизофрении.

можно ли и при других, менее прогрессивных формах шизофрении в таком же смысле говорить об «исходных» состояниях. Понятие «исходное» состояние в вышеописанном смысле не совпадает, естественно, с более широким понятием «исхода» или «исходов» шизофрении вообще, которое объединяет весьма широкий диапазон возможного окончания болезни — от «выздоровления» до различных по степени тяжести и своему клиническому характеру резидуальных состояний. Исходное состояние в изложенном понимании — лишь один из возможных видов исхода шизофрении, наблюдающийся при наиболее прогрессивно протекающих ее формах.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННО ПРОТЕКАЮЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Мы начинаем изложение данных о закономерностях развития непрерывно протекающей шизофрении с описания динамики злокачественно протекающих процессов, так как именно при них упомянутая выше смена различных стадий течения прослеживается наиболее отчетливо. При этом цикл развития болезни в целом оказывается наиболее завершенным и достигает тех его этапов, которые максимально приближаются к собственно исходу болезненного процесса.

Хотя эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, показали, что злокачественно текущая шизофрения имеет сравнительно небольшой удельный вес среди других форм заболевания [Жариков Н. М., 1972; Либерман Ю. И. и др., 1973], тем не менее она имеет особое, принципиальное значение. Именно шизофренические процессы, обладающие наиболее неблагоприятным (интенсивно-прогрессивным) течением, явились той клинической основой, на которой Е. Краепелин (1913) построил концепцию о ранней слабоумии. Злокачественную шизофрению можно рассматривать как своего рода клиническую модель, на которой особенно отчетливо выступают некоторые из главных тенденций (прежде всего дефицитарные), объединяющие всю группу шизофрении в один нозологический ряд.

Клиника злокачественной шизофрении в последние годы наиболее полно описана в работах советских исследований, в том числе и сотрудников Института психиатрии АМН СССР [Башина В. М., 1968; Вартанян Ф. Е., 1968; Вроно М. С., 1971; Наджаров Р. А., 1972; Цуцурьковская М. Я., 1979, и др.]. Были очерчены клинические границы злокачественной шизофрении и выделены наиболее характерные ее особенности. К ним относятся (данные Наджаров Р. А.): 1) раннее начало болезни (в детском, подростковом и юношеском возрасте); 2) начало с негативных симптомов, предшествующих появлению пози-

тивной симптоматики; 3) быстрота течения болезни по направлению к конечному состоянию с момента ее манифестации; 4) полиморфизм продуктивной симптоматики при отсутствии ее систематизации и синдромальной завершенности; 5) высокая резистентность к терапии; 6) тяжесть конечных состояний.

При изучении динамики злокачественной шизофрении у доживших до старческого возраста больных представилась возможность рассмотреть следующие вопросы: клинические особенности отдаленных этапов течения, истинная глубина деструктивных изменений и возрастной аспект злокачественной шизофрении, т. е. возможность ее развития за пределами юношеского возраста. Возрастной аспект злокачественной шизофрении до сих пор фактически не изучался.

Нами обследовались достигшие старческого возраста больные со злокачественным течением процесса, находившиеся в загородных психиатрических больницах и психоневрологических интернатах. Такой специальный отбор больных в указанных учреждениях представлялся нам наиболее целесообразным, поскольку, согласно эпидемиологическим данным, среди больных старческого возраста, учтенных диспансерами, процент больных со злокачественной шизофренией очень мал (0,2, по данным М. Г. Щириной, 1975, и 2,6, по данным Е. К. Молчановой, 1975). В стационарах городских больниц эти больные практически не встречаются.

Контингент изученных нами лиц составили лишь больные стационаров, однако это была основная масса доживающих до старости больных со злокачественной шизофренией. Следовательно, изученная нами выборка больных может считаться в достаточной мере репрезентативной¹.

Всего было обследовано 112 больных. Однако только на 84 человека имелись медицинские архивные сведения (в основном истории болезни), что позволило восстановить клиническую картину болезни в целом достаточно полно и провести детальный анализ.

Из 84 больных мужчин было 31, женщин — 53, т. е. соотношение между ними равнялось 1:1,7. Такое распределение больных по полу значительно отличалось от соответствующих данных, полученных при эпидемиологическом изучении злокачественной шизофрении у лиц более молодого возраста

¹ Оказалось, что среди больных старческого возраста, страдающих шизофренией и находящихся в загородных психиатрических больницах, такие больные составляют около 25%, а среди помещенных в дома-интернаты — около 9%.

(в среднем до 34 лет), проведенном Т. К. Моисесенко (1974). По данным этого автора, мужчины составили более $\frac{2}{3}$, а женщины менее $\frac{1}{3}$ всех больных. Соотношение между числом мужчин и женщин в изученной нами группе больных заметно отличалось от такового при распределении по полу во всей популяции больных шизофренией в возрасте 60 лет и старше 1 : 3, по данным Е. К. Молчановой.

Распределение больных по полу позволило высказать лишь предположение о том, что оно связано, с одной стороны, с более высокой заболеваемостью мужчин наиболее тяжелыми формами шизофрении, а с другой, отличается от молодых больных со злокачественно протекающей шизофренией включением более поздно заболевших, среди которых, как показано в табл. 9, преобладали женщины. Заболевание изучено у 64 больных. В момент обследования 76,2% больных были в возрасте 60—69 лет, а 23,8% достигли 70—79 лет.

Таблица 9

Возраст больных (в процентах) к моменту появления инициальных расстройств

Пол	Возраст больных к моменту появления инициальных расстройств, годы								всего
	до 19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	
Мужчины	36,0	28,0	8,0	12,0	8,0	—	4,0	4,0	100,0
Женщины	30,8	10,3	17,9	10,3	10,3	2,5	12,8	5,1	100,0
Итого . . .	32,8	17,1	14,1	10,9	9,4	1,6	9,4	4,7	100,0

Длительность заболевания у 68,8% больных составила 30—69 лет.

Данные о возрасте начала болезни (появление инициальных признаков) и возрасте ее манифестации (возникновение развернутого злокачественного психоза) представлены в табл. 10 (заболевание изучено у 84 больных).

Для сравнения приведем соответствующие данные эпидемиологического исследования (Жариков Н. М.), в котором возраст появления инициальных и манифестных признаков болезни не был уточнен, а приводились лишь данные о «начале болезни»: до 19 лет — 70,5%, до 24 лет — 15,8%, до 29 лет — 10,5%, до 34 лет — 1,1%, до 39 лет — 2,1%.

Сравнение наших данных с данными эпидемиологического исследования указывает на важную особенность изученной вы-

Возраст больных (в процентах) к началу манифестного психоза

Пол	Возраст больных к началу манифестного психоза, годы								
	до 19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	всего
Мужчины	—	22,6	29,0	29,0	13,0	—	3,2	3,2	100,0
Женщины	3,8	9,4	15,1	24,5	15,1	13,2	13,2	5,7	100,0
Итого . . .	2,4	14,3	20,2	26,2	14,3	8,3	9,5	4,8	100,0

борки больных со злокачественной шизофренией: в ней было представлено относительно много более поздно начинающихся и в особенности более поздно манифестирующих случаев. Последнее связано, по-видимому, с тем, что значительная часть рано заболевших лиц не дожила до старческого возраста, поскольку это должны были бы быть больные, заболевшие в военные и предвоенные годы, когда смертность при злокачественной шизофрении была очень высокой [Моисеенко Т. К., 1974; Leonhard K., 1960]. Не исключена также возможность, что при эпидемиологических исследованиях шизофрения у определенной части больных, у которых злокачественный характер процесса обнаруживался лишь на более поздних этапах болезни, могла быть причислена к менее прогрессивным формам. Из числа всех доживших до старости больных злокачественной шизофренией 49,9% заболели в возрасте до 24 лет.

Таким образом, заболевание у большинства наших больных не могло быть отнесено к классическим случаям злокачественной шизофрении, начинающимся и манифестирующим в юношеском возрасте. Однако и при более позднем начале заболевания проявлялись основные черты злокачественного течения: быстрота распада личности после манифестации психоза, его глубина и стойкость. Клинические отличия этих случаев от юношеских форм выступали лишь на ранних этапах заболевания, но в последующем сглаживались, а процесс развивался по тем же закономерностям, как и при юношеской злокачественной шизофрении.

Изучение развития процесса с момента его манифестации показало, что, несмотря на «катастрофичность» наступающего распада личности, признаки процессуального течения обнару-

живались долгие годы, и даже в старости у большинства больных нельзя было с полной уверенностью судить о его окончании. Этот факт согласуется с опытом изучения злокачественной шизофрении в условиях ее психофармакологического лечения [Фаворина В. Н., 1965; Вартамян Ф. Е., 1968; Наджаров Р. А., 1972, и др.]. Значимость полученных при этом данных состоит в том, что они опровергают сложившиеся представления о быстром завершении психического распада при злокачественном течении шизофрении и наступлении «пост-процессуальной фазы» [Berze J., 1914; Mauz F., 1930], являющейся истинным конечным состоянием с грубым, почти лишенным динамики дефектом.

Наши данные показали не только длительность процессуального движения злокачественного шизофренического процесса, но и неодинаковую степень и характер активности процесса на различных отрезках его многолетнего течения. При этом оказалось возможным уточнить не только пределы прогрессивного развития процесса, но и установить клинические особенности его обратного развития.

Для выяснения этих аспектов клинки злокачественной шизофрении изучалась прежде всего динамика заболевания на поздних этапах течения, т. е. в стадии стабилизации и последующей редукции болезненных расстройств.

Злокачественный характер инициальной стадии болезни не всегда обнаруживается сразу и достаточно явно. Как показали наши наблюдения, эта стадия может заметно варьировать по своим психопатологическим особенностям и продолжительности.

Отчетливо злокачественный характер процесса раскрывается в стадии активного течения. Продолжительность этой стадии, по нашим данным, оказалась наименьшей по сравнению с менее прогрессивными формами шизофрении (3—4 года) и не зависела от возраста, в котором заболевание начиналось. Сопоставление симптоматологических особенностей активной стадии заболевания и последующей за ней стадии стабилизации процесса показало, что в активной стадии реализуется в основном весь объем продуктивных психопатологических расстройств, заложенных в каждом индивидуальном случае заболевания. Появляющиеся относительно мало меняющиеся в дальнейшем однообразные клинические симптомы, характеризующиеся преобладанием негативных нарушений (бездеятельность, вялость, эмоциональная тупость, неряшливость, неопрятность, глубокий аутизм) в сочетании с фрагментарными

позитивными расстройством, различными галлюцинаторно-бредовыми, кататоно-галлюцинаторно-бредовыми, кататоническими и кататоно-гебефреническими симптомами. Эти клинические признаки почти не менялись на протяжении 20—25 лет и по существу представляли собой те конечные состояния шизофрении, которые подробно описывались в литературе.

В этой стадии клинической картине болезни в целом была присуща особая инертность болезненных проявлений, однако явные признаки динамики процесса сохранялись. Они проявлялись не только в однообразных обострениях и изменениях степени интенсивности расстройств, но и в постепенном, хотя и малозаметном, утяжелении состояния больных. Из отдельных высказываний больных и из сопоставления особенностей психопатологических симптомов манифестного психоза и расстройств на стадии стабилизации процесса удавалось получить некоторые общие представления и о негативных психических изменениях, происходящих в стадии стабилизации заболевания: проявлялись и углублялись признаки задержки психического развития, столь свойственной больным с юношеской злокачественной шизофренией [Наджаров Р. А., 1972]. Происходил все возрастающий «разрыв» между застывшим уровнем развития психики больных, сложившимся к началу заболевания, и меняющимся внешним миром. Впечатления, исходящие из окружающего мира, крайне узко и искаженно отражались в сознании больных.

В ранее проводившихся исследованиях [Фаворина В. Н., 1965; Наджаров Р. А., 1972; Цуцуйковская М. Я., 1979, и др.] особенности клинической картины молодых больных со злокачественной шизофренией прослеживались лишь до стадии стабилизации процесса. Оставался открытым вопрос об истинном его исходе. Наблюдения за больными, дожившими до старости, позволили проследить дальнейшую динамику заболевания и полнее охарактеризовать завершающую стадию болезни.

В завершающей стадии заболевания злокачественный характер процесса проявлялся не только особыми психотическими расстройствами, но и грубым дефектом психики, выступающим на первый план при еще большем угасании процессуальной активности и редукции позитивных расстройств. Переход заболевания в эту стадию чаще всего был нечетко очерчен во времени и малозаметен. С ее наступлением стереотипные волнообразные обострения, свойственные стадии стабилизации, становились менее глубокими, менее продолжительными и более элементарными по своей структуре, а позитивные расстрой-

ства приобретали более фрагментарный и рудиментарный характер. Редукция психопатологических проявлений происходила в одних случаях относительно равномерно, затрагивая в одинаковой степени и галлюцинаторно-бредовые, и кататонно-гебефренные, и прочие симптомы, в других случаях психопатологические расстройства подвергались обратному развитию раньше.

Процесс редукции позитивных расстройств сказывался прежде всего на поведении больных. Как правило, обратному развитию подвергались симптомы регресса поведения (неопрятность, неряшливость и др.), больше не возникали вспышки кататонического и кататонно-гебефренного возбуждения, импульсивные действия, а в некоторых случаях полностью исчезали двигательная заторможенность и склонность к застыванию, не обнаруживалось также признаков негативизма. Уменьшалась манерность в движениях и мимике больных, в результате чего их поведение в значительной мере утрачивало черты причудливости. Такие речевые расстройства, как мутизм, кататоническая бессвязность, бормотание, шизофазия, сохранялись дольше и медленнее подвергались обратному развитию. На основании бессвязных высказываний больных, содержание которых с течением времени значительно изменялось (от фантастически-бредовых до лишенных бредового содержания воспоминаний о прошлом или «пустых» рассуждений), можно было установить и значительную редукцию бредовых расстройств.

Наиболее стойкими были вербальные галлюцинации, хотя их содержание также значительно упрощалось и часто становилось нейтральным. Однако в ряде случаев они подвергались обратному развитию, поскольку ни в поведении больных, ни в их высказываниях не обнаруживались признаки, которые свидетельствовали бы об их наличии. По мере редукции позитивных расстройств на этом завершающем этапе болезни поведение больных становилось более упорядоченным. Больные были более покорными, могли в известной мере обслуживать себя; в некоторых случаях их удавалось привлечь к несложному труду при условии постоянного побуждения извне. В этот период отчетливо выступали размер и структура личностных изменений, которые в предшествующих стадиях заболевания оставались в значительной степени скрытыми психотическими расстройствами. Больные были крайне пассивными и в целом довольно беспомощными. Обнаруживалось глубокое оскудение психики с отсутствием каких-либо интересов (исключая самые элементарные физиологические потребности), резким

снижением уровня побуждений и эмоциональной тупостью. У многих больных были заметны черты инфантилизма и пуэрильности в поведении, преобладало беспечно-благодущное настроение. Содержание переживаний больных исчерпывалось в основном обрывками воспоминаний из далекого прошлого (до начала болезни), а также отдельными, быстро проходящими впечатлениями от окружающей обстановки; многое из происходящего вокруг больные воспринимали и оценивали лишь только в плане прошлого опыта. Довольно часто они утверждали, например, что находятся на работе или в санатории, куда их эвакуировали во время войны, и так далее. Многие уверяли, что их родители живы и находятся где-то рядом.

Таким образом, в стадии редукции психотических проявлений злокачественно протекающей шизофрении отчетливее проявляются признаки глубокого, необратимого распада психики больных (апатическое слабоумие). На этом этапе состояние больных максимально приближается к истинно исходному и значительно отличается от психотических конечных состояний, наблюдающихся в стадии стабилизации процесса.

Апатическое слабоумие в исходной стадии болезни оказывалось тем более глубоким, чем выраженнее были негативные признаки процесса в предшествующих стадиях его течения. Но у ряда больных такого соответствия не обнаруживалось. По-видимому, между этими двумя клиническими показателями течения шизофрении четкой связи не существует.

Итак, при злокачественно текущей шизофрении, как и при менее прогрессивных ее формах, поступательная активность процесса ограничена во времени. В ходе развития заболевания происходят стабилизация, а затем и угасание продуктивно-психотических процессуальных проявлений. Отличительной чертой злокачественного течения, которая с особой полнотой раскрывается при рассмотрении течения болезни на протяжении многих десятилетий, является наличие при ней выраженной тенденции к деструкции психической деятельности. Угасание активности злокачественного психоза не может рассматриваться как признак собственно регрессивного течения. Резидуальный необратимый дефект [Janzarik W., 1959] оказывается особенно глубоким и достигает степени явного слабоумия — «ослабумливающий процесс», по определению Крепелина [Kraepelin E., 1913].

Наши наблюдения за состарившимися больными со злокачественной шизофренией позволили выяснить и уточнить некоторые малоизученные вопросы, относящиеся к возрастному

аспекту заболевания: вопрос о верхней границе возможного начала и вопрос о клинических особенностях злокачественных процессов, начинающихся и манифестирующих позднее юношеского возраста.

Как показали наши исследования (см. табл. 10 и 11), злокачественная шизофрения начиналась и манифестировала в широком возрастном диапазоне. Раннее начало и манифестация процесса наблюдались в юношеском возрасте и даже в инволюционном периоде. Самое позднее начало и самая поздняя манифестация заболевания отмечались в возрасте 51 года и 54 лет соответственно.

В работах ряда авторов, изучавших так называемую старческую шизофрению [Молчанова Е. К., 1976; Штернберг Э. Я., 1977; Lechler H., 1950; Janzarik W., 1959], также нет сведений о нозологически бесспорных случаях злокачественной шизофрении, начинающейся в старости. Поэтому можно предположить, что инволюционный период скорее всего и является верхней границей возможного начала и манифестации шизофрении со злокачественным течением. Вопрос о возможной принадлежности к злокачественно протекающей шизофрении шизофренных психозов старческого возраста, переходящих со временем в состояние органического слабоумия [Штернберг Э. Я., Meggendorfer F., 1926, и др.], здесь не рассматривается.

Различия в возрасте к началу заболевания наблюдались лишь в клинической картине инициальной стадии и стадии активного течения процесса. По мере перехода заболевания в стадию стабилизации процесса (формирование психотических конечных состояний) отличия в клинических проявлениях, обусловленные различным возрастом больных к началу заболевания, становились менее заметными и практически сглаживались с наступлением завершающей исходной стадии болезни.

Для изучения особенностей клинических проявлений злокачественно протекающей шизофрении, связанных с возрастом больных к началу заболевания, были выделены три группы больных с различным началом заболевания: до 24 лет, в 25—39 лет и в возрасте 40—50 лет.

Клинические отличия между этими возрастными группами проявлялись в патопластической окраске психопатологических расстройств, в «предпочтительности» тех или иных развивающихся психопатологических синдромов, а также в особенностях динамики негативных и позитивных симптомов. Естественно, что в одних случаях влияние возрастного фактора обнаруживалось более полно, в других — более ограниченно или не столь отчетливо.

При начале заболевания в пубертатном или юношеском возрасте наблюдались те характерные особенности, которые

многократно были описаны в литературе [Наджаров Р. А., 1972; Цуцельковская М. Я., 1979, и др.]: относительно растянутый инициальный период с постепенным нарастанием негативных при бедности, рудиментарности позитивных симптомов, пубертатная окраска психопатологических расстройств, развитие конечных (психотических) состояний с преобладанием кататоно-гебефренических расстройств.

Однако лишь у небольшой части доживших до старости больных с юношеской шизофренией заболевание протекало совершенно типично, характеризовалось не только ранним началом, но и сравнительно быстрой манифестацией психоза (до 24 лет) и довольно ранним формированием психотических конечных состояний.

У большинства доживших до старости больных, у которых начальные проявления процесса также уже отмечались в детском или юношеском возрасте, развитие заболевания было иным. Ретроспективный анализ показал, что в детстве или юности больных уже нарастали глубокие шизоидные изменения и признаки «изъяна» личности, наблюдались значительные трудности адаптации в учебе и работе, возникали отдельные рудиментарные продуктивные расстройства. Этот инициальный этап оказался чрезвычайно растянутым во времени, а манифестный психоз, так же как и последующее за ним быстрое развитие психотического конечного состояния, возникали лишь в среднем возрасте (после 30 лет) или в начале позднего возраста больных. Эти наблюдения показывают, что переход такого длительного этапа течения в манифестный психоз и дальнейшее злокачественное течение заболевания возможны вплоть до инволюционного возраста.

Если заболевание начиналось в юношеском возрасте, а манифестный психоз развивался лишь в инволюционном периоде, клинические проявления психоза не имели, как правило, «инволюционной окраски». Могли возникать картины, свойственные юношескому возрасту, в частности кататоно-гебефренические.

Более выраженные отклонения в клинических проявлениях инициальной и манифестной стадий болезни (по сравнению с классической юношеской шизофренией) возникали при начале болезни в возрасте 25—39 лет.

В этих случаях инициальный период был, как правило, непродолжительным (1,5—2 года), при этом не наблюдалось более раннего развития негативных расстройств, чем позитивных. Манифестные психозы чаще протекали с преобладанием

галлюцинаторно-бредовых расстройств и в начале своего развития нередко напоминали клиническую картину начальной стадии непрерывно текущей параноидной шизофрении, развивающейся в среднем возрасте. Однако уже через 1—2 мес, иногда после ослабления первоначальной остроты психотических проявлений и при новом их обострении клиническая картина психоза приобретала явно злокачественный характер. Распадалась казавшаяся монолитной структура психоза, присоединялись фрагментарные кататонические симптомы, резко усиливался негативизм, появлялись признаки регресса поведения. И с этого времени психоз все более утрачивал возрастную окраску.

При начале шизофрении со злокачественным течением в более позднем возрасте наблюдались еще более выраженные проявления начального периода болезни.

В отличие от менее прогрессивных форм шизофрении (параноидной, приступообразной), при которых характерные «инволюционные» клинические симптомы появлялись лишь при возникновении заболевания ближе к 50-летнему возрасту и старше [Штернберг Э. Я. и др., 1979], при злокачественных процессах эти признаки также отчетливо обнаруживались уже в возрасте 40 лет.

Инициальный период в этих случаях также был непродолжительным и в среднем не превышал 1—2 лет. В этой стадии, как правило, не обнаруживались негативные симптомы в виде снижения психической активности и продуктивности, которые характерны для начального этапа болезни в более молодом и особенно в юношеском возрасте. Отмечались лишь нерезкие признаки нарастания аутизма и астенизации. В этот период возникали эпизоды тревожного настроения, отдельные мелкомасштабные бредовые идеи преследования, ущерба, ревности или идеи ипохондрического содержания. Заметных нарушений в поведении больных и их социальной адаптации не наблюдалось. Начало заболевания в этих случаях, таким образом, мало отличалось от инициальных проявлений различных эндогенных и других психозов, дебютирующих в инволюционном периоде.

Развитию манифестного психоза более чем в $\frac{2}{3}$ случаев предшествовали легкие соматические заболевания или часто встречающиеся в позднем возрасте психогенные факторы: перемена ситуации в семье, на работе и др. В начале своего развития манифестный психоз у большинства больных имел отчетливую возрастную (инволюционную) окраску и по клиническим симптомам был похож на инволюционный психоз.

Фабула бреда, однако, редко исчерпывалась возрастной тематикой. Возникали также и отрывочные идеи воздействия, преследования с целью убийства и др. Аффект был изменчив: то преобладала тревога, то злобная напряженность. Несмотря на выраженную инволюционную окраску в начале развития манифестного психоза, его принадлежность к шизофрении достаточно быстро становилась очевидной вследствие расширения бредовых тем, присоединения слуховых галлюцинаций и кататонических симптомов, но злокачественный характер процесса отчетливо еще не выявлялся. Только по мере дальнейшего развития болезни (в среднем через 4—6 мес после начала манифестного психоза) эти нарушения усиливались, становились стереотипными, утрачивали связь со все более угасающими аффективными проявлениями. Одновременно обнаруживались признаки регресса поведения и в клинической картине психоза появлялись явные черты злокачественного течения, а вместе с этим возрастные особенности заболевания начинали утрачиваться.

Стойкие кататонические расстройства развивались у всех больных с поздней злокачественной шизофренией, а у некоторых в дальнейшем они преобладали. В отличие от злокачественных шизофренических психозов юношеского и среднего возраста кататонические расстройства имели в основном парциальный характер, проявлялись преимущественно в речевой сфере, чаще всего в виде мутизма. В меньшей степени они затрагивали общую психомоторику больных, в которой отмечались лишь отдельные паракинезы, гримасничанье и т. д.

Таким образом, клиническая картина начальных стадий поздно начинающейся шизофрении со злокачественным течением отличалась от типичных случаев юношеской злокачественной шизофрении не только наличием возрастной инволюционной окраски расстройств, но и тем, что при ней формирование выраженных негативных изменений и глубокого дефекта появлялось не в инициальной стадии, а на последующих этапах течения болезни.

Рано начавшаяся, но продолжающаяся в позднем возрасте злокачественная шизофрения имеет свои особенности течения.

То «активирующее или обостряющее» влияние инволюционного периода и, наоборот, смягчающее воздействие старости на шизофренический процесс, которые обнаруживаются при менее прогрессивных формах заболевания [Штернберг Э. Я., 1979], при злокачественной шизофрении чаще всего не наблю-

даются. В большинстве случаев не наблюдается и заметного патопластического влияния инволюционного периода и старости на психопатологическую симптоматику сложившейся ранее картины злокачественного психоза.

В старости клиническая картина исходной стадии болезни, проявляющаяся апатическим слабоумием, становится более выраженной, наблюдаются отдельные признаки старческого маразма, явления «сдвига в прошлое», заметные мнестические нарушения. Весьма вероятно, что по аналогии с характеристикой развивающегося при детской злокачественной шизофрении глубокого дефекта как олигофреноподобного в таких случаях можно было бы говорить о сенильноподобном типе шизофренического дефекта, наблюдающегося у состарившихся больных со злокачественной шизофренией. Но этот вопрос требует специального изучения.

Необходимо подчеркнуть, что не выявляется убедительных отличий ни в степени выраженности, ни в клинико-психопатологических особенностях слабоумия, коррелирующих с возрастом начала болезни. Это означает, что в старости, на стадии исхода заболевания, клинические отличия между злокачественными процессами, начинающимися в различные возрастные периоды, практически сглаживаются. Это значит, что в некоторых случаях поздней шизофрении возможно развитие таких же тяжелых исходных состояний, какие наблюдаются при начале процесса в более молодом возрасте.

В целом описанные клинико-возрастные особенности злокачественных шизофренических процессов подтверждают положение о том, что влияние возрастного фактора на клиническую картину шизофрении зависит как от степени прогрессивности, так и от стадии болезни [Штернберг Э. Я., 1979]. Наблюдения за больными с продолжающейся до старости злокачественно текущей шизофренией показывают, что не только процессы инволюции или старения влияют на клиническую картину заболевания, но и само заболевание влияет на процессы психического старения, усиливая и ускоряя его. Об этом говорит, во-первых, то, что при злокачественном течении болезни (в отличие от мало- и среднепрогрессивных форм психозов) инволюционная окраска психопатологических переживаний появляется при возникновении процесса в более раннем возрасте (уже в 40—44 года). Во-вторых, в старости у таких больных нередко происходит сенильноподобное видоизменение картины исходного апатического слабоумия. Можно, следовательно, говорить о сложной взаимосвязи между процес-

сами инволюции и старения, с одной стороны, и степенью прогрессивности (злокачественностью) самого болезненного процесса — с другой.

**НЕПРЕРЫВНО ТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ СО СРЕДНЕЙ СТЕПЕНЬЮ
ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ (ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ)**

Непрерывно текущей параноидной шизофренией страдали 137 из 1063 больных, изученных нами катamnестически. Распределение больных по полу (33 мужчин и 104 женщины) почти не отличалось от такового в общей популяции больных шизофренией в возрасте 60 лет и старше (1 : 3).

Почти $\frac{2}{3}$ больных (65,7%) были в период обследования в возрасте 60—69 лет, 29,9% — в возрасте 70—79 лет и только 4,4% — в возрасте 80 лет и старше. Больных параноидной шизофренией, доживающих до глубокой старости (80 лет и больше), оказалось меньше, чем при малопрогрессивных и параноидальных формах непрерывно текущей шизофрении (в группе со злокачественным течением процесса таких больных не было). Как и во всех группах больных, длительность заболевания, а следовательно, и сроков катamnестических наблюдений была весьма значительна: у 75,9% больных свыше 30 лет, в том числе у 25,5% 40 лет и больше.

У 70,8% больных начало заболевания наблюдалось в среднем возрасте (30 лет — 44 года), в котором, по данным большинства авторов, обычно развиваются непрерывно текущая параноидная шизофрения и соответствующие ей хронические галлюцинаторно-параноидные психозы. По эпидемиологическим данным [Жариков Н. М., 1972], 56% людей заболевают в возрасте 25—44 лет.

Среди наших больных число лиц с началом заболевания до 19 лет было более низким (1,5%), чем в общей популяции больных шизофренией (11,9%, по Н. М. Жарикову). Это объясняется, по-видимому, тем, что из больных юношеской непрерывной параноидной шизофренией, протекающей нередко с большей прогрессивностью [Наджаров Р. А., Цуцуквакская М. Я., 1979, и др.], дожили до старости лишь немногие больные в связи с более высокой их смертностью в военные и первые послевоенные годы. В изученной Д. В. Двориним диспансерной популяции больных параноидной шизофренией, достигших старческого возраста, не оказалось ни одного больного, заболевшего в возрасте до 19 лет.

Прежде чем перейти к рассмотрению динамики непрерывно текущей параноидной шизофрении от ее начальных проявлений до момента катamnестического обследования в старости, необходимо подчеркнуть, что у всех лиц и в старости сохранялись достаточно выраженные позитивные психопатологические расстройства и обнаруживались шизофренические изменения личности, истинную глубину которых в большинстве случаев установить не удавалось из-за наличия выраженных психотических проявлений. У 89,1% больных психотические расстройства уже в течение длительного времени (преимуще-

ственно 10—40 лет) не усложнялись и не расширялись, а оставались либо на одном уровне, либо даже редуцировались. Понять и определить характер наблюдавшихся в старости состояний можно было лишь на основании анализа особенностей течения болезни в целом.

Изучение закономерностей развития заболевания показало, что и при этой форме также можно выделить три основные стадии течения болезни: инициальную, стадию активного (прогредиентного) течения процесса и стадию стабилизации психических расстройств с последующей их редукцией.

Наши наблюдения подтвердили общепринятое положение о том, что для непрерывно протекающей параноидной шизофрении характерно преимущественно постепенное начало заболевания, а психопатологические проявления, определяющие инициальную стадию процесса, относятся к числу наиболее легких расстройств: неврозоподобных, психопатоподобных, паранойяльных.

Стадия активного течения процесса, начало которой совпадало с манифестными проявлениями психоза, при типичном, последовательном развитии непрерывной параноидной шизофрении характеризовалась расширением содержания существующего бреда, присоединением бреда воздействия, галлюцинаций, синдрома психического автоматизма, а иногда и присоединением кататонических расстройств. Эта стадия объединяла по существу два дальнейших этапа непрерывной параноидной шизофрении: галлюцинаторно-параноидный и парфренный (если болезнь прогрессировала).

Для активной стадии болезни, как известно, характерны выраженные изменения интенсивности болезненных расстройств, т. е. чередование периодов отчетливых обострений симптоматики с периодами некоторого ее ослабления.

В периоды обострений происходило расширение фабулы бывшего ранее бреда, усиливались галлюцинаторные расстройства, становившиеся нередко неотступными, не прекращающимися в течение суток; возникали преходящие в дальнейшем кататонические симптомы. У больных нарастали напряженность, злобность, недоступность. Такие обострения психоза у женщин совпадали нередко с предменструальным или менструальным периодом, однако чаще всего не удавалось проследить связи возникшего обострения с какими-либо дополнительными причинами. Обострения психоза возникали, как правило, и при развитии следующего этапа заболевания. При этом отмечалось не только усиление имеющихся расстройств,

но и возникновение новых симптомов, из которых одни довольно скоро исчезали (явления растерянности, бредовые восприятия, элементы бреда значения и инсценировки, тревожно-депрессивный эффект или эффект страха с чувством надвигающейся опасности), а другие (бред воздействия, психические автоматизмы, галлюцинации или фантастические бредовые идеи) по миновании обострения менялись и определяли клиническую картину последующего этапа заболевания.

Периоды ослабления болезненных проявлений наступали как под влиянием терапии, так и спонтанно; клинически они проявлялись главным образом в уменьшении интенсивности имеющихся галлюцинарно-бредовых и кататонических расстройств, речевых нарушений, в ослаблении аффективной напряженности, а также в некотором упорядочении поведения.

Проведенное исследование подтвердило известное ранее положение о том, что существует два основных клинических варианта непрерывной параноидной шизофрении, различающихся преобладанием в активной стадии болезни либо бредовых, либо галлюцинаторных расстройств. Однако изучение больных с большей давностью заболевания показало, что в ряде случаев такое различие в клинической картине выступает отчетливо лишь в начале активной, манифестной стадии болезни. На более поздних этапах при развитии парафренических состояний у ряда больных наряду с систематизированным бредом обнаруживались массивные псевдогаллюцинаторные расстройства и другие проявления синдрома психического автоматизма. Отнесение этих случаев к одному из основных клинических вариантов параноидной шизофрении представляло значительные трудности. В целом заболевание у таких больных характеризовалось умеренной прогрессивностью течения. Сомнений в установленном диагнозе не возникало.

Длительность активной стадии болезни (со времени развития манифестного психоза до наступления стадии стабилизации процесса) у больных с непрерывно текущей параноидной шизофренией представлена в табл. 11.

Из данных табл. 11 видно, что в преобладающем большинстве случаев длительность активной стадии болезни составляет 10—29 лет, но примерно в половине случаев активная стадия продолжается от 10 до 19 лет.

Активная стадия процесса при непрерывно текущей параноидной шизофрении является, таким образом, более продолжительной, чем при злокачественных формах, при которых

Длительность активной стадии болезни при непрерывно протекающей параноидной шизофрении

Пол		Длительность активной стадии болезни, годы						
		до 4	5—9	10—19	20—29	30—39	40—49	всего
Мужчины	абс. число	3	8	10	6	3	—	30
	%	10,0	26,7	33,3	20,0	10,0	—	100,0
Женщины	абс. число	5	12	50	22	2	1	92
	%	5,4	14,1	54,3	23,9	2,2	1,1	100,0
Итого...	абс. число	8	20	60	28	5	1	122
	%	6,6	16,4	49,2	23,9	4,0	0,8	100,0

средняя длительность активной стадии заболевания составляет 3—4 года. Приведенные данные о продолжительности активной стадии болезни являются, естественно, приблизительными, так как переход от активной стадии процесса к стадии его стабилизации совершался постепенно. Об ослаблении активности болезненного процесса свидетельствовало прежде всего установление однообразных, мало меняющихся состояний, при которых симптоматика, достигнув определенного уровня развития, больше не усложнялась. Состояния больных характеризовались в этих случаях либо галлюцинаторно-бредовыми, либо сложными галлюцинаторно-парафрено-конфабуляторными синдромами с отдельными кататоническими симптомами или без них. Другим признаком наступающей стадии стабилизации процесса было то, что болезненные расстройства в значительной степени начинали терять свою актуальность для больного, наступало успокоение больных, а в некоторых случаях улучшалась и их социальная адаптация. Обострения болезни с усилением интенсивности болезненных проявлений, свойственные активной стадии течения болезни, возникали теперь значительно реже, были менее отчетливыми, менее продолжительными и не требовали длительного терапевтического вмешательства. Такие признаки стабилизации процесса на отда-

ленных этапах течения болезни обнаруживались у больных независимо от того или другого клинического варианта непрерывно текущей параноидной шизофрении (преобладание галлюцинаторных или бредовых расстройств).

Однако динамика непрерывной параноидной шизофрении в этом периоде ее течения у больных старческого возраста не ограничивалась описанными признаками стабилизации процесса. У большинства больных (87 из 122, т. е. 71,3%) психопатологические расстройства существенно изменялись — наступала постепенная их редукция.

Возраст больных ко времени наступления стадии стабилизации процесса и возраст больных к началу редукции расстройств показан в табл. 12 и 13. Из представленных данных видно, что в большинстве наблюдений (82,8%) стадия стабилизации процесса наступала в возрасте 45 лет и старше, т. е. ее наступление совпадало с началом позднего возраста больных — периодом инволюции и старостью. Редукция психопатологических проявлений чаще всего (75,9% наблюдений) начиналась в старости, после 60 лет. В связи с этим в клинической картине болезни на отдаленных этапах ее течения «переплетались» видоизменения симптоматики, обусловленные процессами стабилизации и редукции расстройств, с одной стороны, и проявлениями патопластического влияния возрастного фактора — с другой.

Таблица 12

Возраст больных ко времени наступления стабилизации процесса

Пол		Возраст больных, годы						всего
		30—39	40—44	45—49	50—59	60—69	70—79	
Мужчины	абс. число	3	3	5	9	10	—	30
	%	10,0	10,0	16,7	30,0	33,3	—	100,0
Женщины	абс. число	4	11	17	19	39	2	92
	%	4,3	12,0	18,4	20,7	42,4	2,2	100,0
Итого . . .	абс. число	7	14	22	28	49	2	122
	%	5,7	11,5	18,0	23,0	40,2	1,6	100,0

Возраст больных к началу редукции расстройств

Пол		Возраст больных, годы					всего
		40—44	45—49	50—59	60—69	70—79	
Мужчины	абс. число	1	2	3	10	1	17
	%	5,9	11,8	17,6	58,8	5,9	100,0
Женщины	абс. число	3	3	9	43	12	70
	%	4,3	4,3	12,9	61,4	17,1	100,0
Итого . . .	абс. число	4	5	12	53	13	87
	%	4,6	5,7	13,8	60,9	15,0	100,0

Клинико-психопатологический анализ показал, что в стадии стабилизации процесса с последующей редукцией болезненных проявлений отмечались определенные закономерности в динамике психопатологических расстройств (наблюдения Д. В. Дворина). Ослабление продуктивной бредовой работы наблюдалось при стабилизации процесса на галлюцинаторно-бредовом этапе, когда состояние больных определялось более или менее систематизированным бредом с явлениями психического автоматизма, различного рода галлюцинациями (истинные вербальные, псевдогаллюцинации, обонятельные, вкусовые), галлюцинаторными расстройствами, а бредовые расстройства в этот период имели характер галлюцинаторной информации. Бредовые идеи дальше не разрабатывались и не распространялись на новых лиц. Не возникало и новых бредовых построений, а сложившиеся ранее приобретали более инертный и однообразный характер. Наступало такое видоизменение бреда, которое W. Janzarik (1959) назвал превращением актуальных, непосредственно затрагивающих личность больного бредовых построений в систему бредовых убеждений и взглядов. Одновременно с уменьшением активной бредовой работы происходило не только количественное уменьшение бредовых построений, но постепенно утрачивались «таинственность» бреда [Молчанова Е. К., 1978; Н. Rümke, 1958] и его символический характер. При длительной стабилизации психоза на галлюцинаторно-бредовом этапе болезни в старости систематизация бреда ослабевала: бред становился фрагментарным и его содержание нередко относилось к прошлому.

Начиная преобладать и тенденция к сужению бреда. В клинической картине большее место занимали конкретные, обыденные бредовые идеи интерпретативного характера (бредовые идеи материального и морального ущерба, ревности, отравления, бытовых притеснений, мелкого вредительства), направленные на лиц ближайшего окружения больного (соседи, родственники). По своим особенностям бредовой синдром приближался в таких случаях к редуцированным параноидам малого размаха, впервые возникающим в позднем возрасте. Эти наблюдения показывают, что видоизменения бредовой симптоматики, наступающие у состарившихся больных в стадии стабилизации болезненного процесса, находятся одновременно и под патопластическим влиянием возрастного фактора.

Аналогичные изменения бредового синдрома наблюдались и при стабилизации процесса на уровне парафренических расстройств. Сначала прекращалось дальнейшее развитие фантастических бредовых идей и идей величия. Однако количественного уменьшения продуктивных расстройств, т. е. обеднения парафренического синдрома, при этом не происходило. Можно было говорить о видоизменении структуры синдрома, о начинающемся распаде его монолитности, нарастающей бессвязности бредовых построений, противоречивости бредовых идей и распаде системы бреда, если таковая существовала раньше. В связи с этим состояние больных казалось более полиморфным, а все психопатологические расстройства становились фрагментарными.

Фантастические бредовые идеи и идеи величия не только не развивались дальше, но утрачивали прежнее значение. Они высказывались больными в виде отдельных, не связанных между собой фрагментов и то лишь при расспросах, а не спонтанно. Ранее существовавшие на парафреническом этапе довольно четкие колебания аффекта становились теперь стертыми, а нередко преобладало монотонное, несколько повышенное настроение с небольшим идеаторным возбуждением, но не сопровождающееся двигательной активностью. В дальнейшем происходила явная редукция психопатологических проявлений. Не выявлялись больше прежние бредовые идеи воздействия, фантастический бред утрачивал грандиозность и масштабность, а идеи величия становились менее актуальными для больного. Дольше всего сохранялись конфабуляторные высказывания, напоминающие фантазирование, однако и они постепенно утрачивали фантастическое содержание. Отдельные бредовые идеи величия или конфабуляции относились чаще

всего к прошлому и почти не отражались на поведении больных.

Характерной особенностью бредового синдрома при стабилизации болезненного процесса на парафреничном этапе было то, что наряду с сохраняющимися, хотя и фрагментарными, фантастическими бредовыми идеями и бредовыми идеями величия, значительное место в клинической картине болезни, так же как и при стабилизации процесса на галлюцинаторно-бредовом этапе, занимал интерпретативный бред мелкого преследования и ущерба конкретного содержания. Такое сосуществование фантастического парафреничного бреда с бредом обыденного содержания в позднем возрасте описывалось и раньше [Жислин С. Г., 1965; Жислина Е. С., 1966; Штернберг Э. Я., 1972, и др.].

Процесс постепенного видоизменения структуры бредового синдрома сопровождался, как правило, также и изменением отношения больных к бреду. Бредовые идеи теряли актуальность, инкапсулировались и в меньшей степени определяли поведение больных. Это в свою очередь способствовало возможности достаточно хорошего приспособления больных к окружающей обстановке в условиях длительного пребывания в больнице или дома. Бред как бы сосуществовал с реальностью [Амбрумова А. Г., Беляева К. Н., 1969; Rümke H., 1959, и др.].

В непосредственной связи с видоизменениями бреда, наступающими в стадии стабилизации процесса и редукции его психопатологических проявлений, происходила определенная динамика галлюцинаторных расстройств. При стабилизации процесса на галлюцинаторно-бредовом этапе заболевания менялось с течением времени соотношение между отдельными видами галлюцинаторных расстройств. Изолированное преобладание вербального галлюциноза, даже в рамках галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении, становилось реже. Значительное место начинали занимать такие обманы чувств, как обонятельные, вкусовые и общего чувства (висцеральные, температурные и др.), иногда трудно отличимые от иллюзий и бредовых интерпретаций. Происходило, таким образом, увеличение удельного веса чувственных расстройств, общей особенностью которых является их более периферическая локализация [Жислин С. Г., 1965; Лунинская И. Р., 1965; Штернберг Э. Я., 1977]. Значительные изменения происходили также в структуре вербального галлюциноза. Истинные слуховые галлюцинации, которые, как показали исследо-

вания С. Г. Жислина и Е. К. Молчановой, являются обычно более стойкими, начинали преобладать над псевдогаллюцинациями. В дальнейшем обнаруживались и постепенно нарастали также и признаки редукции истинных слуховых галлюцинаций. Больные реже слышали голоса, слуховые галлюцинации утрачивали постоянный характер, имели продолжительные интервалы, усиливались обычно в вечерние часы и полностью прекращались по ночам.

Другие признаки начинающейся редукции вербальных галлюцинаций заключались в том, что голоса становились более тихими, приобретали характер шепотной речи, отдаленной или совсем неразборчивой. Больные не могли при этом определить, чей голос они слышат, о чем он говорит, откуда доносится. Иногда слуховые галлюцинации сохранялись лишь в виде шумов (стук, топот, звон, шуршание), которые также трудно было дифференцировать от иллюзорных расстройств и бредовой интерпретации реально существующих звуков. В отдельных случаях слуховые галлюцинации становились функциональными, т. е. возникали только одновременно с появлением определенных реальных звуков и прекращались с их исчезновением. Содержание галлюцинации менялось обычно в соответствии с видоизменением фабулы бреда. В содержании слуховых галлюцинаций появлялись темы ущерба. Достаточно долго сохранялись комментирующие и императивные галлюцинации, но и их содержание становилось более конкретным, обыденным или нейтральным. Больные относились равнодушно к таким галлюцинациям. Однако даже в тех случаях, когда вербальные галлюцинации сохраняли угрожающий или бранящий характер, больные сообщали о них более спокойно, как о чем-то постороннем, говорили, что «привыкли к голосам», что они им теперь «не мешают». При этом нередко обнаруживалось двойственное отношение к галлюцинаторным расстройствам: осознавая их чуждость, называя «галлюцинациями», больные в то же время не считали галлюцинации проявлением болезни. Полное прекращение галлюцинаций трактовалось больными обычно по-бредовому. Если в клинической картине парафренного этапа преобладали галлюцинаторные и галлюцинаторно-конфабуляторные расстройства, то стабилизация процесса выражалась в первую очередь в уменьшении интенсивности вербальных галлюцинаций фантастического содержания, а затем и в изменении содержания галлюцинации. В нем сочеталась фабула, отражающая фрагменты когда-то пышно-го фантастического бреда (возвеличивающие голоса «из эфи-

ра» и т. д.), с конкретными и обыденными темами судьбы знакомых и родных, темой ущерба.

Довольно часто больные говорили о том, что слышат голоса старых знакомых, друзей детства, односельчан или давно умерших родственников. Таким образом, при длительной стабилизации шизофренического процесса в содержании галлюцинаторных и бредовых расстройств появлялась не только довольно конкретная и обыденная тематика, но и происходил своеобразный «сдвиг в прошлое».

Общая особенность состояний стабилизации на галлюцинаторно-парафреническом этапе, сопровождающаяся постепенной редукцией галлюцинаторных расстройств, состояла в том, что разграничение псевдогаллюцинаций и истинных галлюцинаций становилось трудным. Псевдогаллюцинации довольно часто утрачивали основной признак псевдогаллюцинаций (характер «сделанности», насильственности), т. е. даже «звучание в голове голоса» теряли чуждость и воспринимались больными как обычные, реальные. Постепенно стиралась граница между галлюцинаторными расстройствами и конфабуляциями, а высказывания больных при расспросах о галлюцинаторных переживаниях напоминали фантазирование.

При редукции галлюцинаторных расстройств нередко наблюдалась и такая их разновидность, при которой особую роль играло воображение (так называемые галлюцинации воображения). По просьбе или приказанию врача больные вступали в галлюцинаторный диалог, задавали вопросы и «слышали» ответы, которые они подробно передавали, поддаваясь определенному внушению.

Синдром психического автоматизма при стабилизации процесса также значительно изменялся, что частично уже было отмечено в работах И. Р. Личинской, Э. Я. Штернберга и других авторов.

При стабилизации психоза более отчетливо выступала динамика бреда воздействия и психических автоматизмов. В первую очередь отмечалась явная редукция идеаторных и двигательных автоматизмов, а сенсорные и сенестопатические начинали преобладать. Те идеаторные автоматизмы, которые в наибольшей степени сопровождаются отчуждением психической деятельности (влияние на мысли и др.), сохранялись на этой стадии заболевания в чистом виде лишь у некоторых больных, а симптом «открытости» приобретал особый, «опосредованный» характер. Мысли больных «узнавались», например, из их записей, по отдельным высказываниям или поступ-

кам — симптом «открытости» утрачивал по существу характер психического автоматизма и становился проявлением интерпретативного бреда. Такое же видоизменение претерпевали в дальнейшем и сенестопатические автоматизмы, возникающие в рамках бреда физического воздействия, исчезал их мучительный характер. Жалобы больных становились менее диффузными и более конкретными: на «сделанные» головные боли, головокружения, парестезии, т. е. сенестопатические автоматизмы тесно переплетались с интерпретацией реальных соматических ощущений, обусловленных часто реальными возрастными, в частности сосудистыми, изменениями. В дальнейшем эти ощущения чуждости личности становились по существу также компонентом интерпретативного бреда воздействия. В некоторых случаях бредовые идеи воздействия редуцировались полностью.

Возникавшие нередко на галлюцинаторно-бредовом этапе симптомы вторичной кататонии в виде непродолжительных субступорозных состояний, чередующихся с кататоническим возбуждением, или в виде парциальных проявлений (гримасничанье, манерность, стереотипные движения, кратковременные застывания, отдельные импульсивные действия) исчезали до наступления стадии стабилизации, обычно в возрасте 40—55 лет и лишь в единичных случаях в возрасте 60 лет. Редукция кататонических расстройств при непрерывной параноидной шизофрении не зависела от наступления стадии общей стабилизации процесса и не совпадала с определенными возрастными периодами. Это объясняется, по-видимому, тем, что кататонические расстройства возникают при умеренно прогрессивных формах шизофрении лишь в стадии наиболее активного течения процесса. Их появление свидетельствует об особой (временной) интенсивности наступательного развития болезни, а их исчезновение — о его некотором ослаблении.

Все видоизменения психопатологических расстройств, наблюдающиеся в стадии стабилизации процесса и редукции его клинических проявлений, сопровождалась и изменениями в поведении больных. Оно становилось более упорядоченным, уменьшалось, а затем исчезали напряженность и агрессивность. Сглаживались некоторые нарушения поведения, которые расценивались как признаки дефекта (глубокий аутизм, отрешенность от окружающего мира, невозможность себя обслуживать, выраженная эмоциональная измененность, отсутствие стремления к деятельности), а в действительности были обусловлены психотической симптоматикой. Это же касалось

и некоторых расстройств речи. Уменьшалась, как правило, бессвязность речи больных, неологизмы становились менее выраженными или исчезали полностью. Характерные для стадии активного течения болезни обострения симптоматики возникали значительно реже, были менее отчетливыми, быстро проходили и мало изменяли поведение больных. Больные, находившиеся дома или в интернатах, проявляли избирательную привязанность к определенным лицам, могли заниматься домашними делами или достаточно хорошо выполнять различные виды несложных работ, проявляя при этом заинтересованность и старание. Таким образом, социальная адаптация больных в целом улучшалась.

Интерес в этом отношении представляют данные Д. В. Дворина, полученные при клинико-эпидемиологическом обследовании популяции состоящих на диспансерном учете больных в возрасте 60 лет и старше с непрерывной параноидной шизофренией. В период обследования 56,7% больных проживали дома, причем более половины из них не поступали в больницу в течение 5—25 лет.

Даже при явной дезактуализации и значительной редукции психопатологических расстройств, при внешне правильном поведении, расширении контактов и известном стремлении к деятельности личностные черты, сложившиеся у больных на более ранних этапах заболевания, существенно не менялись. Психическая продуктивность больных не достигала прежнего уровня, контакты их были ограниченными, интересы узкими. Больные оставались эмоционально обедненными, аутистами, чудаками с особой дистой или режимом, со странным укладом жизни, не критичными к бывшим болезненным проявлениям. В речи нередко обнаруживались склонность к рассуждениям, соскальзывание, элементы монолога и разорванности, вычурное, необычное построение фраз или крайняя обстоятельность. Хотя больные спонтанно бредовых идей обычно не высказывали, их поведение в повседневной жизни свидетельствовало о сохранившихся бреде и галлюцинациях. Не проявляя особой бредовой активности, больные продолжали упорно применять избранные ими ранее различные меры защиты против преследования и воздействия, оставались несколько подозрительными и настороженными.

Как уже отмечалось, признаки редукции психопатологических проявлений обнаруживались на отдаленных этапах течения непрерывной параноидной шизофрении не у всех доживших до старости больных. В достаточно высоком проценте

случаев (25,5% от числа всех 137 изученных больных с этой формой шизофрении и 28,7% от 122 больных, у которых к старости наступила стабилизация процесса), несмотря на большую длительность заболевания (25—30 лет и более), отчетливой тенденции к редукции продуктивных расстройств выявить не удалось. Однако стадия стабилизации процесса не отличалась в этих наблюдениях по своей продолжительности от стадии стабилизации в тех случаях, когда в дальнейшем отмечалась редукция расстройств.

Особую, хотя и малочисленную, группу (10,9% от числа всех больных с непрерывной параноидной шизофренией) составляли больные (12 женщин и 3 мужчин), у которых в старости обнаруживались признаки активного течения болезни: продолжающееся медленное развитие психопатологических расстройств, напряженный аффект, бредовое поведение, частые обострения с усилением интенсивности бредовых переживаний и галлюцинаций, с активным бредовым поведением, со злобностью и агрессивностью, требующие терапевтического вмешательства в условиях стационара. О продолжающейся и в старости прогрессивности процесса свидетельствовала в этих случаях и определенная динамика болезненных проявлений: переход к следующему этапу заболевания (от галлюцинаторно-бредового к парафреническому) или усложнение психических расстройств в пределах существующего синдрома (усложнение фабулы бреда и галлюцинаций, расширение круга лиц, вовлеченных в бредовую систему, более детальная ее разработка, усиление чувственного компонента бреда воздействия, нарастание явлений психического автоматизма, усиление интенсивности галлюцинаторных расстройств, увеличение масштабности и фантастичности бреда, присоединение конфабуляций).

Во всех наблюдениях, когда активность шизофренического процесса сохранялась до старости больных, развитие заболевания независимо от его клинического варианта было сравнительно медленным, особенно на начальных этапах. Инициальная стадия болезни, продолжительность которой составляла 10—20 лет, характеризовалась постепенным развитием систематизированного паранойяльного бреда. Изменения личности больных также нарастали, только медленно и были сравнительно неглубокими. Они сводились сначала лишь к заострению преморбидных черт характера, а в дальнейшем проявлялись в виде несвойственных больным ранее ригидности, эгоцентричности, утрированного педантизма, нарастающей замк-

нутости, а также в ослаблении эмоциональной гибкости, чувства привязанности к близким, в однообразии аффективных реакций.

Не отмечалось и выраженных нарушений мышления. Обстоятельность, элементы резонерства выявлялись обычно при обосновании больными своих бредовых концепций и почти не были заметными в беседах с больными на темы, не затрагивающие бреда. Трудоспособность больных не снижалась, но круг интересов значительно сужался, преобладало стремление реализовать бредовые идеи. При этом для достижения своих целей больные проявляли большую настойчивость и активность, что нередко являлось причиной их стационарирования.

Последующие этапы болезни также были растянуты во времени; ни у одного из больных не наблюдалось присоединения кататонических расстройств. Изменения личности, сформировавшиеся еще на инициальной стадии болезни, существенно не углублялись, особенно у таких больных, у которых бредовые расстройства преобладали на всем протяжении болезни. Больные сохраняли и в старости достаточную активность, эмоциональную привязанность к отдельным лицам и определенный, хотя и ограниченный, круг интересов. Личностные изменения более глубокими были у больных с преобладанием в клинической картине манифестного периода болезни галлюцинаторных расстройств, но и у этих больных заметного нарастания этих галлюцинаций не происходило.

Заблуждения, при которых активность болезненного процесса сохранялась до старческого возраста больных, по особенностям динамики клинической картины (крайне медленный темп развития продуктивных расстройств, относительно неглубокие изменения личности и их характер) напоминали медленно развивающуюся шизофрению, протекающую с преобладанием параноидальных расстройств.

Рассмотрение особенностей динамики клинических проявлений непрерывной параноидной шизофрении в традиционные для клинической психиатрии периоды позднего возраста — инволюционный (45—59 лет) и старческий (старше 60 лет) — показало следующее. Несмотря на то что наступление стадии стабилизации процесса в большинстве наблюдений совпадало в целом с поздним возрастом, обнаруживались определенные различия в динамике процесса в этих двух возрастных периодах. В инволюционном периоде, еще до наступления стадии стабилизации, довольно часто отмечалось усиление прогрессивности процесса в виде дальнейшего развития психопатоло-

гических расстройств, усложнения симптоматики в пределах существующего синдрома или перехода к следующему этапу болезни. Тенденция к усложнению расстройств в инволюционном возрасте еще более отчетливо обнаруживалась у больных с сохраняющейся до старости активностью процесса. Редукция психопатологических расстройств в этом возрастном периоде начиналась лишь в 19,5% наблюдений. В старости же, наоборот, явно преобладала тенденция к редукции болезненных проявлений.

Патопластическое влияние возрастного фактора выявлялось в большей или меньшей степени у всех доживших до позднего возраста больных с непрерывной параноидной шизофренией, т. е. и в случаях продолжения до старости активно течения процесса, и в случаях наступления стадии стабилизации и редукции расстройств. С наступлением позднего возраста в содержании болезненных переживаний больных независимо от стадии заболевания и ведущего синдрома начинали «звучать» темы ущерба, эротические темы, присоединялись идеи обыденного содержания, т. е. наблюдалась так называемая возрастная окраска психопатологических расстройств.

ВЯЛОТЕКУЩАЯ (МАЛОПРОГРЕДИЕНТНАЯ) ШИЗОФРЕНИЯ

Динамика малопргредиентной (или вялотекущей) шизофрении изучалась нами в популяции больных одного из московских диспансеров. На учете находилось значительное число таких больных, уже достигших старческого возраста (190 больных, среди них 52 мужчины и 138 женщин).

Больные к моменту обследования были в возрасте 60—89 лет. Заболевание протекало длительно (свыше 40 лет — у 97,9% больных). Поскольку эта группа больных наблюдалась диспансером, как правило, в течение нескольких десятков лет, мы располагали в отношении каждого из них достаточно полными сведениями о течении заболевания. Изучение медицинской документации и дополнительных анамнестических данных показало, что у этой категории больных шизофрения протекает непрерывно. Известно, что при вялотекущей шизофрении могут встречаться «плоские» фазные аффективные изменения, а также периоды усиления или ослабления продуктивной симптоматики, что придает течению заболевания характер волнообразности. Подобные особенности отмечались нередко и в наших наблюдениях. Однако ни в одном случае

не возникало глубоких спонтанных ремиссий. Патологические явления постепенно нарастали, причем особенно заметно в первую половину жизни.

В то же время заболевание протекало в целом малопрогрессиентно на протяжении всей жизни, т. е. соответствовало описанному типу неврозоподобной, психопатоподобной, а частично и простой шизофрении [Краснушкин Е. К., 1960; Мелехов Д. Е., 1963; Наджаров Р. А., 1963; Шмаонова Л. М., 1972; Bleuler E., 1911, и др.].

Как и в отношении других вариантов непрерывно текущей шизофрении, мы не стремились к изложению клиники малопрогрессиентных процессов в целом. В этой работе мы остановились на описании отдаленных этапов течения, наблюдающихся у больных в более позднем возрасте.

Основной вывод, к которому мы пришли на основании анализа динамики малопрогрессиентной шизофрении на протяжении многих десятилетий, заключается в том, что и эта форма заболевания имеет в своем развитии определенные этапы, характерные для непрерывного течения шизофрении в целом. При этом наблюдается последовательная смена стадий: от инициального этапа к стадии нарастания, затем стабилизации и, наконец, убывания активности процесса. В то же время ввиду особого характера продуктивной симптоматики (ее рудиментарности, ограниченности неглубокими расстройствами психической деятельности) вялотекущая шизофрения существенно отличается на отдаленных этапах своего течения от более прогрессиентных форм заболевания. Другой особенностью динамики вялотекущей шизофрении является чрезвычайная растянутость течения отдельных стадий болезни. На последнем вопросе мы подробнее остановимся при сопоставлении полученных данных о длительности течения отдельных стадий при вялой, параноидной и злокачественной формах шизофрении.

В возрасте старше 60 лет (в период наблюдения за больными) 85% из них находились в стадии стабилизации процесса с более или менее выраженными явлениями редукции продуктивных симптомов. Квалификация состояния как стабилизация подразумевала, что на этом этапе болезни психопатологические расстройства оставались прежними. Напротив, происходило обратное развитие отдельных признаков болезни, как правило, неравномерное и по-разному проявляющееся.

Аффективные фазы, если они до этого были выражены, в возрасте после 60—70 лет постепенно затухали. Начиная пре-

обладать монотонный, не подвергающийся существенным аутохтонным и реактивным колебаниям фон настроения. Состояние некоторого подъема выражалось не столько жизнерадостным, веселым настроением, сколько чертами непродуктивной деятельности. Больные были подвижны, активны и говорливы, не проявляли критического отношения к прожитой жизни и своей болезни, а остаточные болезненные проявления не вызвали у них прежнего беспокойства.

У $\frac{2}{3}$ больных состояние характеризовалось хронической субдепрессией с астенической, возрастной или ипохондрической окраской. В первом случае преобладали жалобы на повышенную утомляемость и слабость, безрадостное настроение, плаксивость и обидчивость. Но, несмотря на эти жалобы, больные продолжали себя обслуживать, иногда даже выполняли домашнюю работу. Субдепрессивные состояния со старческими чертами наблюдались в более позднем возрасте — после 75 лет. Они характеризовались мрачно подавленным настроением, пассивностью, безучастным, угрюмо-неприятным отношением к близким, постоянным ощущением недовольства жизнью и поведением окружающих, брюзжанием по любому поводу. Ипохондрически окрашенные спады настроения выражались в тревожности, фиксации больных на возрастных соматических недугах, а также иногда в жалобах сенестопатически-ипохондрического характера (боли, неприятные ощущения в теле, в особенности на поверхности тела).

Больные, страдавшие в более молодом возрасте частыми сменами настроения, утрачивали аутохтонный характер лабильности аффекта. Колебания настроения становились более кратковременными и более зависимыми от внешних причин, психогенных или соматогенных.

Разнообразные навязчивые состояния, которые медленно развивались с детских или юношеских лет, редуцировались в позднем возрасте, но чаще всего полностью не исчезали. Более стойко сохранялись такие фобии, как боязнь заражения, закрытых помещений, площадей и др. Не наблюдалось дальнейшего усложнения и разрастания навязчивостей, которые, напротив, постепенно теряли свой аффективный заряд и мучительный характер. Больные привыкали к ним и меньше обращали на них внимание. Защитные ритуалы автоматизировались и приобретали характер дурных привычек. Такие особенности поведения, частично обусловленные болезнью, становились как бы составной частью жизни больных и внешне выглядели менее странными.

Если в более молодом возрасте навязчивые состояния возникали только в период депрессивных фаз, то в старости они утрачивались полностью. Иногда сохранялись лишь элементы прежнего защитного ритуала. Например, от бывшего ранее страха заражения осталась только привычка брать рукавицей трубку общественного телефона.

Истерические проявления в старости также становились внешне менее заметными. Не возникало конверсионных расстройств даже у тех больных, у которых в 24—25-летнем возрасте наблюдались истерические припадки, параличи, амавроз и другие проявления. Но в позднем возрасте сохранялись такие истерические черты в характере и поведении, как стремление выделиться, показать себя в лучшем свете перед окружающими, театральность мимики, жестов, своеобразные детские интонации в голосе. Нередко наблюдалось сочетание таких истерических симптомов с проявлениями общего психического инфантилизма.

Другие невротоподобные и психопатоподобные проявления также имели тенденцию к смягчению. Сглаживались гебоидные черты в поведении, равно как и злобность, неуживчивость, возбудимость. В результате этого больные становились более уравновешенными и сдержанными, более уживчивыми с людьми.

Такая тенденция к стабилизации и обратному развитию прежних продуктивных расстройств меньше всего касалась паранойяльных и сверхценных образований. Они, как правило, в позднем возрасте заострялись, видоизменялись, нередко развивались. Определенным мероприятиям (в том числе направленным, по мнению больных, на укрепление их здоровья) придавалось, например, все более важное и принципиальное значение. В дальнейшем они становились доминирующими и служили как бы основой для развития особой системы взглядов. Такие больные придавали большое значение массажу различных участков тела, специальной диете, особой системе физзарядки и так далее.

Подобная динамика от эмоционально окрашенных переживаний (тревожно-ипохондрические и др.) к рационалистическим сверхценным образованиям наблюдалась также у тех больных, которые в среднем возрасте страдали эмоционально насыщенными тревожно-ипохондрическими опасениями. На отдаленных этапах течения такая симптоматика постепенно превращалась в нелепую, но лишнюю прежнего аффективного заряда систему профилактических мероприятий.

Одна больная, например, систематически принимала ванну с добавлением ведра картофельных очисток; другой больной питался преимущественно неочищенным желтым рисом, придавая этому виду «лечения» особое целебное значение.

Характерным для состарившихся больных было также усиление разных сверхценных увлечений и занятий, как, например, коллекционирования разного рода необычных предметов или газетных вырезок, причем такое коллекционирование принимало иногда форму простого собирания всякого хлама.

Паранойяльные образования в виде периодически возникающих разрозненных паранойяльных идей в позднем возрасте больных не усиливались, а обычно стабилизировались, однако тенденции к полной редукции не наблюдалось. Готовность к паранойяльным реакциям в различных ситуациях на поздних этапах течения заболевания не только уменьшалась, а, скорее, усиливалась, хотя, как правило, и не переходила в систематизированный паранойяльный бред. Такое нарастание общей паранойяльности наблюдалось и у больных, у которых на более ранних этапах преобладали невротоподобные расстройства.

У одной нашей больной в среднем возрасте преобладали истерические черты в поведении и ситуационно обусловленные истерические симптомы (припадки, астазия, абазия и т. п.) В позднем возрасте стала проявляться готовность к паранойяльным реакциям. Любой мелкий бытовой конфликт в коммунальной квартире вызывал реакцию, сопровождающуюся нестойкими идеями преследования и физического уничтожения. В такие периоды больная считала, что все ссоры, которые происходили в квартире, имеют непосредственное отношение к ней, что все стремятся ущемить ее права.

Эта особенность (отнесение к себе всего происходящего) вообще была свойственна всем больным, склонным к эпизодическим паранойяльным реакциям. В спокойном состоянии такая трактовка поведения окружающих пропадала, по складывалась особая, близкая к бредовой система взглядов на жизнь и людей. Поведение больных было правильным, они до глубокой старости могли успешно преодолевать различные жизненные трудности.

Описанная выше редукция продуктивной симптоматики, закономерно наступающая на поздних этапах течения малопродвинутой шизофрении, оказалась неравномерной: в то время как большинство прежних продуктивных расстройств редуцировалось, сверхценные образования и расстройства паранойяльного характера оставались прежними.

Вследствие обратного развития аффективных, невротоподобных и других продуктивных проявлений заболевания бо-

лее отчетливо выступали в позднем возрасте больных характер и размер дефицитарных изменений. Наши наблюдения показали, что в активной стадии течения вялотекущей шизофрении трудно или невозможно судить о глубине и характере изменений личности, так как на этой стадии еще накладываются динамические, обратимые негативные расстройства в виде несобранности, пассивности, вялости, общего снижения уровня побуждений и умственной работоспособности. На отдаленных этапах течения болезни такие изменения в заметной степени сглаживались, и вследствие этого некоторые негативные расстройства становились менее глубокими. Но на этой стадии течения заболевания, на которой продуктивная симптоматика уже почти отсутствовала, изменения самой структуры личности выступали в более чистом виде.

Дефицитарные изменения, наблюдавшиеся в стадии редукции продуктивных расстройств, т. е. в позднем возрасте больных, значительно отличались от тех, которые были отмечены за 20—30 или 40 лет до этого при амбулаторном или стационарном наблюдении за больными. Некоторые ранее установленные изменения личности заметно смягчались в позднем возрасте, другие же, наоборот, углублялись. Создалась, таким образом, картина своеобразной диссоциации в динамике различных, рано образовавшихся негативных проявлений заболевания.

Изменения личности, которые в силу замкнутости, молчаливости, необщительности или отгороженности больных раньше квалифицировались как аутизм, становились в старости, судя по внешнему поведению больных, менее выраженными. Больные легче и в большем объеме устанавливали внешние контакты с другими людьми, становились более доступными, общительными и разговорчивыми, но оставались при этом аутистами по существу лишь в том отношении, что о своих переживаниях и своем внутреннем мире говорили неохотно и уклончиво или вовсе не говорили. Для такого смягчения аутистического поведения имело значение, видимо, и изменение аффективного фона, т. е. преобладание в старости стойкого, слегка повышенного настроения.

Наиболее отчетливой оказалась положительная динамика такого характерного признака шизофренических изменений личности, как снижение психической активности (падение энергетического потенциала, снижение или недостаточность уровня побуждений).

Снижение уровня общей психической активности, которое

нередко в среднем возрасте приводило больных к инвалидности, в старости выступало значительно слабее. Многие больные малопрогредиентной шизофренией в конечном итоге внешне мало отличались в своем поведении от психически здоровых людей того же возраста.

Стойкое изменение аффективного фона в позднем возрасте в сторону его повышения способствовало оживлению активности больных. Они начинали искать контакты с окружающими, но чаще всего по чисто деловым или рационалистическим соображениям. Как и в молодые годы, не возникало подлинной близости с людьми, отсутствовали настоящие привязанности и теплое отношение к близким.

Например, одна больная выделила из числа всех внуков одного, за которым помогала ухаживать, на остальных же не обращала никакого внимания. Родственникам объявила, что она будет считать, что у нее есть только один внук, так как заботиться о других ей не позволяет здоровье. Эта же больная скрывала несколько лет от сестер и сына, что ее муж умер. Похорон не устраивала, «чтобы не растреваться», а сына держала в неведении о случившемся, чтобы тот не претендовал на имущество умершего отца. В то же время она долго горевала по поводу гибели любимой собачки. Будучи педагогом, она с увлечением занималась организацией литературных вечеров, докладов, много внимания и свободного времени уделяла занятиям с неуспевающими учениками. Выполнение этих общественных мероприятий доставляло ей много волнений и радости, так как больная была уверена, что делает все лучше других.

Такая парадоксальность в эмоциональных проявлениях в сочетании с активной деятельностью была свойственна многим больным в позднем возрасте. Одни начинали проявлять интерес к некоторым видам общественной работы (озеленение дворов, работа с детьми и пр.), другие увлекались самообразованием или искусством: посещали лекции, выставки, библиотеки, кинотеатры и концерты и т. п., чего раньше не было.

В позднем возрасте, в период затухания продуктивной симптоматики, трудоспособность больных становилась в целом выше. Если в молодом и среднем возрасте около 80% больных находились какой-то период на инвалидности (3-й, реже 2-й группы), то в позднем возрасте имели инвалидность только 31% больных, а 55% больных даже продолжали работать. Эти данные подтверждают высказанное ранее предположение о том, что снижение трудоспособности в активной фазе болезни не было показателем необратимого дефекта.

Представляет интерес также и то, что уровень активности больных и продуктивности их работы в старости был неодинаковым и в какой-то степени коррелировал с преморбидными

личностными особенностями больных. Больные с преобладанием с детства астенических черт, также и в старости имели сниженную трудоспособность. Практически они могли только обслуживать себя и частично свою семью. Стеничные в предманифестном периоде больные сохраняли более высокий уровень работоспособности и в старости, некоторые из них даже работали в различных учреждениях.

После достижения 70—75 лет активность всех больных обычно несколько снижалась, ограничиваясь домашним хозяйством и нерегулярной общественной работой. Несмотря на повышение внешней активности и работоспособности, у больных все же по временам проявлялись симптомы астении, чувство неуверенности в себе. Эти состояния, а также вопросы чисто социального порядка (помощь в жилищных делах, пособия и пр.) заставляли больных оставаться в контакте с диспансером, хотя многие из них уже не нуждались в постоянном наблюдении.

Повышение уровня психической активности больных в позднем возрасте не всегда сопровождалось восстановлением работоспособности. У 35% состарившихся больных при более подробном изучении образа жизни и быта обнаруживалась так называемая дезорганизация целенаправленной активности (по Мелехову Д. Е. и Консторуму С. И.). При достаточной общей активности больным не хватало настойчивости в достижении какой-либо поставленной цели, они постоянно отвлекались и в итоге их производительность труда значительно снижалась.

В позднем возрасте, с выходом на пенсию или переходом на иждивение родственников, в состоянии таких больных наступало определенное улучшение, так как отпадала необходимость в систематической, регламентированной и целенаправленной работе.

Поскольку начало вялотекущей шизофрении относилось обычно к детскому или юношескому возрасту, то, естественно, почти всегда отмечались в той или иной форме проявления психического инфантилизма. Психический инфантилизм отличался стойкостью и малой изменчивостью на протяжении всей жизни, включая и старческий возраст больных. По наблюдениям А. А. Суховского, проявления задержки психического развития коррелировали с детским или подростковым возрастом, а также с тем периодом жизни больных, в котором появлялись признаки заболевания. У одних больных в старости сохранялись детская моторика, мимика и манера речи, дет-

ские влечения (повышенная потребность в сладком), детские интересы (книжки, игры, интерес к куклам, игрушкам, детским радиопередачам). У других больных в моторике, речи и поступках выступали черты ювенилизма: угловатость в движениях, категоричность суждений, кокетство, склонность к фантазированию и приключениям. Больные были, как правило, несамостоятельны, подчиняемы. После смерти родителей повышенная привязанность переносилась на старшего родственника или супруга, а иногда и врача диспансера. Лишь у немногих больных в старости наступала определенная, обусловленная потерей опекунов компенсация. У многих женщин, а иногда и у мужчин инфантилизм сочетался с истерическими чертами характера.

В более прогрессивных случаях некоторые черты шизофренических изменений личности не затухали с возрастом, сохранялись в виде наслоения. Больные сохраняли чужаковатый вид; чужаковатость выражалась то в образе жизни, манере поведения, в одежде, убранстве жилища и т. д., то в особых чертах ригидности и педантизма, которые с возрастом обычно усиливались и нередко принимали уродливо-карикатурную форму.

В целом, таким образом, течение малопродвинутой шизофрении в старости можно было охарактеризовать как благоприятное, регрессирующее: затухала большая часть продуктивных симптомов, истощались аутохтонные приступообразные механизмы течения, выявлялась тенденция к сдвигу аффективного фона в сторону плоского, но стойкого подъема, реже — длительного легкого снижения настроения. Негативные проявления стабилизировались, некоторые из них смягчались не только благодаря редукции ряда позитивных симптомов, но, по-видимому, и вследствие исчезновения обратимых негативных расстройств и развития компенсаторных механизмов.

Сглаживание таких динамических изменений личности, как снижение психической активности, аутизм и др., обуславливало прежде всего наблюдающееся на поздних этапах течения заметное улучшение адаптации больных в жизни. С другой стороны, собственно характерологические изменения (ригидность, педантизм, чужаковатость), т. е. признаки определенной деформации структуры личности, оказывались стабильными или становились как будто более заметными. Не исключена возможность, что процессы психического старения способствовали усилению именно этих изменений.

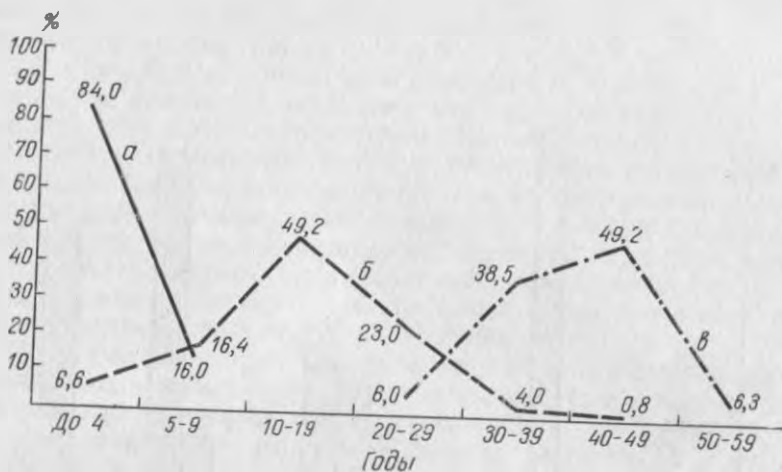


Рис. 1. Длительность активной стадии злокачественной (а), параноидной (б) и малопрогрессирующей (в) непрерывно текущей шизофрении.

Из изложенного вытекает, что основные варианты непрерывно текущей шизофрении (злокачественный, параноидный и малопрогрессирующий) подчиняются в своем развитии одной общей закономерности. Она заключается в том, что процесс обладает ограниченной во времени прогрессивностью и течет в виде смены стадий нарастающей, стабилизирующейся и ослабевающей активности. Обнаруживаются, однако, при этом значительные групповые и индивидуальные различия этого цикла во времени, а следовательно, и в отношении возраста, в котором смена этих стадий происходит. Различия эти, как показали наши наблюдения, находятся в четкой зависимости от степени прогрессивности шизофренического процесса. Ниже приводятся графики, в которых в обобщенном виде показана зависимость темпа прогрессивности и растянутости отдельных стадий от степени прогрессивности заболевания. В наиболее общем виде выявляющиеся при этом закономерности можно сформулировать следующим образом: чем быстрее завершается фаза активно-прогрессивного развития, и, наоборот, чем менее прогрессивно протекает шизофрения, тем более растянутой бывает эта стадия.

Этот вывод, который с очевидностью вытекает из наших наблюдений, представляется нам важным для сравнения полученных данных с теми,

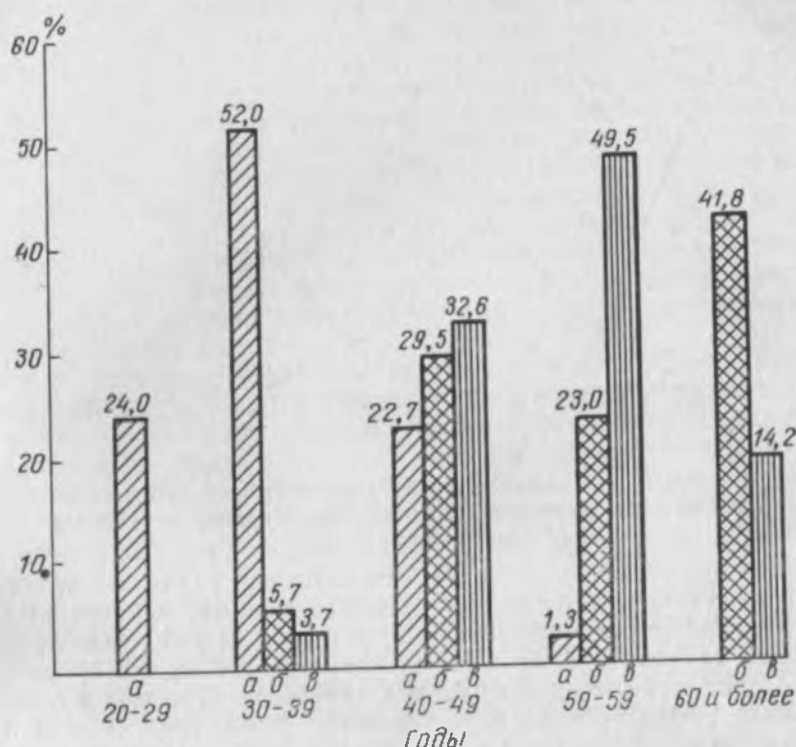


Рис. 2. Число больных (в процентах) различного возраста к началу стабилизации болезненного процесса при злокачественной (а), параноидной (б) и малопрогрессирующей (в) непрерывно текущей шизофрении.

которые были опубликованы зарубежными исследователями [Bleuler M., 1972; Huber et al., 1979]. Эти авторы правильно отметили, что прогрессивность шизофрении не является постоянной и беспредельной, однако ограничивали отрезок прогрессивности заболевания пятью годами. Как показали наши наблюдения, такая обобщенная оценка динамики шизофренического процесса не может считаться правильной.

Активная стадия при злокачественном течении непрерывного шизофренического процесса у 84% больных протекает на протяжении 4—10 лет. При параноидной шизофрении (137 больных) чаще всего (49,2%) длительность этой стадии равняется 10—19 годам, а в 27,8% превышает 20 лет. При малопрогрессирующих формах (190 больных) стадия активно-

го течения в преобладающем большинстве случаев превышает 30—40 лет и более (рис. 1).

В соответствии с этим, если даже внести необходимую поправку на различия в возрасте к началу заболевания, отличаются друг от друга и возрастные периоды, в течение которых наступает стабилизация процесса при этих трех вариантах непрерывно текущей шизофрении. При злокачественно протекающей шизофрении (75 больных) стабилизация процесса происходит уже в молодом и среднем возрасте, а при параноидных (137 больных) и в особенности при малопрогрессирующих формах (190 больных) эти сроки сдвинуты в сторону более поздних возрастных периодов (рис. 2).

Как было показано выше, динамика столь различных по своим клиническим проявлениям и степени прогрессирующей непрерывно протекающих злокачественной, параноидной и малопрогрессирующей форм шизофрении подчиняется единым закономерностям.

Несколько особняком в этом отношении стоят непрерывно протекающие формы, которые соответствуют понятиям так называемой параноидальной, а также латентной шизофрении, поскольку динамика этих форм не может быть адекватно охарактеризована аналогичной сменой описанных стадий развития психоза.

ПАРАНОИДАЛЬНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Мы располагали наблюдениями за 67 больными, у которых непрерывно развивающийся шизофренический процесс на всем своем протяжении протекал с систематизированным параноидальным бредом, а следовательно, соответствовал клиническому понятию параноидальной шизофрении. Эти наблюдения были приведены А. А. Суховским (1977, 1979), который проанализировал некоторые клинические и дифференциально-диагностические особенности 67 больных параноидальной шизофренией, в том числе 10 — с манифестацией процесса в возрасте 45—50 лет.

Отмечен более высокий удельный вес мужчин в этой группе (соотношение числа мужчин и женщин составило 1 : 1,7, в то время как для всей популяции больных шизофренией в позднем возрасте характерно соотношение 1 : 3).

Начало заболевания отмечалось в различных возрастных периодах — от юношеского до начала инволюционного. Следует, однако, отметить, что определение возраста начала забо-

левание представляет в случаях паранойяльной шизофрении известные трудности. Как было установлено также и в прежних специальных исследованиях таких шизофренических психозов [Смулевич А. Б., Шарина М. Г., 1972], манифестный бредовой психоз развивается здесь обычно постепенно и исподволь, как бы вырастая из личностных особенностей больных и стадии сверхценного бреда.

Больные паранойяльной шизофренией в период их катанестического изучения оказались наиболее старыми по возрасту: 48 человек из 67 были в возрасте 70 лет и старше.

Все больные паранойяльной шизофренией в период их обследования в позднем возрасте находились в психотическом состоянии. Преобладали экспансивные формы паранойяльного бреда (бред изобретательства, реформаторства и др.), сопровождающегося идеями величия или своей особой значимости, но встречались и персекуторные варианты. Наблюдалось относительно мало больных с паранойяльным бредом ревности. Видимо, бред ревности более свойствен поздним этапам течения других шизофренических психозов, так же как и бредовым вариантам органических церебральных заболеваний позднего возраста.

Изучение динамики паранойяльных шизофренических психозов на поздних этапах их развития и, в частности, в старческом возрасте больных выявило ряд существенных различий от закономерностей течения других описанных выше вариантов непрерывно протекающей шизофрении. Особенности поздней динамики паранойяльной шизофрении проверялись неоднократно А. А. Суховским на протяжении последних 5—10 лет.

Основное отличие поздней динамики паранойяльной шизофрении заключалось в том, что не наблюдалось того постоянного и уменьшения интенсивности продуктивных психопатологических расстройств, которые характеризовали стадию стабилизации более прогрессивных, например галлюцинаторно-параноидных, психозов. Наступающая редукция психотической симптоматики также не принимала характера фрагментации и дезактуализации бредовой симптоматики. Наоборот, бредовые расстройства как бы продолжали развиваться и расширяться. В то же время дальнейшее развитие паранойяльного бреда на поздних этапах течения психоза, наблюдавшееся в очень позднем возрасте больных, было таковым, что его однозначная трактовка как выражение усиления прогрессивности болезненного процесса вряд ли представляется правомерной. Нарастали пышность и масштабность бредовых построе-

ний, которые иногда принимали фантастический характер. В связи с этим в структуре бреда появлялись нередко антагонистические черты (например, в виде идей преследования, присоединяющихся к бредовым идеям изобретения и особых заслуг, тематически связанных с ними). Клиническая картина психоза приближалась в отдельных случаях к систематизированной парафрени, описанной Кгаерелин. О возможности «парафренизации» паранойяльного бреда на поздних этапах его развития писали в последнее время также Р. Berner (1969) и E. Gabriel (1978). Однако наряду с признаками дальнейшего развития и видоизменения паранойяльного бреда, которые как будто свидетельствовали о его прогрессивной динамике, наблюдались и иные существенные изменения структуры бредовых расстройств, которые, с нашей точки зрения, скорее указывали на ослабление прогрессивности болезненного процесса.

Поскольку именно эти видоизменения паранойяльного бреда поздних периодов болезни в нашей литературе освещены мало, мы остановимся на них подробнее. Одновременно с увеличением масштабности и фантастичности бреда с постоянством наблюдалось постепенное снижение собственно творческой, умственной стороны бредовой продукции. Это выражалось в ослаблении логической, комбинаторной бредовой работы. Постепенно снижался уровень синтетической, интегрирующей работы над бредом, заключающейся в установлении «логических» связей между отдельными явлениями. Снижался также и уровень анализа явлений, т. е. их бредовой трактовки. В связи с этим уменьшались и поиски новых доказательств. Бредовые высказывания в нарастающей степени принимали характер немотивированных, «голых» утверждений, к обоснованию которых больные не стремились, которые все чаще относились к прошлому как «факты», уже не требующие доказательств. Другая сторона постепенного ослабления и видоизменения интерпретативной и комбинаторной бредовой работы состояла в том, что все больше места в высказываниях больных занимало фантазирование на темы прежнего бреда. Неуклонно нарастала роль воображения, на значение которого в структуре бреда лиц старческого возраста указывал С. Г. Жислин.

Одновременно с нарастанием описанных признаков ослабления и снижения уровня продуктивной бредовой работы происходило, как правило, и снижение бредовой активности больных. Оно выражалось, например, в том, что больные меньше

писали, меньше старались формулировать и излагать свои бредовые идеи, переставали активно заниматься конструированием, опытами и чертежами. Уменьшались также и бредовые притязания, попытки внедрения в жизнь бредовых идей, а в тех случаях, когда паранойяльный бред сочетался с разоблачительной и сутяжной деятельностью, ослабевала обычно и последняя.

В то время как одни виды паранойяльного бреда (идеи изобретательства и реформаторства и др.) становились более масштабными, а иногда и громадными, персекуторные идеи скорее ослабевали и утрачивали актуальность. В некоторых случаях бреда изобретательства наступало своего рода примирение больных с непризнанием или отсутствием откликов на прежние их обращения в разные инстанции. Больные говорили, что им «не повезло», что «бороться бесполезно» и так далее. По мере описанного ослабления активной работы над бредом возрастал нередко интерес больных к своему «устройству» в жизни. Это свидетельствовало о том, что, несмотря на многолетнее существование бредовой системы, охваченность больных бредом постепенно снижалась. В старческом возрасте бред представлял собой скорее всего лишь особый пласт внутреннего мира больного, который все меньше соприкасался с действительностью. Больные переставали жить только «в бреде», они жили «с бредом».

Хотя бред как будто все больше отрывался от реальности, постепенно утрачивал свою значимость для переустройства действительности, сами больные оставались удовлетворительно адаптированными к обыденной жизни. Следовательно, одновременно с продолжающимся на отдаленных этапах течения болезни развитием и расширением бредовой продукции наблюдались и такие видоизменения структуры бреда, которые по существу означали уменьшение процессуальной прогрессивности заболевания.

В поздней стадии динамики паранойяльной шизофрении (в период обследования больных) бредовая активность была заметно ослаблена. Возникла возможность для лучшего контакта с ними, благодаря чему с особой отчетливостью выступали сложившиеся в течение заболевания изменения личности. Поскольку эти негативные изменения отличались определенным своеобразием, отражающим как преморбидные особенности больных, так и дефект, характерный, с нашей точки зрения, для паранойяльной шизофрении, мы коротко остановимся на их характеристике.

Преморбитные особенности этих больных подробно были описаны А. А. Суховским (1977). Они характеризовались сочетанием ряда шизоидных и параноических черт в форме проявлений стеничности, односторонности, склонности к сверхценным образованиям наряду с ригидностью, бедностью эмоциональных реакций и преобладанием черт рационализма в межлических отношениях.

Об известном аутизме, свойственном этим больным, можно было говорить лишь в том отношении, что они также и в старости, как обычно в течение всей своей жизни, не были способны к истинным теплым духовным контактам с другими людьми, в том числе с близкими и родными. Хотя такие больные и не были отгороженными от окружающих, были доступными и разговорчивыми, имели многообразные и разносторонние контакты, их межлические отношения носили, как правило, рассудочный, деловой характер. Иногда знакомства с другими людьми были продиктованы бредовыми или другими соображениями, поисками единомышленников, активностью, вытекающей из бредовых концепций. В других случаях контакты носили узкий, односторонний характер, были связаны только общей целью или общими интересами (например, при сутяжной бредовой деятельности). Несмотря на доступность больных, их готовность охотно и многословно рассказывать обо всем, что имеет отношение к бреду, они это делали из особых соображений: с целью переубедить собеседника и т. д.

Можно было назвать этих больных «аутистами» и в том отношении, что они жили в мире своих идей, а остальное происходящее вокруг воспринимали и допускали к себе лишь в той мере, в которой события укладывались в их идеи.

В позднем возрасте обычно заострялись односторонность и сверхценный характер их интересов. В то же время, однако, снижался уровень их сверхценных занятий и увлечений. Больные, которые, например, раньше посещали специальные библиотеки, читали научные труды, реферировали их и т. п., теперь ограничивались чтением популярных книг или занимались конспектированием газетных статей. При этом обычно усиливались черты «курьезного педантизма» и ригидности как в этих занятиях, так и в образе жизни. Все же, как правило, больные оставались в курсе происходящего в мире и в более близком окружении. Своиственные этим больным односторонность эмоциональных проявлений и слабость естественного эмоционального резонанса с годами усиливались. Столь частые в позднем возрасте болезни или утраты близких их трогали мало, больные быстро забывали о случившемся и радова-

лись возможности вернуться к привычному распорядку дня и любимым занятиям. Напротив, происшествия, нарушающие в каких-то мелочах сложившийся с годами жизненный стереотип больного, могли вызвать выраженную аффективную реакцию.

Одна больная, например, спокойно отнеслась к известию о заболевании ее дочери злокачественной опухолью, однако вызвала врача на дом, когда соседи потребовали освободить место в чулане, которым она много лет пользовалась единолично. Плакала, жаловалась на плохое самочувствие, на «наглость» соседа, обращалась за поддержкой и к общественности ЖЭКа, несколько дней не могла успокоиться.

Такие эпизодические аффективные реакции не нарушали устойчивого, несколько повышенного фона настроения в целом, который складывался с годами. До глубокой старости больные оставались деятельными оптимистами, неспособными к учету своих ограниченных перспектив на будущее. В этот период сглаживались обычно и ранее свойственные больным черты раздражительности и неприязненного отношения к «недругам», которые, по мнению больных, присваивали их открытия и причиняли им разные неприятности. Несмотря на то что больные продолжали придерживаться таких убеждений, начинало преобладать известное добродушие. Критика или сомнение в верности своих бредовых построений не появлялось даже у тех больных, которые с известным смиренным признавали свои неудачи.

Нарастали с годами обычно и черты чудаковатости в поведении и внешнем облике больных, которые приобретали постепенно хорошо знакомый каждому психиатру вид «серьезного, сосредоточенного человека, старомодно и неряшливо одетого, с потрепанной, выдавшей вида папкой или портфелем подмышкой, переполненным беспорядочными записями и бумагами». Все это придавало состоянию больных особый облик своеобразного в клиническом отношении «паранойяльно-го» дефекта.

ПРОБЛЕМА ТАК НАЗЫВАЕМОЙ ПАТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В СВЕТЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ КАТАМНЕЗОВ

Прослеживая динамику различных шизофренических процессов от их начала в молодом или среднем возрасте до старости больных, мы имели возможность наблюдать за длительным, охватывающим срок в 5—6 десятилетий течением психических расстройств, отнесенных нами к проявлениям так

называемой латентной шизофренией¹. Эта группа больных состояла из лиц, находящихся на учете диспансера (чаще всего с диагнозом «психопатия»), из ряда больных, поступивших в больницу по различным причинам (социальным, для экспертизы дееспособности и т. д.), и главным образом из лиц старческого возраста, выявленных в процессе выборочного эпидемиологического обследования «здоровых», т. е. не учетных диспансером лиц одного из городских районов (см. главу 4).

Вопрос о существовании латентных (абортивных, «не развившихся», *formes frustes*) шизофренических процессов ставился уже на ранних стадиях учения об этом заболевании. Детально разработал эту проблему Е. Bleuler (1911), который считал латентные, протекающие с маловыраженной симптоматикой формы шизофреники значительно более частыми, чем проявляющиеся манифестными психозами формы заболевания. Е. Bleuler подчеркивал, что при таких латентных формах любые симптомы заболевания могут наблюдаться в крайне рудиментарном виде, а подозрение на латентный шизофренический процесс подтверждается нередко лишь много лет спустя и в связи с возникающим обострением состояния больных. Позднее также и Е. Kraepelin (1913), О. Bumke (1924) и другие допускали возможность латентных шизофренических процессов, хотя и сомневались в большой частоте таких форм [Kraepelin E., Mayer-Gross W., 1922], о которых писал Е. Bleuler.

Однако вопросы, связанные с концепцией латентной шизофреники Е. Bleuler, занимали в течение длительного времени скромное место в ставшей почти необозримой литературе по различным аспектам этого заболевания. Лишь в последние годы можно отметить некоторое оживление научного и практического интереса к этому вопросу, которое, с нашей точки зрения, связано с развитием ряда новых направлений в изучении шизофреники.

1) При клинико-генетических исследованиях, проводящихся особенно широко в нашей стране, с постоянством обнаруживались у родственников пробандов личностные аномалии и другие психические изменения, не достигающие психотического уровня, при квалификации которых должен возникать вопрос об их принадлежности к латентной шизофренике. 2) Получившая в последнее время широкое признание трактовка шизофреники как болезни предрасположения не могла, естественно, не сопровождаться допущением возможного существования abortивных, или латентных, форм заболевания, известных также и при других наследственных заболеваниях и

¹ Подробное клиническое описание этой группы больных содержится в работах Е. К. Молчановой (1978), Е. Sternberg и Е. Moltschanova (1978).

болезнях предрасположения¹. 3) Лица, принадлежность которых к латентной шизофрении требует серьезного обсуждения, часто встречались, кроме того, во время широких популяционных обследований. 4) Поскольку в настоящее время психически больные чаще доживают до пожилого и старческого возраста, открылась возможность проследить динамику психических состояний на протяжении десятилетий. Таким образом, мы могли проверить высказанное еще E. Bleuler предположение о том, что у таких больных могут наблюдаться поздние обострения состояния, делающие диагноз шизофрении более достоверным. Наблюдение за состарившимися больными позволили по-новому поставить вопрос о динамике латентной шизофрении и доказать ее наличие.

Поскольку клинические особенности тех болезненных состояний, которые диагностировались нами как латентная шизофрения, очень мало описаны в нашей литературе, да и сама концепция латентной шизофрении не может считаться общепринятой, мы, прежде чем подойти к анализу отдаленной динамики этих состояний, коротко остановимся на применявшихся диагностических критериях.

Под нашим наблюдением находились 60 больных в возрасте 60—80 лет и старше². Понятие «начало болезни» по сути дела не приложимо к таким больным. Только некоторые из них находились на диспансерном учете (к тому же чаще всего с диагнозом «психопатия»), лишь единичные больные госпитализировались в позднем возрасте в стационары. Поэтому в отношении этой группы больных мы не располагали такими же полными данными о динамике психических изменений в целом, которые, как правило, были в нашем распоряжении в отношении больных с другими группами шизофренических расстройств. Однако в тех случаях, когда удавалось получить достаточно полные анамнестические сведения, выяснялось, что те или другие, обычно достаточно выраженные аномалии личностного склада наблюдались у них уже с детских или юношеских лет.

Ретроспективный анализ жизни больных показал, что клиническая картина латентной шизофрении определялась на всем ее протяжении главным образом дефицитарными изменениями, которые незаметно и постепенно накапливались. Толь-

¹ Такую точку зрения высказал в последние годы также G. Huber (1974).

² Около 60% этих больных дожили до возраста 70—80 лет и более.

ко у $\frac{1}{3}$ больных дефицитарные расстройства развивались в течение сравнительно короткого промежутка времени, так что в этих случаях можно было говорить о «сдвиге» в пубертатном или юношеском возрасте. Что касается других больных, то объективные сведения скорее говорили о постепенном формировании дефицитарной структуры личности. Эти изменения отличались от тех, которые описываются как преморбидный шизоидный склад личности больных шизофренией.

Личностные аномалии, наблюдавшиеся у больных латентной шизофренией, обладали характером отчетливой дефицитарности и изъяна, отличались мозаичностью и приводили к выраженной дисгармонии личностного склада.

Высокая социальная активность таких людей могла сочетаться с чертами психического инфантилизма и эмоциональной тупостью. Семейная жизнь больных была полна конфликтов, нелепых взаимоотношений с близкими. Чужаковатость могла сочетаться с иждивенческими установками в жизни; встречались и сенситивные аутисты с бедной внутренней жизнью, утратой эмоционального резонанса и парадоксальностью эмоциональных реакций. Многим больным были свойственны манерность и вычурность в речи, моторике, одежде и внешнем облике, а также легкие формальные расстройства мышления (соскальзывание, паралогичность и т. д.). В целом эти изменения личности были похожи больше всего на дефицитарные расстройства, возникающие после шизофренических шубов, т. е. на так называемую резидуальную шизофрению, чем на шизоидную психопатию.

Однако больные отличались высоким уровнем трудоспособности и психической активности. На протяжении всей жизни в отношении их не возникал вопрос о переводе на инвалидность по психическим показаниям. Можно было отметить лишь некоторое снижение собственно творческих способностей и инициативы.

Как уже сказано выше, состояние больных этой группы на протяжении десятилетий определялось в основном дефицитарными изменениями. Во многих случаях наблюдались эпизодические рудиментарные продуктивные расстройства: обманы чувств в виде окликов и видений, встречавшихся чаще всего в детстве или юности, стенические состояния и субклинические фазные колебания настроения, встречавшиеся чаще всего в молодом и среднем возрасте, и отдельные, ситуационно обусловленные паранойяльные реакции, возникающие обычно в позднем возрасте.

Состояние больных в период непосредственного наблюдения за ними в старости представлялось как результат очень медленного нарастания свойственных им с раннего возраста психических аномалий и появления ряда новых расстройств. Описанные выше аномалии личностного склада не смягчались, а достигали нередко карикатурного, уродливого характера. Такое заострение дефицитарных изменений касалось, например, эмоциональной сферы, в которой явно выступали черты эмоциональной тупости, жестокости и парадоксальности. У ряда больных усиливался аутизм, а некоторые вели жизнь отшельников. Нарастали до курьезной степени педантизм и ригидность.

В позднем возрасте больных, возможно, под дополнительным влиянием процессов старения заметными становились черты некоторой более тонкой интеллектуальной несостоятельности: неспособность к творческой работе и утрата способности к пониманию и выделению смысла и сущности происходящих вокруг явлений, к которым больные как будто проявляли достаточный интерес. Нарастали наивность суждений, их шаблонность и монотонность.

У большинства больных в позднем возрасте сложился сравнительно ровный приподнятый фон настроения. Наиболее отчетливым оказалось усиление сверхценных и паранойяльных образований, чаще всего в виде сверхценных занятий, увлечений или изобретательства. При этом обычно наблюдалось постепенное нарастание ранее свойственных больным черт, но иногда и сверхценностей, и паранойяльность проявлялась впервые в позднем возрасте.

Одна больная, например, которая в молодые годы пела в любительском хоре и не имела специального музыкального образования, в позднем возрасте написала подробный трактат о хоровом пении, который она разослала по различным организациям. Высказанное специалистами мнение о полной непригодности написанного ею объясняла завистью или материальной заинтересованностью критиков.

Другой больной — маляр и фрезеровщик — всегда увлекался мелкими «рационализаторскими предложениями» и довольно наивными изобретениями; в позднем возрасте занялся нелепым изобретением, не имеющим никакого отношения к его образованию и специальности. Больной, отличавшийся крайней жестокостью и эмоциональной тупостью, полагал, что своим изобретением «осчастливит» людей и все больше переоценивал свои возможности.

Таким образом, полученные данные о динамике психических изменений и наши наблюдения за состоянием, в котором больные находились в период обследования, позволили гово-

рить об определенном прогрессиентном развитии рано сложившихся психических изменений, становившихся особенно заметными в позднем возрасте. Хотя динамика психических изменений была крайне медленной и, как правило, не выходила за пределы сложившихся ранее психических отклонений, мы все же полагаем, что подобное проявление заболевания должно рассматриваться как шизофрения. Латентные, или abortивные, проявления тлеющего процесса, как показывают наши наблюдения, представляют собой, скорее всего, лишь затяжной этап в крайне медленном развитии заболевания.

Наблюдавшаяся поздняя динамика болезненных изменений является существенным дифференциально-диагностическим критерием при отграничении латентной шизофрении от шизоидной психопатии, на что в свое время указывал П. Б. Ганнушкин.

ДИНАМИКА ПРИСТУПООБРАЗНО ПРОТЕКАЮЩИХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ

Как отмечалось выше, одна из главных задач настоящего исследования состояла в том, чтобы с помощью полученных данных о динамике шизофрении на протяжении ряда десятилетий проверить и уточнить наиболее существенные закономерности основных форм течения заболевания. Постановка и попытки решения такой задачи в отношении приступообразно протекающей шизофрении требовали прежде всего рассмотрения следующего вопроса: распространяются ли наши представления о закономерностях рекуррентного и приступообразно-прогрессиентного течения, сложившиеся в основном в результате изучения больных молодого и среднего возраста или на основании катамнестических наблюдений небольшой или средней длительности, также на отдаленные этапы течения заболевания? Иными словами, ставился вопрос о том, подтверждают ли катамнестические наблюдения над достигшими уже старческого возраста больными тот факт, что закономерности течения и выделенные, характерные для этих форм клинические свойства сохраняются от начала приступообразного процесса до его конца.

Выделение внутри группы заболеваний, протекающих по типу приступообразной шизофрении, двух дискретных форм — рекуррентной и приступообразно-прогрессиентной — основывается на существовании значительных клинических различий между психозами, входящими в эту группу. Наблюдающиеся различия касаются, как известно, и степени тяжести нас-

тупающих в результате болезни дефицитарных изменений, и «круга» психопатологических синдромов, предпочтительных для клинической картины приступов, и закономерной динамики расстройств на последовательных этапах приступообразного процесса.

В проведенных ранее исследованиях было установлено, что при рекуррентной форме течения, особенно в наиболее типичных случаях, отчетливые изменения личности выявляются лишь после повторных приступов и в дальнейшем также нарастают медленно. Между тем для приступообразно-прогредиентного течения характерна иная динамика: негативные изменения чаще всего уже предшествуют появлению развернутых психозов, углубляются сразу после первого же психотического приступа и продолжают «ступенеобразно» нарастать вслед за каждым последующим приступом.

РЕКУРРЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

С учетом ранее установленных и общепринятых данных мы сгруппировали больных, изученных нами только в поздних стадиях течения заболевания, на основании их диагностической квалификации на ранних этапах заболевания. При проведенном под таким углом зрения анализе группы больных, у которых заболевание развивалось до старческого возраста в виде очерченных приступов, оказалось, что рекуррентное течение, соответствующее на всем протяжении заболевания основным клиническим критериям этой формы, наблюдалось лишь у небольшого числа больных. Такие больные составляли около 7% от общего числа наблюдавшихся.

Вопрос о судьбе больных рекуррентной шизофренией остается до сих пор нерешенным. Пока еще отсутствуют фактические данные, которые могли бы объяснить, почему рекуррентная шизофрения, составляющая, по данным эпидемиологического исследования, 19,2—22,9% от общей популяции больных шизофренией [Жариков Н. М., Шамонова Л. М., 1972, Либерман Ю. И., 1974], диагностируется лишь у 6% больных старше 60 лет.

По этому поводу в настоящее время высказываются различные предположения. Допускается, например, что благодаря преобладанию в старческом возрасте общих тенденций к стабилизации и обратному развитию проявлений шизофрении значительная часть больных рекуррентной шизофренией — наименее прогредиентной из приступообразных форм — выздоровливают и исчезают из поля зрения психиатров. Допускается также, что шизофрения, протекающая вначале как рекуррентная, позже становится приступообразно-прогредиентной.

Как показали наши исследования, рекуррентное течение сохранялось до старческого возраста именно в тех случаях, когда и на начальных этапах болезни наблюдалось наиболее

строгое соответствие ее проявлений характерным клиническим критериям этой формы. У всех больных заболевание начиналось в наиболее предпочтительном для манифестации данной формы заболевания возрастном периоде (чаще всего от 20 до 29 лет). Клиническая картина психотических приступов определялась во всех случаях наиболее типичными для рекуррентной шизофрении синдромами — кататоно-онейроидным или депрессивно-параноидным. Кроме того, общая особенность ранних приступов заключалась в том, что они возникали остро, стремительно достигали кульминационных этапов своего развития и были четко очерченными, т. е. и психопатологическая их структура, и динамика соответствовали представлению о наиболее благоприятном в прогностическом отношении типе психоза.

Что же касается дальнейшего развития заболевания, то оказалось, что течение рекуррентной шизофрении, сохраняющей свой клинический характер на протяжении нескольких десятилетий, отличалось рядом общих особенностей. Как известно, заболевание протекало либо в виде однотипных приступов по типу «клише», либо в виде так называемого регрессионного типа течения, при котором после начальных развернутых шизоаффективных психозов на отдаленных этапах болезни возникали лишь чисто аффективные приступы. Кроме того, у всех больных в молодом и среднем возрасте приступы психоза были сравнительно редкими. При рекуррентной шизофрении с однотипными приступами после первого приступа наступала длительная (свыше 15—20 лет) ремиссия. В других случаях в молодом и среднем возрасте приступы были редкими (2—3 приступа) и их также разделяли длительные межприступные интервалы. Лишь в возрасте после 40—53 лет наблюдалось некоторое учащение приступов, сохранявших сходство с первым манифестным психозом (при течении по типу «клише»), или приступов, сопровождающихся одновременной редукцией психотических проявлений (при преобладании регрессионных тенденций в течении рекуррентной шизофрении).

Мы наблюдали 5 больных с более сложной динамикой заболевания: в молодом и среднем возрасте (до 43—45 лет) оно развивалось в рамках рекуррентной шизофрении, а позже приобретало черты приступообразно-прогрессионного течения. На первых этапах заболевания, продолжавшихся от 5 до 26 лет, наблюдались атипичные аффективные приступы и приступы онейроидной структуры (2—5), ремиссии между которыми были высокого качества. Начиная с климактерического

возраста, в структуре повторных приступов проявлялась паранойдная симптоматика, которая в дальнейшем доминировала. Наряду с изменением психопатологической структуры приступов менялось и качество ремиссии: появлялись стойкие аффективные расстройства, которые приобретали постоянный характер. При обследовании этих больных в старости были выявлены отчетливые признаки шизофренического дефекта со снижением побуждений и психической активности, эмоциональной бедностью и недостаточной критикой в отношении болезни в целом.

Таковы выявленные нами фактические данные о больных с первоначально рекуррентным течением шизофрении. О возможной причине постепенного исчезновения таких больных из известной психиатрам популяции больных шизофренией старческого возраста нельзя сделать каких-либо окончательных выводов из-за малого числа наблюдений и особенностей методического подхода при исследовании. Наблюдавшиеся формы первоначально рекуррентного течения, при которых на отдаленных этапах выявлялось отчетливое нарастание прогрессивности процесса, отличались уже в начале заболевания от наиболее типичных рекуррентных психозов. Даже немногочисленные наблюдения подтверждают возможность нарастания прогрессивности приступообразного процесса на отдаленных его этапах, т. е. перехода рекуррентной шизофрении в приступообразно-прогрессивную, и имеют принципиальное значение как один из доводов в пользу единства приступообразно протекающих форм шизофрении. Эти наблюдения говорят в пользу принадлежности к шизофрении шизоаффективных психозов, природа которых до сих пор остается спорной.

Однако на отдаленных этапах течения рано начавшейся рекуррентной шизофрении преобладают регрессивные тенденции развития, т. е. тенденции к ослаблению прогрессивности заболевания. Мы встречались с подобными случаями в виде преобладания в позднем возрасте чисто аффективных приступов. Вполне возможно, что заболевание у части таких больных может быть отнесено в позднем возрасте к аффективным психозам. В пользу этого предположения свидетельствует и тот факт, что ряд авторов [Laboucarie J., 1958; Vaillant G., 1963], наблюдавших такую же трансформацию сложных по структуре «шизофренических» приступов в чисто аффективные, говорили о переходе шизофрении в маниакально-депрессивный психоз. Наконец, примененный нами метод клинико-катамнестического наблюдения над такими больными, которые продол-

жают болеть до старческого возраста или по тем или другим причинам продолжают находиться на диспансерном учете, не позволяют ответить на вопрос о том, сколько больных с единичными психотическими приступами и наиболее благоприятным течением исчезает из поля зрения психиатров до достижения позднего возраста.

На этот вопрос могло бы ответить только катamnестическое исследование когорты больных, вятых на диспансерный учет в момент их заболевания, т. е. много десятилетий тому назад. К сожалению, такое исследование вряд ли осуществимо по ряду причин, в частности в связи с чрезвычайно большой миграцией городского населения в последние десятилетия, а частично и в связи с тем, что многие архивные материалы в диспансерах почти не сохранились.

ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

На основании оценки клиники начальных этапов заболевания основная часть остающихся до старости приступообразных процессов была отнесена к приступообразно-прогредиентной форме течения заболевания (159 наблюдений).

При отнесении больных к рассматриваемой группе соблюдались следующие принципы отбора: начало болезни в возрасте до 40 лет, возраст в период обследования старше 60 лет и течение заболевания на всем его протяжении в виде повторяющихся очерченных приступов. Тем не менее клинические проявления и течение заболевания оказались у отобранных по таким признакам больных весьма разнообразными. Значительные различия выявлялись, например, в степени выраженности сформировавшегося дефекта и динамики его развития, в частоте наблюдавшихся на протяжении заболевания приступов (от 2 до 40), в их распределении по возрастным периодам, а также в синдромальной характеристике и клинических типах психотических приступов. Оказалось, что все эти клинические параметры приступообразно-прогредиентного течения, каждый из которых сам по себе отражает определенную сторону активности течения болезненного процесса, далеко не всегда сочетаются между собой и коррелируют друг с другом. Это свойство приступообразно протекающей шизофрении не позволило проводить анализ закономерностей ее динамики в одной плоскости, что мы могли, например, допустить при трактовке динамики непрерывно протекающих форм в качестве цикла последовательно развивающихся и сменяющих друг друга стадий. В соответствии с наблюдавшимися клиническими фак-

тами более адекватным оказался путь отдельного анализа перечисленных выше параметров приступообразного течения и лишь последующей попытки их интеграции и обсуждения.

Основным показателем прогрессивности шизофренического процесса является, как известно, степень выраженности и динамики формирующихся в результате болезни дефицитарных изменений. Такие изменения обнаруживались в ремиссиях достаточно отчетливо, однако они у большинства больных этой группы достигали лишь умеренной степени, несмотря на длительность заболевания и значительное число перенесенных многими больными приступов. Таким образом, при общей оценке прогрессивности заболевания, основанной на учете лишь степени выраженности дефицитарной симптоматики, шизофрению в группе больных с приступообразным течением заболевания следует расценивать как процесс со сравнительно небольшой прогрессивностью. У больных с продолжающимися в старости приступами часто наблюдались в ремиссиях довольно значительные резидуальные продуктивные расстройства, наличие которых затрудняло оценку истинного объема дефекта. В период после завершения очередного приступа у большей части больных обнаруживались достаточная в целом психическая сохранность и удовлетворительная степень адаптации к требованиям повседневной жизни. Восстанавливались прежние навыки, ранее свойственные формы поведения и существовавшие до приступа взаимоотношения с окружающими, поэтому больные могли полностью включиться в прежнюю жизнь.

Таким образом, увеличение числа приступов в позднем возрасте, как правило, не сопровождалось дальнейшим углублением негативной симптоматики.

Изменения личности у этих больных характеризовались в основном нерезко выраженным аутизмом, ригидностью психических процессов и эмоциональным снижением. У большинства из них наблюдались отсутствие стремлений к общению с другими людьми и известная отчужденность даже внутри семьи. Часть больных проживала в старости в полном одиночестве. Их поведение отличалось размеренностью, некоторым однообразием и стремлением к жесткой регламентации распорядка дня и занятий. Постоянство в соблюдении строгих ограничений, однообразие шадящего их здоровье режима, чрезмерная серьезность в отношении к мелочам при блеклости эмоциональных реакций, отсутствии непосредственности и живо-

сти придавали поведению больных черты курьезной педантичности. У большинства больных отсутствовали признаки сколь-нибудь значительного снижения психической активности, многие из них сохраняли ограниченную или даже полную трудоспособность до пенсионного возраста и позднее. У некоторых сохранялись прежние интересы (коллекционирование, посещение театров, выставок и т. п.). Сознание болезни, как правило, было сохранено. Больные с некоторым примирением вспоминали о прежних стационарированиях и в то же время с удовлетворением говорили о своей настоящей жизни в старости, проявляя нередко оптимизм и строя различные планы на будущее. Наблюдавшиеся в ремиссиях, особенно в их начале и в случаях с частыми приступами, продуктивные расстройства ограничивались обычно аффективными и невротическими проявлениями. Только изредка выявлялась диффузная паранойяльность без образования стойких бредовых расстройств.

Более выраженные изменения личности в ремиссии были обнаружены лишь у $\frac{1}{5}$ общего числа больных этой группы: выступали прежде всего отчетливые признаки снижения общей психической активности с утратой побуждений, медлительностью, известной беспомощностью, ограничением интересов, эмоциональной блеклостью и чертами психической незрелости.

Нередко отмечались и более тяжелые (эпизодические) резидуальные расстройства — паранойяльные, галлюцинаторно-паранойяльные и рудиментарные кататонические.

В плане обсуждающегося здесь главного вопроса о закономерностях динамики приступообразно-прогредиентной шизофрении важно отметить следующее. При ретроспективном анализе длительных периодов течения приступообразно-прогредиентной шизофрении, как и в исследованиях, проведенных Bleuler (1911), G. Huber (1979), было установлено, что появление шизофренического дефекта и его углубление происходили в основном на начальных этапах заболевания. В 86% наблюдений формирование дефекта независимо от степени его выраженности завершалось после 1—3-го приступа психоза, и в дальнейшем этот дефект сущест­венно не нарастал. Продолжительность периода нарастания негативной симптоматики оказалась различной.

В большинстве случаев, даже при появлении негативных расстройств до возникновения первого манифестного приступа психоза и окончательного формирования шизофрени-

ческого дефекта уже в первой ремиссии, длительность этого периода составляла 3—7 лет. В других случаях, при которых дефект продолжал углубляться и после 2-го или 3-го приступа, продолжительность нарастания процессуальных дефицитарных проявлений была большей и зависела от длительности межприступных интервалов. Однако формирование шизофренического дефекта завершалось у всех наших больных преимущественно в молодом и среднем возрасте.

Примерно у 65% больных окончательное формирование шизофренического дефекта завершалось до 40 лет, в более позднем возрасте развитие негативных изменений заканчивалось у 25% больных, а в возрасте старше 50 лет их дальнейшее углубление отмечалось лишь у 8,6% больных.

В поздние возрастные периоды по сравнению с межприступными интервалами в более молодом возрасте (наряду с указанной стабилизацией негативной симптоматики) у многих больных, особенно при небольшой глубине дефекта, можно было наблюдать даже улучшение качества ремиссии. Уменьшались или исчезали наблюдавшиеся ранее астенические явления, сглаживались встречавшиеся в прежних ремиссиях резидуальные продуктивные симптомы. Если, например, в ранних ремиссиях преобладали общая вялость и спады настроения, то в поздние межприступные периоды нередко появлялись стеничность, бодрость, оптимизм, усиливались компенсаторные возможности, улучшалась социальная адаптация. Такое же улучшение качества ремиссий и компенсаторных возможностей наблюдалось также и при наступающих после затухания приступов длительных ремиссиях.

Другим показателем прогрессивности или степени активности приступообразно-прогредиентного процесса являются продолжительность приступов психоза и частота их возникновения на последовательных этапах течения заболевания.

Как мы указывали, при рекуррентной и приступообразно-прогредиентной форме заболевания продолжительность психотических приступов характеризуется относительной устойчивостью. Было показано, что независимо от общего числа возникающих на протяжении заболевания приступов или от изменения их частоты в определенные возрастные периоды (урезание в возрасте 40—49 лет, учащение после 50 лет) на всех этапах болезни явно преобладали приступы небольшой длительности (1—6 мес). На продолжительность отдельных психотических приступов не оказывали существенного влияния и

наблюдающиеся в течение приступообразной шизофрении различные тенденции видоизменения продуктивной симптоматики (усложнение или упрощение психопатологической структуры приступов). Из представленных данных следует, что в случаях истинного приступообразного течения шизофрении продолжительность повторяющихся на протяжении болезни приступов является достаточно стабильной и не может рассматриваться как отражение активности развивающегося процесса. Учитывая установленный нами факт, что при переходящих в хронические психозы приступообразных формах достоверно чаще встречаются длительные и «сверхдлительные» приступы, можно предположить, что этот показатель в известной мере коррелирует с общей тенденцией развития приступообразного процесса.

Более важные для понимания закономерностей течения приступообразно-прогредиентной шизофрении данные были получены при анализе соотношений между распределением приступов по возрастным периодам и динамикой дефицитарной симптоматики. Именно при сопоставлении этих двух клинических параметров выявлялось наличие определенных дивергирующих тенденций в динамике проявлений приступообразно протекающего шизофренического процесса, которые являются, по-видимому, наиболее специфической особенностью этой формы.

Характерным для шизофрении, протекающей с очерченными психотическими приступами на всем своем протяжении, является неравномерность распределения приступов по возрастным периодам. Большая часть психотических приступов — 57,2% от общего числа приступов (1592) — наблюдалась в возрасте старше 50 лет, в то время как в возрасте до 40 лет их было 23,1%, а в возрасте до 49 лет — 19,7%. Если сопоставить эти данные с установленными закономерностями динамики негативных проявлений заболевания, то полученные результаты трудно поддаются интерпретациям в свете традиционных представлений о ступенеобразном развитии приступообразно-прогредиентной шизофрении. Как известно, развитие этой формы шизофрении связывается с такой моделью динамики расстройств, в соответствии с которой последовательное возникновение приступов-шубов неминуемо сопровождается ступенеобразным углублением дефицитарных симптомов. Между тем результаты проведенного анализа позволили сделать вывод о том, что такая считающаяся типичной для приступообразно-прогредиентной шизофрении динамика расстройств — углуб-

ление негативной симптоматики по мере повторного рецидивирования приступов психоза, наблюдается лишь на первых этапах болезни, т. е. в основном у больных в молодом и среднем возрасте. Большая же часть приступов, возникающих лишь на более поздних этапах болезни, не влечет за собой нарастания шизофренического дефекта. Иными словами, в позднем возрасте активность приступообразного шизофренического процесса продолжает проявляться и проявляться даже усиленно лишь в образовании приступов, в то время как «деструктивная тенденция» болезненного процесса остается стабильной или даже ослабевает и поддается компенсации. Из этого следует, что модель ступенеобразного течения, разработанная на основе наблюдения больных шизофренией молодого и среднего возраста или непродолжительных катамнезов, не может служить характеристикой течения на всем протяжении болезни.

Проведенный анализ длительных периодов заболевания позволил более полно представить себе закономерности развития приступообразно-прогредиентной шизофрении и выделить два основных этапа развития болезни, достаточно четко прослеживающихся у большей части больных. Первый этап, совпадающий с молодым и средним возрастом больных, — это этап истинно приступообразно-прогредиентного течения в виде характерных для этой формы приступов-шубов, т. е. приступов, знаменующих собой углубление дефицитарной симптоматики (их формирование завершалось у 65,8% из 159 больных в возрасте до 40 лет). Второй этап — этап частичной стабилизации прогредиентности процесса — наступает у большинства больных (у $\frac{2}{3}$ больных в возрасте 40—49 лет, а у остальных — после 50 лет). Формирование процесса у 65,8% из 159 больных завершалось до 40 лет, только у 25,6% из этих 159 больных наблюдалось завершение формирования дефекта в возрасте 40—49 лет и у 8,6% старше 50 лет. На этом этапе наиболее полно выявляются описанные выше дивергирующие тенденции динамики процессуальных проявлений: с одной стороны — усиление активности механизма приступообразования, а с другой — ослабление, стабилизация и частичная компенсация дефицитарных изменений. Динамика клинических проявлений приступообразного шизофренического процесса на поздних этапах его течения не исчерпывается описанными двумя дивергирующими тенденциями. На этапе частичной стабилизации прогредиентности приступообразного процесса нередко наблюдается своеобразная диссоциация между усиленным при-

ступообразованием и меняющейся тяжестью наблюдающихся во время приступов психотических расстройств.

Этому аспекту длительного течения приступообразно-прогредиентной шизофрении, т. е. вопросу о динамике продуктивных расстройств в клинической картине повторных приступов, было посвящено специальное исследование Л. О. Сударевой. Автором установлено, что зачастую клиническая картина психотических приступов значительно видоизменяется в поздние возрастные периоды. При этом выявляются на отдаленных этапах течения болезни самые различные тенденции динамики психопатологических расстройств, в том числе тенденция к их упрощению или усложнению. У 20% больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией (159 человек) заболевание протекало в виде приступов, психопатологическая структура которых была одинаковой на всем протяжении шизофренического процесса (течение по типу «клише» в виде однотипных депрессивно-галлюцинаторных, депрессивно-параноидных приступов, приступов острой парафрении и др.). У 49% больных в позднем возрасте на отдаленных этапах течения заболевания происходила постепенная редукция клинических проявлений приступов; а у 31% клиническая картина приступов, возникающих в позднем возрасте, усложнялась.

В других же случаях усложнение картины приступов происходило за счет появления и дальнейшего нарастания расстройств другого регистра — паранойальной или галлюцинаторно-параноидной симптоматики; при этом усложнялась и общая структура приступов. Перечисленные изменения в интенсивности развития психоза или более сложная перестройка психопатологической структуры приступов наблюдалась, как правило, только в инволюционном периоде, т. е. на фоне уже сложившегося и стабильного шизофренического дефекта.

Таким образом, как уже было отмечено, на отдаленных этапах течения приступообразно-прогредиентной шизофрении может сохраняться активность процесса в виде рецидивирования психотических приступов и без явлений нарастания дефекта. Более того, выявилась еще одна особенность течения продолжающегося до старости болезненного процесса: частое рецидивирование приступов сочеталось в большинстве случаев с упрощением их клинической картины. Иными словами, наблюдалась известная диссоциация между усиливающимся приступообразованием и преобладанием регрессирующих тенденций симптомо- и синдромообразования в приступах, выра-

жающихся в редукции клинической картины приступов до уровня аффективных расстройств.

Завершая анализ закономерностей развития, выявленных при изучении максимально длительных периодов течения приступообразно-прогредиентной шизофрении, остановимся на наиболее важных, с нашей точки зрения, положениях.

Основной вытекающий из полученных данных вывод состоит в том, что прогредиентность этой формы течения шизофрении по главному ее показателю — формированию дефекта, как и при других формах заболевания, является ограниченной и по степени своей выраженности, и по длительности периода его нарастания. Поэтому в приступообразно-прогредиентном течении шизофрении условно можно выделить отдельные этапы ее развития — этап активного нарастания процессуальных изменений и этап явного ослабления и стабилизации этих изменений. Стабилизация процессуальной динамики при продолжающемся на всем протяжении заболевания рецидивировании приступов не является, естественно, столь полной и завершенной, как при непрерывно текущих формах шизофрении. Она проявляется лишь в прекращении нарастания шизофренического дефекта и в ряде случаев также в ослаблении возникающих в период приступов психопатологических расстройств, а в соответствии с этим в трансформации первоначально возникающих приступов-шубов в чисто аффективные фазы.

Особое значение для понимания закономерностей приступообразного течения заболевания следует придавать тому факту, что на фоне стабилизировавшегося дефекта механизм приступообразования не только не прекращается или ослабевает, а, наоборот, явно усиливается. Такая сложная и в известной степени противоположная динамика клинических расстройств препятствует рассмотрению закономерностей приступообразно-прогредиентного течения шизофрении в виде единого, прямолинейно развивающегося цикла. Этот факт, свидетельствующий об известной независимости проявлений приступообразно-прогредиентной шизофрении в ее динамике, нуждается в более углубленном исследовании на биологическом уровне.

Однако он должен учитываться не только при проводящихся в настоящее время и будущих биологических исследованиях, но и при прогностической оценке приступообразно протекающих шизофренических процессов или решении ряда терапевтических и социальных вопросов.

**ДИНАМИКА ДЛИТЕЛЬНЫХ («ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ») РЕМИССИЙ,
НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ
ПОСЛЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИСТУПОВ**

При описании различных вариантов приступообразного течения шизофрении уже упоминалась изученная в популяции диспансера группа из 158 больных (47 мужчин и 111 женщины), которые в возрасте старше 60 лет, т. е. в период обследования, находились в состоянии длительной (15—20 лет и более) ремиссии после прекращения психотических приступов.

Важность специального обследования этих больных состояла в возможности выяснения следующих вопросов: 1) отличаются ли такие заключительные ремиссии, наступившие после затухания приступов, полностью или частично от тех, которые наблюдаются у больных того же возраста с продолжающимися приступами; 2) устанавливается ли определенная динамика самых длительных ремиссий; 3) в чем заключаются особенности и динамика выступающего в этих ремиссиях шизофренического дефекта.

При анализе клинической картины таких длительных ремиссий выявлялись следующие особенности, отличающие их от более коротких ремиссий у больных того же возраста, у которых приступы рецидивировали до старости. По сравнению с последними они оказались в целом более свободными от резидуальных продуктивных расстройств, т. е. были более «чистыми». В отношении их качества и выявляющихся в ремиссиях дефицитарных изменений они были менее однородными. По своей клинической структуре эти длительные ремиссии представляли собой ряд переходов от постоянного, как будто свободного от психопатологических расстройств, до ремиссий довольно низкого качества с невысоким уровнем социальной адаптации больных. Таким образом, в части этих ремиссий степень дефицитарных изменений была более глубокой, чем в ремиссиях при возобновляющихся до старости приступах.

¹ Отождествление длительных ремиссий, наблюдающихся у больных позднего возраста после прекращения психотических приступов, с «заключительными» не может, естественно, считаться в полном смысле доказательным во всех таких случаях. Выше приводились собственные наблюдения, показавшие возможность возобновления приступов после длительных и сверхдлительных ремиссий. Запоздалые рецидивы приступов, выявляемые чаще всего в позднем возрасте больных, встречались только после длительных ремиссий, образовавшихся в молодом или, чаще, в среднем возрасте. Но многочисленные наблюдения за ремиссиями, развившимися лишь в позднем возрасте, показали исключительную редкость рецидива приступов в еще более позднем возрасте — в глубокой старости больных.

Наблюдалась тенденция к постепенной редукции резидуальных продуктивных расстройств, которые обычно были более заметными в начальной стадии длительной ремиссии, однако эта редукция не была равномерной. Наиболее инертными и резистентными оказались некоторые навязчивые расстройства, возникшие нередко еще до развития манифестных приступов. Долго сохранялись также развившиеся на ранних этапах заболевания сверхценные образования (увлечение коллекционированием, особыми способами самолечения и физической закалки и т. п.). Такие явления оставались в поздних ремиссиях долго почти без изменения. Паранойяльные идеи, наблюдавшиеся в прежних приступах и ремиссиях, исчезали чаще всего полностью, но в некоторых случаях оставались общая подозрительность и готовность к эпизодическим, ситуационно обусловленным паранойяльным реакциям. Остаточные галлюцинаторно-бредовые симптомы, наблюдавшиеся в ремиссиях после приступов с расстройствами этого регистра, исчезали обычно в длительной, продолжающейся до старости ремиссии. Сглаживались, как правило, и аффективные резидуальные симптомы, в частности фазные расстройства настроения. Устанавливался со временем стойкий фон слегка повышенного, реже — сниженного настроения. На поздних этапах длительных ремиссий (через 20 лет и более) резидуальные продуктивные нарушения становились минимальными и при этом отличались стабильностью и монотонностью (например, в виде слегка измененного фона настроения или некоторой постоянной готовности к паранойяльным реакциям).

В заключительных длительных ремиссиях сглаживались, таким образом, прежде всего резидуальные продуктивные расстройства, наблюдавшиеся в более полном виде во время приступов. Позднее и в меньшем объеме редуцировались остаточные продуктивные симптомы, развившиеся уже в манифестном периоде или же во время первых ремиссий (навязчивости, сверхценные образования и т. п.).

В результате постепенной редукции резидуальной продуктивной симптоматики ремиссий изменения личности выступали в более «чистом» виде. Однако также и динамика этих компонентов клинической картины поздних ремиссий оказалась различной и неоднозначной.

В случаях, когда устойчивые, в дальнейшем не подвергающиеся колебаниям в своей интенсивности дефицитарные изменения (черты психического инфантилизма, утрата работоспособности, эмоциональная измененность, чуждаковатость и др.)

сложились уже на ранних этапах заболевания, такие наиболее характерные шизофренические изменения сглаживались только частично даже при длительном существовании заключительной ремиссии. Не затушевывались они в результате патопластического влияния возрастного фактора. Однако выраженность таких изменений личностной структуры больных далеко не всегда коррелировала с тяжестью клинической картины приступов, перенесенных ими в молодом или среднем возрасте [Молчанова Е. К., 1976]. Довольно глубокие дефицитарные изменения наблюдались нередко также и у таких больных, у которых прежние приступы ограничивались относительно неглубокими психопатологическими расстройствами (адинамические, ипохондрические и другие атипичные депрессии, истероформные картины и др.). Эти наблюдения показали, таким образом, что в группе больных с приступообразно протекающими шизофреническими процессами, при которых приступы в позднем возрасте прекратились, встречались и такие формы, при которых прогрессивность приступообразного шизофренического процесса выражается главным образом в развитии отчетливой негативной симптоматики, а отсутствует наблюдающееся в других случаях соответствие между характером и тяжестью клинической картины приступов и степенью выраженности послеприступных изменений.

Признаки психического инфантилизма при этом варианте течения приступообразной шизофрении выявлялись не всегда¹. Отчетливые черты психического инфантилизма обнаруживались в ремиссиях у находящихся в позднем возрасте больных только в случаях ранней манифестации приступов или после тяжелых начальных кататоно-гебефренных шубов.

Сравнение состояния больных в период поздней ремиссии и в более ранних межприступных периодах (во время активного течения заболевания) показало отчетливую, хотя и не однозначную, динамику негативных расстройств. Некоторые отмеченные на более ранних этапах заболевания негативные изменения или признаки дефекта² сглаживались, другие, наоборот, выступали в поздних ремиссиях более отчетливо. Выяснилось, например, что личностные изменения, квалифицирован-

¹ Отличие дефицитарных изменений у этих больных от структуры дефекта у больных с вялотекущей (непрерывной) шизофренией в старости.

² Такое выделение отдельных негативных расстройств или дефицитарных признаков из целостного синдрома или изменений личностной структуры в целом и известной степени условно и схематично, однако мы считаем его пригодным для анализа динамики негативных расстройств.

ные ранее как аутизм, которые, по данным медицинской документации, формировались в период активного течения заболевания, т. е. до наступления последней длительной ремиссии, у 90% этих больных, почти у $\frac{1}{3}$ из них становились в старости менее выраженными. Это уменьшение клинических признаков аутизма выражалось у состарившихся больных в большем стремлении к общению с другими, в появлении новых контактов и большей разговорчивости, сопровождающейся иногда даже излишней откровенностью. Тем не менее внутренний мир больных оставался до известной степени недоступным для других людей и даже для близких родственников.

Наиболее выраженной оказалась, однако, положительная динамика такого отчетливого негативного признака, как снижение психической активности (недостаточность побуждений, вялость, пассивность и т. п.), который описывался в прежних ремиссиях у 86% больных. Во время длительной поздней ремиссии заметное уменьшение этих изменений наступало у 80% из них. Уменьшались не только астенические жалобы и чувство несостоятельности; больные становились активнее, деятельнее, постоянно были заняты каким-то трудом, обслуживали себя и своих близких, проявляли больше интереса к жизни. Отмечались заметные положительные сдвиги также и в отношении тех прежних изменений действия и поведения больных в быту, которые описывались как «деорганизация целенаправленной деятельности [Мелехов Д. Е., 1973]. В результате улучшения контактности больных, большей их общительности и разговорчивости, повышения активности и стремления к деятельности складывалось в поздних ремиссиях впечатление о значительно меньшей эмоциональной изменчивости, чем раньше.

Некоторые негативные проявления шизофренического процесса, обнаруженные в период активного течения болезни и в прежних неполных ремиссиях, не были, таким образом, в собственном смысле дефицитарными, а оказались в большей или меньшей степени обратимыми. Поэтому на поздних этапах длительных ремиссий наблюдалась известная диссоциация между различными негативными проявлениями заболевания.

Эта диссоциация, с одной стороны, заключалась в сглаживании таких динамичных по своей и проявляющихся во взаимодействии с окружающей средой изменений, как аутизм, снижение психической активности и другие, что и обуславливало улучшение адаптации больных в жизни. С другой стороны, наблюдалось усиление таких изменений личности,

как ригидность, замедление темпа и стереотипизация психической деятельности, чужаковости. В ряде случаев эти изменения достигали в старости больных значительно большей степени выраженности, чем в прежних ремиссиях. Ригидность и педантизм накладывали во многих случаях свой отпечаток на весь образ жизни больных.

Больные добровольно не соглашались ни на какие перемены в их взглядах и навсегда установившемся жизненном укладе. Одна больная, например, во время капитального ремонта дома отказалась от временного переезда в другую квартиру. В течение нескольких месяцев она прожила без отопления, газа и воды, но зато ни на один день не покидала привычной обстановки своей комнаты. Другой больной с таким же курьезным педантизмом много лет подряд выезжал на прогулку за город, в лес. Делал это в любую, даже самую ненастную и холодную погоду, но обязательно по воскресеньям, хотя давно не работал и мог бы отложить прогулку на другой день.

Всем больным этой группы в позднем возрасте в какой-то степени были присущи чужаковость и парадоксальность эмоциональных реакций, но интенсивность этих изменений была различной. У некоторых больных черты чужаковости стали заметными только в позднем возрасте, у других происходило лишь их усиление. Что касается парадоксальности эмоциональных проявлений, то, наоборот, она выявлялась, как правило, рано и с возрастом несколько углублялась. Процессы психического старения, возможно, усиливали проявления таких изменений структуры личности больных, как ригидность, педантизм и склонность к стереотипным формам психической деятельности.

В ряде наблюдений изменения личности больных в той или иной степени утрачивали свой специфический шизофренический характер, приобретали выраженную возрастную окраску. Особенно отчетливо это проявлялось в менее прогрессивных случаях заболевания. На первый план выступали характерные для психического старения личностные сдвиги: усиление ригидности, эгоцентризм, свосравние, ворчливость, скупость, фиксация интересов на состоянии своего здоровья.

Характер и тенденции видоизменений позитивных и негативных расстройств в наблюдавшихся в позднем возрасте длительных ремиссиях были во многом сходны с теми изменениями, которые описаны на отдаленных этапах вялотекущей шизофрении. Однако по сравнению с картиной поздних стадий вялотекущего непрерывного шизофренического процесса весь спектр резидуальных позитивных и сформировавшихся негативных расстройств в ремиссиях оказался более широким и

разнообразным. Наблюдались и иные соотношения между продуктивными и негативными расстройствами.

Клиническая картина последних ремиссий при этом варианте течения приступообразной шизофрении в целом была более тяжелой и в большей степени соответствовала традиционным представлениям о шизофреническом дефекте, чем те изменения, которые наблюдались в том же возрасте в ремиссиях при продолжающейся до старости шизофрении с приступами.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ В ТЕЧЕНИИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Несмотря на то что в общей популяции больных шизофренией этот вариант течения встречается не так уже часто, он представляет особый интерес. Это, во-первых, связано с тем, что существование таких переходных случаев свидетельствует об известных пределах устойчивости основных форм течения шизофрении и является аргументом в пользу концепции ее единства. Во-вторых, эти наблюдения ставят с особой остротой проблему прогноза при шизофрении.

Хронические психозы, развивающиеся после начального этапа приступообразного течения заболевания, неоднородны. В одних случаях они представляют собой затяжные, хронифицированные приступы или континуальное безремиссионное течение приступообразной шизофрении. В других — наблюдается истинный переход приступообразного течения болезни в непрерывно-прогредиентное, причем развитие хронического психоза происходит по закономерностям либо непрерывной параноидной, либо злокачественной шизофрении.

По нашим данным, психозы, представляющие собой затяжные, хронифицированные приступы, отличаются по ряду общих особенностей от группы психозов с непрерывно-прогредиентным течением. К этим особенностям относятся: острота развития психоза и быстрое формирование его клинической картины, не претерпевающей в дальнейшем существенных изменений; полиморфизм клинической структуры психоза, складывающегося из аффективных, галлюцинаторно-бредовых и кататонических расстройств; аффективная насыщенность психопатологических расстройств, с годами мало ослабевающая и выявляющаяся если не в поведении больных, то в содержании их бредовых и галлюцинаторных переживаний; динамичность психопатологических расстройств при относительной стабильности клинической картины психоза в целом. Эта динамичность проявлялась как в возникновении быстро преходя-

ших обострений с выраженной дезорганизацией поведения, во время которых наряду с усилением интенсивности имеющихся расстройств отмечались и расстройства, ранее не наблюдавшиеся (элементы растерянности, чувственного или фантастического бреда, кататонические симптомы и др.), так и в наступлении кратковременных ослаблений психотических проявлений с более упорядоченным поведением, а иногда и с появлением частичной критики. Характерной чертой затяжных приступов являлись отмечающаяся нередко возможностью «усваивания» больными внешних событий и окружающей обстановки, что отражалось в тематике психопатологических переживаний, а также смутное понимание факта своего заболевания и своей беспомощности. Все это свидетельствовало об определенной сохранности личности больных.

При переходе приступообразного течения шизофрении в континуальное, по существу безремиссионное, психоз также имел по своей структуре все признаки приступа. В клинической картине преобладали преимущественно кататано-маниакально-бредовые состояния, чередующиеся с кататано-депрессивно-бредовыми. Реже возникали аффективно-галлюцинаторно-бредовые психозы. Приступ, с которого начиналось континуальное течение, чаще возникал после ремиссий различной длительности, но в отдельных случаях континуальное течение представляло собой как бы продолжение серии приступов; ремиссии между приступами становились все более короткими и постепенно полностью исчезали.

Продолжительность психоза с одним и тем же аффектом (депрессивным или маниакальным) была достаточно большой — от 3—4 до 10—15 лет, т. е. частое чередование приступов с полярным аффектом не являлось характерным для таких случаев. Смена состояний, сопровождающихся полярными аффективными расстройствами, происходила обычно постепенно через непродолжительное ослабление (до 1 мес) психопатологических проявлений либо через смешанное состояние. Иногда наряду со сменой аффекта в последующих приступах отмечалось и усложнение синдромальной структуры приступа, преимущественно за счет более развернутых галлюцинаторно-бредовых проявлений. Течение болезни в этих случаях приобретало в какой-то мере сходство с непрерывно-прогредиентным процессом, но отчетливая смена аффекта и изменение при этом содержания галлюцинаторно-бредовых расстройств позволяли отграничить такого рода случаи континуального течения болезни от случаев, при которых наблюдался переход

приступообразной шизофрении в истинный непрерывно-прогредиентный процесс.

Общей особенностью возникающих при истинной смене формы течения хронических психозов, развивающихся по типу параноидной шизофрении, было последовательное и малообратимое усложнение клинической картины с преобладанием в ней галлюцинаторно-бредовых расстройств при относительно неглубоких негативных нарушениях. Однако лишь у 10 из 58 больных развитие хронического психоза происходило по классической (описанной Magnan) схеме эволюции хронических бредовых психозов. При этом после нескольких очерченных психотических приступов и последующих за ними ремиссий возникали и постепенно нарастали параноидальные расстройства, последовательно сменявшиеся параноидными и парафреничными синдромами. Без знания анамнеза, лишь на основании клинической картины многолетнего психоза невозможно было предположить, что психозу предшествовали очерченные приступы и достаточно глубокие ремиссии. У большинства больных многолетний психоз, развившийся после ряда приступов, начинался как типичный приступ, чаще всего как галлюцинаторно-параноидный, реже как аффективно-бредовой или кататонно-аффективный, а переход болезни в непрерывное течение по типу параноидной шизофрении становился очевидным лишь спустя несколько месяцев, а иногда лет. Происходило постепенное ослабление аффективных и четкое нарастание галлюцинаторно-бредовых расстройств с последующим усложнением картины психоза в результате присоединения и усиления парафреничных или кататонических расстройств. Однако в большинстве наблюдений сохранялись и признаки приступообразности (стертые фазные аффективные расстройства, волнообразные обострения имеющейся симптоматики на фоне хронического течения психоза). Наличие этих признаков в структуре таких непрерывных психозов, а также сохранность у ряда больных воспоминаний о перенесенных ранее приступах, иногда даже с известным критическим к ним отношением, позволяли отдифференцировать их от истинной непрерывно-прогредиентной параноидной шизофрении.

В клинической картине хронических психозов, протекающих по типу непрерывно текущей злокачественной шизофрении, преобладали люцидно-кататонические, кататонно-гебефренические расстройства или фрагментарная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, сочетающаяся с глубокими негативными изменениями. В большинстве таких случаев хрониче-

ский психоз возникал остро, но более или менее отчетливые признаки приступа обнаруживались лишь в самом начале его развития. В дальнейшем течение психоза приобретало злокачественный характер. При этих злокачественных хронических психозах выявлялись слабо выраженные признаки приступообразности (плоская циркулярность, депрессивные эпизоды с нелепыми нигилистическими идеями, бедные, смутные и отрывочные воспоминания о ранее перенесенных приступах).

На поздних этапах течения болезни всем типам хронических психозов была свойственна тенденция к стабилизации процесса с последующей постепенной редукцией психотических расстройств, хотя выраженность и характер редукции психопатологических проявлений были различными. Наиболее типичным для хронических психозов-приступов и при континуальном течении приступообразной шизофрении было упрощение клинической картины психоза в результате редукции или полного исчезновения таких расстройств, как галлюцинаторно-бредовые, парафренные и кататонические. В связи с этим клиническая картина становилась более мономорфной и определялась преимущественно аффективными расстройствами; поведение больных становилось более упорядоченным. У 42,3% больных редукция расстройств в старости была столь значительной, что можно было говорить о наступлении поздней ремиссии. Эти данные свидетельствуют, таким образом, о сохранившейся при такого рода хронических психозах тенденции к ремиттированию, т. е. об их принадлежности к группе приступообразной шизофрении. Эти наблюдения согласуются с результатами, полученными при изучении поздних ремиссий, наступавших после затяжных многолетних шизофренических приступов [Дувакина М. В., 1974].

Наступление стадии стабилизации процесса при хронических психозах, протекающих по типу параноидной и злокачественной шизофрении, так же как и при протекающих непрерывно параноидных и злокачественных шизофренических процессах, совпадало с поздним возрастом больных (45 лет и старше). Динамика клинических проявлений в этой стадии заболевания и в последующей стадии редукции психотических расстройств также по существу не отличалась от динамики расстройств при соответствующих непрерывных формах шизофрении на поздних этапах течения процесса. Стадия стабилизации процесса при хронических психозах типа злокачественной шизофрении наступала в среднем через 3—4 года после перехода приступообразного течения в хроническое (короткая

активная стадия хронического психоза). При хронических психозах, протекающих по типу паранойдной шизофрении, активная стадия болезни отличалась большей длительностью (более чем в половине наблюдений превышала 10 лет). В завершающей стадии злокачественно протекающих хронических психозов, развивающихся после этапа приступообразного течения, редукция психопатологических расстройств была более выраженной. Выявлялись признаки апатического слабоумия, т. е. болезнь, как и при непрерывном течении злокачественной шизофрении, приблизилась к истинному исходу. При хронических психозах типа паранойдной шизофрении болезнь завершалась формированием психотических конечных состояний с большей или меньшей редукцией психотических проявлений.

Настоящее исследование подтвердило хорошо известный в литературе и клинике факт о многообразии проявлений приступообразно текущих форм шизофрении. У изученных нами больных такой полиморфизм клинических признаков выявлялся прежде всего в наблюдающихся в позднем возрасте существенных различиях основных тенденций развития приступообразного процесса. На этом основании все больные с приступообразной шизофренией распределялись на 4 основные группы: 1) с прекращением приступов и установлением в позднем возрасте длительных ремиссий; 2) с продолжающимися на всем протяжении заболевания приступами; 3) с развитием на поздних этапах хронифицированных приступов; 4) с переходом приступообразного процесса в непрерывно-прогредиентное течение. В ходе обобщения клинического материала возникла, естественно, необходимость попытаться выявить некоторые корреляции между обнаруживающимися в старости тенденциями развития приступообразного процесса и рядом общих клинических параметров заболевания. Попытка выявления таких корреляций у достигших старческого возраста больных встречала, по понятным причинам, немалые трудности, касающиеся в основном уточнения проявлений болезни на ранних этапах ее течения. Поэтому при сопоставлении отдельных групп больных мы выбрали лишь те показатели, в отношении которых можно было получить достаточно достоверные данные. Названные выше группы больных сравнивали по следующим параметрам: пол, возраст к началу заболевания, частота и клинический тип приступов в течении болезни и их длительность. Сравнительный анализ показал следующее. Соотношение между числом больных мужчин и женщин в этих группах оказалось несколько различным. При прекращении

приступов и при переходе приступообразного течения в хроническое это соотношение равнялось 1 : 2,3. В группе больных с продолжающимися приступами соотношение составляло примерно 1 : 3, а в группе больных с затяжными приступами — 1 : 3,7. Но эти различия не были достоверными.

При сопоставлении больных по возрасту к началу заболевания выявилось, что наиболее прогрессивно протекающие приступообразные процессы (переходящие в хронифицированные приступы и приобретающие непрерывное течение) чаще начинаются в более позднем возрасте. Например, в возрасте до 30 лет заболевание началось у 64,5% больных, у которых в позднем возрасте приступы прекратились, и у 66,5% больных с продолжающимися приступами, и только у 47,6% больных приступообразными процессами, переходящими в хронические психозы (разница статистически достоверна, $t=3,2$).

Что же касается частоты перенесенных приступов, то оказалось, что более существенные видоизменения течения процесса (прекращение приступов с наступлением длительных ремиссий, переход в затяжной приступ или в непрерывно-прогрессивное течение) отмечаются преимущественно при малом числе приступов. Между тем при формах шизофрении, протекающих до старости с приступами, в среднем на одного больного приходилось около 10 приступов. Вероятность коренного видоизменения приступообразного течения болезни бывает, таким образом, тем меньше, чем больше приступов перенес больной, а существенные видоизменения приступообразного течения болезни происходят в основном после небольшого числа начальных приступов.

При сравнительном анализе возможного значения длительности приступов для различных тенденций развития процесса мы делили их на три группы: очень короткие (до 1 мес), короткие (до 6 мес) и длительные (свыше 6 мес). Результаты анализа представлены в табл. 14.

Из данных табл. 14 следует, что короткие приступы явно преобладают при сравнительно менее прогрессивных формах, но встречаются также более чем в $2/3$ случаев при развитии хронических психозов-приступов. Сравнительно редкими (около 40%) они бывают лишь при приступообразных процессах, приобретающих непрерывное течение. Только при этих формах длительные приступы составляют большинство приступов, предшествующих изменению течения болезни.

У всех изученных нами больных в течение болезни наблю-

Длительность приступов при различном течении приступообразной шизофрении (в процентах)

Длительность приступов	Варианты течения приступообразной шизофрении			
	продолжение приступов до старости	прекращение приступов	переход в хронифицированные приступы	переход в хроническое течение
Очень короткие и короткие	91,3	87,9	76,3(t=6,8)	39,9(t=6,8)
Длительные	8,7	12,1	23,7	60,1
Всего . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

дался широкий диапазон клинических типов приступов, которые описывались при приступообразных формах шизофрении. Поскольку клинико-психопатологическая квалификация ранних приступов сопряжена с определенными трудностями, мы объединили перенесенные нашими больными приступы в 5 укрупненных групп на основании наиболее существенных клинических признаков: 1) чисто аффективные приступы; 2) кататонно-окейроидные и близкие к ним кататонические состояния с редуцированными ошейроидными, аффективными расстройствами и острым бредом; 3) аффективно-бредовые, в том числе аффективно-паранойяльные, аффективно-параноидные и аффективно-парафренические приступы; 4) галлюцинаторно-бредовые (паранойяльные, галлюцинаторно-бредовые и парафренические состояния без выраженных аффективных нарушений); 5) тип приступов с достаточно стойкими, но крайне фрагментарными и неразвернутыми галлюцинаторно-бредовыми, кататоническими и аффективными расстройствами.

Распределение 2668 приступов, перенесенных всеми больными с приступообразной шизофренией, на 5 клинических типов и на 4 разновидности приступообразного процесса (прекращение приступов, продолжающиеся приступы, развитие хронифицированных приступов, переход в непрерывное течение) представлено в табл. 15.

Как видно из данных табл. 15, определенные корреляции выявляются между особенностью течения заболевания и частотой, с которой возникают те или иные клинические типы

Типы приступов при различном течении приступообразной шизофрении (в процентах)

Тип приступа	Варианты течения приступообразной шизофрении			
	продолжение приступов до старости	прекращение приступов	переход в хронифицированные приступы	переход в хроническое течение
1. Чисто аффективные	33,9	66,4	2,1	6,2
2. Кататоно-онейроидные и близкие к ним	6,4	5,7—	23,7	5,3
3. Аффективно-бредовые	40,1	25,5—	23,7	23,5
4. Галлюцинаторно-бредовые	10,4	0,9	43,3	39,5
5. С фрагментарными расстройствами	9,2	1,5	7,2	25,5
Всего . . .	100,0	100,0	100,0	100,0

приступов. В наиболее общем виде эти соотношения могут быть сформулированы следующим образом: чем более благоприятно протекает приступообразный процесс (с прекращением приступов или их рецидивированием на всем протяжении болезни), тем чаще (в 97,6 и 80,4% соответственно) встречаются приступы с наименее глубокими нарушениями психической деятельности (типы 1—3). Наоборот, чем более прогрессивно протекает приступообразный шизофренический процесс (с образованием затяжных приступов или переходом в непрерывное течение), тем чаще (в 50,5 и 65% соответственно) наблюдаются приступы с более глубокими психическими расстройствами — галлюцинаторно-бредовыми и фрагментарными (различия статистически достоверны, $t=5,98$). Если же внутри группы приступообразных форм, переходящих в хроническое течение, выделить те случаи заболевания, где дальнейшее течение приближалось к злокачественному, то число тяжелых приступов становится еще выше — 76,6%, а среди них 61,2% приступов сопровождается фрагментарными расстройствами.

Этот факт указывает на связь неблагоприятного течения приступообразной шизофрении с клиническим характером

первых приступов. Следует также отметить разброс клинических типов приступов в тех случаях, в которых наблюдалось образование затяжного, хронифицированного приступа. В этих случаях высоким оказался не только удельный вес (43,3%) галлюцинаторно-бредовых приступов, но сравнительно низкой была частота так называемых фрагментарных приступов (7,2%); сравнительно часто при этих формах наблюдались также кататоно-онейроидные и аффективно-бредовые приступы (каждый из них в 23,7% случаев). Эти данные указывают, с нашей точки зрения, на известную неоднородность тех приступообразных форм, при которых возникают затяжные приступы.

По-видимому, в этой группе заболеваний имеются формы как с более, так и с менее прогрессивным течением процесса.

Анализ корреляций между названными выше параметрами заболевания и длительным течением приступообразной шизофрении позволил сделать ряд выводов.

1. Выявленные различия в распределении больных по полу в отдельных группах оказались статистически недостоверными, но у мужчин обнаруживалась определенная тенденция к относительно большей частоте таких изменений течения, как прекращение приступов на определенном этапе болезни или переход приступообразного течения в непрерывное.

2. При неблагоприятном течении приступообразной шизофрении начало заболевания наблюдается в более позднем возрасте.

3. Коренные видоизменения приступообразного течения (прекращение приступов, переход в хронические психозы) происходят чаще после небольшого числа приступов; следовательно, с увеличением числа рецидивов вероятность такого существенного видоизменения течения уменьшается.

4. Преобладающее большинство приступов при сравнительно благоприятном течении приступообразной шизофрении продолжается до 6 мес, а частота более длительных приступов возрастает по мере усиления неблагоприятных тенденций развития процесса и достигает максимума в случаях перехода заболевания в хроническое течение.

5. Наиболее существенные различия были обнаружены при сопоставлении клинического типа приступов с более благоприятным или неблагоприятным характером длительного течения приступообразного процесса. Были выявлены отчетливые корреляции между приступами, отражающими наиболее глубоко

кие нарушения психической деятельности, и наиболее неблагоприятным видоизменением приступообразного течения.

Полученные данные могут рассматриваться в прогностическом отношении как значимые, но позволяют говорить лишь о групповом прогнозе, т. е. о прогностических критериях, встречающихся с определенной частотой при той или другой разновидности приступообразного течения процесса.

Как было показано в специальном исследовании Т. А. Дружининой и А. В. Медведева (1977), прогностические критерии, полученные при таком анализе, не могут претендовать на абсолютное значение и, по-видимому, недостаточны для решения столь актуального вопроса, каким является прогнозирование индивидуального случая заболевания.

НЕКОТОРЫЕ ОБЩИЕ ВОПРОСЫ УЧЕНИЯ О ШИЗОФРЕНИИ И ДЛИТЕЛЬНЫЕ КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В предшествующей главе мы представили результаты нашего исследования, касающиеся тех вопросов клиники шизофрении, для решения которых наиболее адекватным и информативным подходом является максимально длительное изучение течения заболевания. Излагались сначала наблюдения, относящиеся к вопросу об устойчивости выделенных советскими авторами форм течения шизофрении от начала заболевания в молодом или среднем возрасте до старости больных. Приводились затем результаты ретроспективного восстановления всей динамики различных по форме течения и степени прогрессивности групп шизофренических процессов и описывались, в частности, при этом клинические проявления заболевания у достигших старческого возраста больных, иными словами, результаты наших непосредственных катamnестических наблюдений.

В данной главе мы приступаем к обсуждению ряда важных общих вопросов учения о шизофрении, для решения которых полученные нами данные имеют определенное значение. Учитывая специальные задачи этой работы, мы останавливаемся выборочно лишь на тех проблемах, которые считаем наиболее актуальными и в то же время наиболее тесно связанными с проведенным нами исследованием и его результатами. Такими вопросами, подлежащими обсуждению под этим углом зрения, являются: проблема прогрессивности при разных формах течения и различных клинических вариантах шизофрении; вопрос о постоянстве или, наоборот, о связанной с этапом течения болезни и возрастом больных изменчивости психопатологических проявлений (симптоматики) заболевания; различные аспекты течения и проявлений заболевания в условиях его изучения в возрастном плане, в частности вопрос о

сложных взаимоотношениях между болезненным процессом и процессом старения, и, наконец, некоторые вопросы общего прогноза заболевания.

ПРОБЛЕМА ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Основной вывод относительно этой кардинальной проблемы учения о шизофрении, вытекающий из нашего исследования, сводится к тому, что вряд ли возможно предложить такую общую и единую характеристику этого свойства болезненного процесса, которая оказалась бы правильной для всех клинических форм, отнесенных в настоящее время к шизофрении. Невозможным оказалось такое однозначное определение прогрессивности шизофрении, каким пользуются психиатры при ряде органических заболеваний (прогрессирующий паралич, сенильная деменция и другие атрофические процессы и т. п.), при которых прогрессивность болезненного процесса закономерно отождествляется с развитием слабоумия. Этот вывод сам по себе отнюдь не нов. Шизофренические процессы, обладающие весьма различной прогрессивностью, описывались многочисленными авторами.

Е. Bleuler (1911), например, писал: «Мы называем шизофренией группу психозов, которые текут то хронически, то в виде шубов, могут останавливаться или подвергаться обратному развитию, но при неблагоприятном (прогрессивном) течении развиваются в направлении к особой, отличной от органической, деменции».

На основании этих наблюдений, получивших общее признание, разные авторы делали различные нозографические выводы. Большинство авторов, в том числе и советских, считали, что выявляющиеся существенные различия в прогрессивности шизофренических процессов не выходят за рамки того, что известно и при других болезнях человека. Для других же авторов эти различия в прогрессивности болезненного процесса послужили основанием для выделения особых нозологических форм, в том числе циклоидных психозов [Leonhard K., 1960] или в прогностическом отношении благоприятных (непрогрессивных) шизофреноподобных, псевдошизофренических и других психозов [Langfeldt G., 1956; Rumke M., 1963, и др.].

В настоящее время этот факт хорошо знаком каждому психиатру. В советской психиатрии все эти наблюдения, показавшие не только большой клинический полиморфизм, но и глубокие различия в прогрессивности отдельных форм шизофрении, складывались в получившую широкое признание концепцию об основных формах течения заболевания. Таким образом, наиболее существенный прогресс в изучении этой проблемы был достигнут в результате сочетания учета степени и характера прогрессивности с изучением течения заболевания,

ибо выделенные формы течения (непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная и рекуррентная) характеризовались также и присущей каждой из них особой прогредиентностью. Хорошо известно и то, что в рамках каждой из трех основных форм течения в дальнейшем выделялись различные клинические варианты или группы, отличающиеся друг от друга по степени прогредиентности, свойственной этому типу течения заболевания. Внутри группы непрерывно-прогредиентных процессов описывались, например, отличающиеся друг от друга по степени этой особой (непрерывной) прогредиентности интенсивно-прогредиентные (злокачественные), среднепрогредиентные (параноидные) и малопрогредиентные формы. По такому же принципу выделялись различные варианты приступообразно-прогредиентных и рекуррентных форм. Таким путем создавалась систематика форм и вариантов шизофрении, в равной степени учитывающая особенности течения и различия в прогредиентности болезненного процесса.

Новые положения, дополнения, а иногда и коррективы, которые могут внести полученные нами данные в эту основополагающую концепцию, касаются в основном одного существенного аспекта этой проблемы. Проведенный нами анализ течения различных шизофренических процессов впервые позволил изучить динамику и изменчивость их прогредиентности и целый ряд частных особенностей прогредиентности различных клинических форм.

Изучение проблемы прогредиентности при шизофрении проводилось на разных этапах течения заболевания. После выделения основных форм течения заболевания анализ течения заболевания на всем его протяжении позволил нам приступить к изучению оставшегося нерешенным вопроса о динамике (постоянстве или изменчивости) различных видов прогредиентности. Этот анализ показал невозможность определения и оценки различных видов прогредиентности течения заболевания и их динамики с помощью единого критерия. Поэтому в данной главе мы рассматриваем непрерывно и приступообразно протекающие шизофренические процессы раздельно.

Изучение проблемы прогредиентности при шизофрении встречает известные трудности также и в связи с некоторой неопределенностью, присущей этому понятию в психиатрии вообще и по отношению к шизофрении в частности. Под прогредиентностью — главным образом при непрерывно (хрониче-

ски) протекающих болезненных процессах — подразумевают прежде всего наступательное развитие болезни. На клиническом уровне такое прогрессирующее развитие болезни выражается в разворачивании, утяжелении и усложнении продуктивной симптоматики, в соответствующих определенному стереотипу развития болезненного процесса переходах от одного синдромального этапа к другому, характеризующемуся более глубоким и тяжелым регистром нарушений психической деятельности. Одновременно с этим по мере наступательного (прогрессирующего) развития болезни углубляются и негативные расстройства. Однако, как показали, в частности, наши наблюдения отдаленных этапов течения шизофренических процессов, не каждая процессуальная динамика может считаться прогрессирующей в изложенном понимании вопроса. И на поздних стадиях течения заболевания симптомообразование полностью не прекращается, т. е. могут образоваться новые симптомы и синдромы, возникновение которых свидетельствует о продолжающейся динамике болезненного процесса, лишённого первоначальной наступательной прогрессирующей природы.

Особенности прогрессирующей непрерывных форм шизофрении, выражающиеся в наступательном разворачивании процессуальной симптоматики, подробно описаны в предыдущей главе. Они сводятся в основном к тому, что наступательная прогрессирующая этих форм не является беспредельной, постоянной или неограниченной во времени. Полученные данные позволили внести определенные дополнения в модель непрерывно-прогрессирующего течения шизофрении и ее различных по степени общей прогрессирующей вариантов (от злокачественного до малопрогрессирующего). Были получены новые клинические данные, описаны феномены стабилизации и последующей редукции клинических проявлений непрерывного шизофренического процесса.

Другая закономерность развития непрерывно текущих форм шизофрении состоит в том, что завершенность этого цикла сменяющих друг друга стадий или этапов непрерывного течения находится в прямой зависимости от степени общей прогрессирующей процесса. Последний этап цикла — стадия редукции болезненных расстройств — бывает наиболее завершённым при злокачественных процессах, в определенной части которых происходит более или менее полное очищение клинической картины от продуктивных психопатологических расстройств, вследствие чего заболевание переходит в заключи-

тельную стадию чистого резидуального состояния (состояние исхода или дефекта). Дефект в этих случаях более глубокий и проявляется клинической картиной апатического слабоумия. В целом наши наблюдения подтвердили ранее разработанное [Снежневский А. В., 1969, и др.] положение о соответствии тяжести продуктивных и негативных расстройств.

При менее прогрессивных формах непрерывно текущей шизофрении процесс редукции продуктивных расстройств остается менее полным, т. е. на протяжении десятилетий «симптомоторческий потенциал» шизофренического процесса полностью не исчерпывается. При описании динамики этих форм было показано, что больные параноидной шизофренией находятся до старости в хроническом психотическом состоянии, а у некоторых из них и в старости сохраняется активность болезненного процесса.

В случаях параноидной шизофрении, при которых болезненный процесс достиг стадии стабилизации, довольно часто мы наблюдали образование новых симптомов и синдромов. Однако такая динамика проявлений заболевания уже не соответствует тому прогрессивно-наступательному развертыванию психопатологических расстройств, которое характерно для активной стадии течения процесса. Эта динамика происходит как бы на ином, стационарном уровне и находится при этом под отчетливым патопластическим влиянием возрастного фактора (появление «возрастного» бреда обыденного, ушибленного, ипохондрического содержания). Вследствие продолжающегося до старческого возраста больных симптомообразования при параноидной шизофрении и сохранения определенной процессуальной динамики не происходит при ней также и «очищения» клинической картины от продуктивных расстройств, какое наблюдается при злокачественном течении заболевания. Дефицитарные изменения остаются в определенной степени скрытыми за этой продуктивной симптоматикой.

При малопрогрессивной шизофрении, на отдаленных этапах течения которой слабо выраженная и рудиментарная продуктивная симптоматика в целом также подвергается постепенной редукции, возникновение отдельных, свойственных этой форме продуктивных проявлений (неврозоподобных, аффективных, психопатоподобных, паранойяльных) также полностью не прекращается. В то же время, по-видимому, из-за слабой выраженности и рудиментарного характера продуктив-

ной симптоматики малопрогрессирующих процессов при них более отчетливо выступает динамика, т. е. своего рода «очищение» негативных проявлений заболевания. Происходят ослабление и смягчение отмечавшихся на более ранних этапах течения заболевания динамичных, обратимых негативных изменений. Наблюдается заметная их компенсация, улучшаются активность и адаптационные возможности больных, но в то же время более отчетливо выступают явления деформации структуры личности. Более заметным становится возрастное влияние на эту негативную симптоматику — отмечается описанная выше интерференция явлений психического старения и процессуального дефекта. Именно эти наблюдения за отдаленной динамикой малопрогрессирующих шизофренических процессов подтверждают общее положение о том, что влияние возрастного фактора проявляется тем отчетливее, чем меньше общая прогрессиентность шизофренического процесса и чем больше сравнительно слабая прогрессиентность ослабевает на поздних этапах течения заболевания. Мы остановимся на этом положении в дальнейшем подробнее.

Еще более сложные взаимоотношения между динамикой «симптомотворческого потенциала» болезненного процесса и общей тенденцией к ослаблению прогрессиентности заболевания наблюдаются при паранойяльных шизофренических психозах. Симптомообразование при этом варианте непрерывной шизофрении, т. е. развитие бредовых расстройств, не только не прекращается в старости, но принимает скорее всего иной качественный характер. Увеличиваются масштабность, пышность, а иногда и фантастичность паранойяльного бреда. В то же время общая тенденция к ослаблению процессуальной прогрессиентности, присущая всем непрерывно текущим шизофреническим процессам, проявляется в особом виде. Она сказывается в ослаблении систематизации, стройности и разработки бреда, в снижении уровня интерпретационной работы и «логических» доказательств. Нарастает также значение воображения и фантазирования. Определенное влияние на эти видоизменения бредового синдрома, наблюдающиеся на поздних этапах течения паранойяльной шизофрении, имеет и возрастное снижение уровня интеллектуальной деятельности.

В отношении прогрессиентности при непрерывно текущих шизофренических процессах наши наблюдения позволяют, таким образом, сформулировать ряд дополнительных положений. Хотя модель непрерывно-прогрессиентного течения шизо-

френии сохраняет свое общее значение для систематики ее клинических форм, наблюдения за их длительным течением все же показывают, что эта прогредия не является постоянной и неограниченной. Можно считать общей закономерностью то, что непрерывное течение шизофрении представляет собой цикл сменяющих друг друга стадий: нарастающей, стабилизирующейся и ослабевающей прогредияности болезненного процесса. При этом выявляются отчетливые различия между отдельными вариантами непрерывного шизофренического процесса, касающиеся степени завершенности этого цикла, его растянутости во времени, а следовательно, и возраста, в котором болезненный процесс чаще всего стабилизируется или переходит в стадию редукции болезненных расстройств. Как было показано выше, эти различия коррелируют со степенью прогредияности и клиническим характером отдельных вариантов непрерывной шизофрении. Выяснилось также, что ослабление наступательной прогредияности шизофренического процесса не означает прекращения всякой процессуальной динамики, что и определяет своеобразие клинической картины заболевания и различные тенденции развития на поздних этапах его течения. Следовательно, несмотря на общую тенденцию к ослаблению прогредияности по мере увеличения длительности непрерывного шизофренического процесса, однозначное определение динамики процесса на всем его протяжении не является достаточным.

Как показывает клинический анализ, отдельным вариантам непрерывной шизофрении присущи определенные особенности прогредияности и проявляющиеся при этом различные тенденции развития.

Еще более сложной и разноплановой оказалась проблема прогредияности при приступообразно протекающих шизофренических процессах. Наблюдения над этими формами показали, что оценка степени и динамики прогредияности болезненного процесса на основании одного лишь показателя, будь это глубина сформировавшегося дефекта или тяжесть продуктивной симптоматики приступов, является еще менее информативной и более затруднительной, чем при непрерывно текущих формах заболевания. Это, по-видимому, связано с тем, что приступообразная шизофрения отличается разнообразной variability динамики. Известно, что после одного или нескольких приступов болезненный процесс может остановиться в своем развитии. Прекращение активного развития болезни в виде рецидивирования приступов может па-

ступать как при наличии неглубоких личностных изменений, характерных для рекуррентной шизофрении, так и при значительной выраженности шизофренического дефекта. Однако наряду с такими случаями заболевания, характеризующимися тенденцией к благоприятному (регредивентному) течению, наблюдаются и приступообразные процессы, которые на отдаленных этапах своего развития протекают с нарастающей прогрессивностью. Такое нарастание прогрессивности проявляется в том, что заболевание приобретает характер хронического психоза, без нарастания негативной симптоматики. Эти наблюдения свидетельствуют о том, что два параметра прогрессивности приступообразно протекающей шизофрении — формирование, нарастание и степень выраженности дефицитарных изменений, с одной стороны, и прекращение или усиление и утяжеление приступообразования, с другой, зачастую оказываются между собой несвязанными.

Анализ закономерностей динамики заболевания у этой группы больных с приступообразной шизофренией показал, что оно на всем своем протяжении протекает в виде очерченных психотических приступов. На отдаленных этапах течения таких форм также наблюдаются настолько сложные, а нередко и противоположные тенденции динамики их проявлений, что однозначная характеристика прогрессивности процесса на основании единого критерия, например категорий «усиление» или «ослабление», невозможна.

Следовательно, создание однозначной модели более или менее прогрессивного течения приступообразной шизофрении сталкивается со значительными трудностями прежде всего потому, что диапазон развития тех ее клинических проявлений, которые могут и должны рассматриваться как выражение активности и прогрессивности болезненного процесса, чрезвычайно широк и противоречив. Наблюдающиеся на отдаленных этапах течения клинические особенности приступообразных шизофренических психозов, при которых приступы продолжают до старости, отражают одновременное наличие признаков усиления и ослабления прогрессивности. Примером существования этих двух противоположных тенденций развития болезненных расстройств является учащение приступов в позднем возрасте. Такое учащение приступов может рассматриваться как выражение усиления механизмов приступообразования, т. е. как признак усиления активности болезненного процесса, который чаще всего сочетается с упрощением клинической картины приступов до уровня аффективных фаз (при-

знак редукции активного симптомо- и синдромообразования).

Такая же диссоциация между различными тенденциями активного развития приступообразного шизофренического процесса наблюдается и в отношении таких его параметров, как «нарастание дефекта» и «частота приступов». Было показано, что, как правило, нарастание негативной симптоматики наблюдается лишь на начальных этапах течения заболевания при сравнительно небольшом числе приступов. В то же время явное учащение рецидивирования приступов наблюдается чаще всего в более позднем периоде (период после стабилизации сформировавшегося дефекта).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что на поздних этапах течения приступообразной шизофрении вопрос о прогрессивности болезненного процесса не может решаться с помощью одного критерия или единых критериев. Он должен рассматриваться с учетом разнообразных тенденций развития различных клинических проявлений. На поздних этапах приступообразного течения шизофрении выделение более прогрессивных (приступообразно-прогрессивных) и менее прогрессивных (рекуррентных) форм, которое на более ранних этапах течения основывается на учете таких критериев, как «приступ» или «фаза», тяжесть и характер продуктивных расстройств в приступах, темп нарастания и глубина негативных расстройств, осуществимо лишь в ограниченной степени и далеко не у всех больных. Критериями для оценки общей прогрессивности на этом этапе течения приступообразной шизофрении могут послужить только такие клинические особенности процесса, как полное прекращение приступов, продолжающееся течение заболевания в виде очерченных психотических приступов или переход приступообразного течения в хронический психоз.

При формах заболевания с продолжающимся рецидивированием приступов в течение всей болезни наблюдается сложная картина диссоциации между активизацией механизмов приступообразования на поздних этапах течения, с одной стороны, и тенденцией к стабилизации негативных изменений и ослаблению активного симптомо- и синдромообразования во время приступов, с другой. В результате этих дивергирующих тенденций и прогрессивности приступообразного процесса, появляющихся на поздних этапах его течения, стираются также различия между «фазой» и «приступом».

СЕМИОТИКА ШИЗОФРЕНИИ В СВЕТЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ КАТАМНЕСТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

По ходу изучения большой группы различных шизофренических процессов от их начала в молодом или среднем возрасте до катамнестического обследования больных в старости мы пользовались возможностью проследить динамику отдельных видов психопатологических проявлений заболевания на всех этапах его течения. При анализе собранных данных мы исходили из убеждения, что наши наблюдения позволяют ответить на малоизученный вопрос о том, являются ли симптомы шизофрении, т. е. характерные для нее психопатологические расстройства, чем-то постоянным, неизменным, поддающимся на всех этапах течения процесса одинаковому дискретному определению и описанию в статике, или они подвергаются на уровне симптомов и синдромов закономерным видоизменениям в зависимости от этапа течения болезни и от возраста больных.

Из практически необозримой литературы по клинике шизофрении известно, что при описании психопатологии заболевания, за редкими исключениями (работа Glatzel, 1971, посвященная феноменологическим особенностям слуховых галлюцинаций на отдаленных этапах хронических шизофренических процессов), преобладал до настоящего времени статистический подход. Психопатологические симптомы описывались как дискретные и неизменные феномены безотносительно к возрасту больных и стадии течения заболевания. Описание этих расстройств (Kjaerlein E.) носило характер каталога симптомов, группировка и ранжировка которых проводилась на основании их отнесения к определенным психологическим критериям (расстройства восприятия, мышления, эмоциональности, воли, психомоторики и т. д.). Последующий этап изучения психопатологии шизофрении характеризовался, с одной стороны, крупными успехами, достигнутыми [Jaspers K., 1965] при дескриптивном анализе отдельных психопатологических расстройств с помощью применявшегося им феноменологического метода, с другой, начиная с работ E. Bleuler (1911), J. Berze, H. Gruhle (1929), предпринимались различные попытки группировки психопатологических симптомов шизофрении. В основе этих попыток лежали определенные, не всегда достаточно доказуемые психологические и патогенетические типотезы. Проводилась, например, градация психопатологических симптомов шизофрении на первичные (непосредственно обусловленные болезненным процессом) и вторичные (возникающие, по меньшей мере частично, в качестве реакции «оставшейся здоровой части личности» на болезнь), на основные и факультативные и т. д. Позднее, стараясь избежать всякой теоретической предвзятости при ранжировке симптомов шизофрении, K. Schneider (1971) предложил получившую широкое признание группировку по их диагностической значимости. Он выделил симптомы первого ранга (звучание мыслей, комментирующие голоса и вербальные галлюцинации в виде диалога, различные переживания воздействия — «сделанные феномены» или психические автоматизмы и т. д.), обладающие первостепенным значением для диагноза, симптомы второго ранга и расстройства

экспрессивной сферы (речь, мимика, моторика), менее однозначные в диагностическом отношении¹. Признание за ними чуть ли не патогномоничного диагностического значения привело на практике к непропорциональному сужению диагностики шизофрении. При шизофренических психозах, манифестирующих как в детском и подростковом, так и в позднем возрасте, симптомы первого ранга и, в частности, «сделанные феномены» в классической их форме наблюдаются только в рудиментарном виде или не наблюдаются вовсе.

В советской психиатрии изучение психопатологических проявлений шизофрении проводилось в методологическом отношении более адекватно—на синдромальном уровне. Этот принцип описания и систематизации шизофренических психопатологических расстройств сначала носил более статичный характер, однако он оказался более гибким и открывал широкие возможности динамического изучения клинических проявлений заболевания. Авторы описывали различные патопластические модификации синдромальных структур, наблюдающиеся в определенные возрастные периоды (детский, юношеский, инволюционный, старческий). В настоящее время разрабатываются также вопросы возрастной предпочтительности отдельных синдромов. Изложенные ниже данные получены в результате исследований, направленных на изучение этих психопатологических проявлений шизофрении. Они во многом дополняют ранее полученные данные, поскольку дают возможность связать наблюдающиеся особенности психопатологической симптоматики со стадиями течения и возрастом больных, в котором они развиваются.

Полученные данные указывают на необходимость создания общей симптоматологии шизофрении в динамическом и сравнительном возрастном аспектах. Не имея, естественно, возможности представить в этой работе полную картину динамики и изменений каждого из многочисленных симптомов и синдромов шизофрении, мы приводим выборочно только некоторые из наших наблюдений².

¹ Хотя учение К. Schneider как будто и свободно от специальных теоретических (психологических, патогенетических) трактовок и в нем верно выделены наиболее характерные шизофренические расстройства, оно тем не менее по сути своей сугубо статично. В связи с тем что симптомы первого ранга (в известной мере также и симптомы второго ранга) встречаются в основном лишь при шизофренических психозах молодого и среднего возраста,

² Такое изложение может иметь только чисто описательный характер. Далеко не во всех случаях можно с уверенностью сказать, в какой степени встречающиеся симптоматологические и синдромальные особенности зависят от длительности, этапа течения заболевания и от влияния возрастного фактора или же какая в отдельном случае связь обоих факторов.

Сравнительно хорошо известны многократно описанные особенности аффективных и в первую очередь депрессивных расстройств. Характерные для них тревожно-ажитированные, тревожно-ипохондрические и тревожно-бредовые картины встречаются часто также и в рамках рецидивирующих в инволюционном периоде шизофренических приступов при продолжающемся до старости приступообразном течении заболевания. Зависимость такой синдромальной модификации от влияния возрастного фактора представляется в достаточной степени убедительной, так как в последующих, рецидивирующих уже в старческом возрасте аффективных приступах преобладают обычно другие депрессивные синдромы (адинамически-анергические, депрессии с повышенной рефлексией, мрачно-угрюмые, параноидно окрашенные и др.). Менее известно, что постепенно, по мере увеличения длительности приступообразного процесса и возраста больных, меняется обычно и характер столь частого при шизофрении вида изменений аффективной сферы, каким является так называемая циркулярность, т. е. чередование биполярных фазных изменений настроения. В целом и при маниакально-депрессивном психозе, хотя спады настроения и остаются более частыми, в позднем возрасте нарастает частота гипоманиакальных состояний. При этом развернутые маниакальные, маниакально-парафренические и другие приступы сложной структуры наблюдаются очень редко. Среди развивающихся в позднем возрасте гипоманиакальных состояний значительное место занимают особые (атипичные) синдромальные формы: состояния «подъема» без повышенного, веселого, жизнерадостного настроения, проявляющиеся главным образом в говорливости и нередко суетливой и разбросанной активности; гипоманиакальные состояния, характеризующиеся диссоциацией между повышенной активностью и характером преобладающего настроения, с одной стороны, и доминирующим содержанием бредовых высказываний (ревность, ущерб, притеснение, ипохондрические идеи и др.), с другой; состояния подъема с невозмутимым благодушием, явно эйфорической окраской, преобладанием ощущения соматического благополучия; раздражительно-гневливые состояния с разоблачительными и сутяжными тенденциями и ряд других. Спады настроения, возникающие в позднем возрасте в рамках фазных, периодических или циркулярных, аффективных изменений, также часто лишены отчетливой эмоциональной насыщенности, а проявляются периодами общей вялости и пассивности, отсутствия побуждений, астении или адинамии.

На поздних этапах течения малопрогреднентных шизофренических процессов или в длительных поздних ремиссиях после прекращения психотических приступов циркулярность сменяется более длительными (месяц и годы) однообразными состояниями слегка приподнятого или (реже) сниженного настроения.

В позднем возрасте больных (на более поздних этапах течения шизофрении) разнообразные и существенные изменения отмечаются также в отношении галлюцинаторных и других чувственных расстройств. Они выражаются прежде всего в ином соотношении между отдельными их видами или модальностями. Нарастает, как известно, удельный вес тактильных, обонятельных обманов и галлюцинаций общего чувства, т. е. таких расстройств, которые менее глубоко затрагивают личность («Я») больного, чем преобладающие в более раннем возрасте слуховые галлюцинации и псевдогаллюцинации. Меняется и характер слуховых галлюцинаций (голосов). Глубокие сдвиги независимо от того, сохраняют ли слуховые галлюцинации характер псевдогаллюцинаций или они становятся, как это часто наблюдается в позднем возрасте, истинным, происходят в отношении больного к голосам. Они в меньшей степени овладевают им, меньше «притягивают» его внимание и в большей мере становятся как бы составной частью окружающего мира. Такие изменения галлюцинаторной симптоматики зависят, по-видимому, от известного восстановления «границ Я» на поздних этапах течения, на этапе стабилизации шизофренического процесса (Ichgrenzen, по определению K. Jaspers, 1928; Scharfetter C. R., 1976, др.). Больные чаще слышат различные разговоры, «присутствуют» при них как «слушатели».

Меняются, как известно, и феноменологические характеристики голосов, которые зачастую становятся более тихими, менее разборчивыми или шепотными и утрачивают свой индивидуальный характер (принадлежность к определенному лицу, характер знакомства и т. д.). Известно также, что в позднем возрасте галлюцинаторные расстройства в значительной степени могут утрачивать психологическую типичность, свойственную им при шизофренических психозах более раннего возраста, и принимать сценический характер (наподобие галлюцинаторной симптоматики при органических заболеваниях головного мозга). Все больше и чаще теряется у состарившихся больных с хроническими галлюцинаторно-параноидными психозами и феноменологическая дискретность слуховых галлюцинаций; теснее сближаются они с конфабуляторными

расстройствами и довольно часто проходят стадию так называемых галлюцинаций воображения, при которых галлюцинирование происходит не спонтанно, а в результате внешней стимуляции, по требованию или просьбе врача и т. д. Можно в этой связи напомнить и о разнообразных видоизменениях (и патопластических, и отражающих ослабление прогрессивности болезненного процесса), которые появляются в позднем возрасте в характере и содержании галлюцинаторных феноменов (ущербная, т. е. обыденная, информация наряду с руганью, угрозами, голоса умерших родственников и др.). В схематичном виде (хотя этим и не исчерпываются видоизменения галлюцинаторной симптоматики в позднем возрасте) динамика этих расстройств на этапе стабилизации и редукции шизофренического процесса может быть охарактеризована как развитие процесса от псевдогаллюцинации до истинных галлюцинаций, а затем до галлюцинаций воображения и, наконец, конфабуляции.

С нашей точки зрения, и в этом развитии можно усматривать признак наступившего после ослабления наступательного развития болезненного процесса укрепления, хотя и болезненно измененной, личности больного и восстановления «границ Я» по отношению к окружающему миру. К такому же выводу приводят также и наблюдения над характерными для составившихся больных видоизменениями синдрома Кандинского—Клерамбо. Как описывалось уже раньше [Лунинская И. Р., 1965; Штернберг Э. Я., 1977, и др.], те компоненты синдрома, которые в наибольшей степени сопровождаются отчуждением психической деятельности больного и которые больше всего соответствуют симптомам первого ранга, «сделанным феноменам» по К. Schneider, т. е. идеаторные автоматизмы в виде «вложенных» (сделанных) или отпятих мыслей, сделанных воспоминаний и чувств, а также двигательные и речедвигательные автоматизмы, с увеличением возраста больных все больше отступают на задний план. В то же время сохраняются или вновь возникают различные сенсорные и сенестопатические автоматизмы, т. е. часто в буквальном смысле периферически локализованные ощущения с характером сделанности, воздействием извне, которые уже не сочетаются с отчуждением психической деятельности (расстройствами «Я») в целом.

Среди шизофренических симптомов, структура которых на поздних этапах течения заболевания заметно видоизменяется, следует назвать также и сенестопатические расстройства. В нарастающей степени они утрачивают свою нозологическую

типичность, т. е. свойственные шизофреническим сенестопатиям необычность, странность, ни с чем не сопоставимый характер патологических ощущений. Вместе с тем они то приобретают известную органическую окраску, то напоминают ощущения, связанные с реальными недугами (гомономные сенестопатии, по Glatzel), то имеют характер простых, но сильных болевых ощущений (напоминающих таламические болевые симптомы). Как и при галлюцинаторных расстройствах, начинает преобладать периферическая локализация таких чувствительных расстройств, как зуд, покалывания, чувство жара и др.

Видоизменения структуры бредовых расстройств, которые наблюдаются при продолжающихся по мере старения больных шизофренических психозах, весьма разнообразны. Наиболее известны характерные изменения содержания бреда в виде появления так называемой возрастной тематики (эротический бред, разные варианты бреда материального и морального ущерба, бред обыденных отношений и ревности, ипохондрический бред и др.). Все эти выделенные по их содержанию виды бреда обладают только относительной и по-разному выраженной возрастной предпочтительностью. Развитие таких видов бреда связано, по-видимому, также и со степенью и темпом наступательно-прогредиентного развития психоза или же с ослаблением его прогредиентности. Выше уже говорилось о наблюдающемся у состарившихся больных и связанном скорее всего с процессами психического старения ослаблении собственно умственной, творческой, бредовой работы. Это ослабление, встречающееся при паранойяльных и параноидных психозах, сказывается в снижении уровня систематизации и логической разработки бреда, в снижении уровня и оскудении системы доказательств. В этом же старческом возрасте больных и на тех же поздних этапах течения бредового психоза неуклонно возрастает роль бреда воображения, на которую в свое время указывал С. Г. Жислин. Возрастающая роль патологического воображения в бредовой продукции проявляется по-разному. В рамках интерпретативного по своей природе бреда малого размаха (бред ущерба и преследования или же разоблачительный бред) мы часто наблюдали, например, конкретные, образные, весьма детализованные описания воображаемых действий и поступков врагов и преследователей, имеющих в их распоряжении приборы, аппаратов и т. д. В других случаях, в особенности в поздних стадиях развития экспансивного паранойяльного бреда (изобретательства и др.),

бред воображения (бредовое воображение) все более заменяет собственно комбинаторную, интерпретативную бредовую продукцию и принимает характер безудержного фабулирования и фантазирования на тему бреда. Прежние, в той или другой степени подкрепленные «доказательствами» бредовые высказывания превращаются при этом в голые утверждения о всяких, отнесенных обычно к прошлому великих «изобретениях» больного.

При продолжающихся до позднего возраста бредовых психозах существенно меняется, как правило, и характер бреда воздействия. Обычно уже не наблюдаются переживания непосредственного воздействия идущего извне чужого влияния на личность больного. По своей структуре, которую принимает этот вид бреда в позднем возрасте, он может быть назван интерпретативным бредом воздействия. Больные трактуют при этом реальные или мнимые телесные ощущения в плане бреда преследования как «сделанные», т. е. вызванные какими-то аппаратами преследователей или другими конкретными путями.

На поздних этапах течения бредовых психозов у состарившихся больных нередко встречаются и особые (резидуальные) бредовые расстройства. По миновании или ослаблении актуальных бредовых переживаний у таких больных образуются особые бредовые убеждения (например, после ослабления актуального бреда ревности убеждение в склонности всех женщин к измене или после дезактуализации бреда ущерба убеждение в преступных наклонностях и действиях соседей). В некоторых случаях таким путем формируется особая система бредовых взглядов, своего рода бредовое мировоззрение.

Изменения, которые претерпевают кататонические расстройства на поздних этапах шизофренических процессов, протекающих с выраженной прогрессивностью, были описаны А. В. Медведевым (1978). Оказалось, что большие, охватывающие общую психомоторную сферу кататонические синдромы (струпор, возбуждение), как правило, уже не встречаются у состарившихся больных. Однако вплоть до исходных состояний таких форм кататоническая симптоматика сохраняется в фрагментарном виде и в первую очередь в речевой сфере (в виде мутизма, бормотания, мимоговорения или кататонической речевой бессвязности).

Таковы некоторые примеры исключительной динамичности и изменчивости процесса, свойственные психопатологическим проявлениям шизофрении на протяжении длительного ее тече-

ния. Приведенные факты представляют собой лишь выборочные примеры и нуждаются в более полной систематизации в будущем. В то же время они, с нашей точки зрения, подтверждают высказанное выше положение о зависимости не только содержания, но и структуры психопатологической симптоматики заболевания как от стадии течения болезненного процесса, так и от возраста больного. С другой стороны, эти данные показывают недостаточную информативность любой группировки наблюдающихся психопатологических феноменов, проведенной с помощью выделения отдельных дискретных симптомов в статике.

Коротко остановимся на некоторых общих вопросах, относящихся к этой же проблеме. Эти данные были получены [Медведев А. В., 1978] при продольном изучении шизофренических психозов, протекающих с выраженной или наиболее интенсивной прогрессивностью, они подтвердили положение о том, что «между отдельными симптомами также отсутствует жесткая непроходимая граница» [Снежневский А. В., 1969].

1) Длительные наблюдения над течением таких психозов, являющихся как бы наиболее нозологически типичной, «ядерной» группой шизофренических процессов, показали прежде всего сложность и изменчивость взаимоотношений между позитивными и негативными проявлениями заболевания. В активной стадии непрерывно текущего шизофренического процесса или в первых приступах перемежающе-поступательной шизофрении на первый план выступает позитивная, патологически продуктивная симптоматика. Негативные расстройства поддаются в этой стадии выделению только с трудом, поскольку они выступают в неразрывном единстве с позитивными и являются лишь как бы их оборотной стороной. На стадии стабилизации болезненного процесса достаточно отчетливыми становятся и негативные расстройства, которые приобретают относительно самостоятельное клиническое выражение. Но, как показали наши длительные катamnестические наблюдения, в самих проявлениях негативных изменений на этой стадии психоза невозможно или только сугубо предположительно можно выделить те из них, которые являются уже выражением необратимого дефекта, и те, которые в дальнейшем могут редуцироваться. Иными словами, остается недоступным расчленению, что является непосредственным (прямым) симптомом выпадения или снижения психических функций или представляет собой результат тормозящего влияния позитивных расстройств на эти функции. Эти трудности во многом объясняются тем,

что в этот период течения шизофрении негативные расстройства могут наблюдаться чаще всего только на уровне поведения больных, а судить непосредственно о характере и глубине негативных изменений в интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере затруднительно. Лишь в конечной, приближающейся к исходной стадии заболевания происходит довольно отчетливое разделение между позитивными и негативными психопатологическими расстройствами. Только на этой стадии течения происходит «очищение» негативных проявлений заболевания от тех вторичных изменений, которые вызываются влиянием позитивной симптоматики на поведение и психическую деятельность больных. В большей степени при этом выявляются и поддаются непосредственному наблюдению те собственно дефицитарные, необратимые (или при наличии известных компенсаторных возможностей частично обратимые) негативные изменения, которые определяют клиническую картину исходной (резидуальной) стадии заболевания. Иными словами, лишь на этом этапе развития болезненного процесса становятся возможными непосредственные суждения о характере и глубине дефицитных изменений не только на уровне поведения больных, но и на уровне более непосредственного изучения познавательных и эмоционально-волевых процессов.

2) При изучении прогредиентных шизофренических процессов, протекающих в виде хронических психозов, также были получены некоторые новые данные, касающиеся вопроса о границах между отдельными психопатологическими феноменами. Такие границы, такая феноменологическая обособленность отдельных продуктивных психопатологических расстройств были выражены отчетливее в стадии активно-прогредиентного течения заболевания. В этой стадии четче и в наиболее чистом виде выступали многократно описанные симптомы шизофрении.

На этапе стабилизации болезненного процесса и, в частности, в психотических конечных состояниях нередко утрачиваются жесткие границы между различными и в первую очередь родственными психопатологическими феноменами. Отмечается, например, тенденция к слиянию друг с другом сенсорно-перцептивных (галлюцинаторных) расстройств различной модальности. Приведем в качестве примеров некоторые высказывания больных: голоса «впиваются в кожу, как стрелы», «бьют током», «сжимают сердце», «больно бьют по горлу», голоса «касаются кожи в виде светящихся зеленых лучей». Как видно из этих примеров, ведущим, интегрирующим компо-

нентом в таком слиянии расстройств восприятия остается чаще всего вербальный галлюциноз. Беседы с больными убеждают в том, что такие высказывания чаще всего не являются результатом вторичной интеллектуальной разработки перцепторных расстройств. По-видимому, в течение хронического психоза формируются синкретические (интермодальные) расстройства восприятия при ведущей роли слухового анализатора. Больные через звук ощущают мнимую боль, прикосновение, движение, а иногда и свет.

На более поздних этапах течения хронического шизофренического процесса галлюцинаторные расстройства все теснее переплетаются с бредовыми. Как интерпретативные, так и конфабуляторные механизмы бредообразования питаются галлюцинаторной информацией («голоса» рассказывают о событиях, интерпретируют их). Бред в свою очередь играет существенную роль в развитии часто наблюдающихся на этом этапе галлюцинаций общего чувства, в которых бредовые переживания воздействия и другие получают предметное оформление. Примером включения в бредовые расстройства также и галлюцинаторных являются «галлюцинации воображения».

На поздних этапах шизофренических психозов наблюдаются и расстройства, представляющие собой «сплав» бредовых и кататонических симптомов (манерные позы величия, стереотипное исписывание страниц знаками и «чертежами» изобретений и открытий, речевые персеверации с бредовым и галлюцинаторным содержанием и т. д.).

По мере приближения хронически текущего процесса к исходной стадии продуктивные психопатологические расстройства становятся, как известно, все более раздробленными и фрагментарными и проявляются лишь отдельными элементами бывших расстройств (отдельные слуховые галлюцинации, разрозненные бредовые высказывания и др.). Однако на этом этапе течения они утрачивают свою психопатологическую очерченность вследствие нарастающего влияния дефицитарных расстройств. Бредовые конфабуляции, например, все чаще переходят в простое, пассивное фабулирование, являющееся скорее всего выражением глубокой умственной слабости с отсутствием критики. Явления мутизма становятся малоотличимыми от дефицитарной аспонтанности в сфере речи и мышления. Если, таким образом, в стадии активного течения процесса негативные расстройства выступают как бы в качестве «обратной стороны» продуктивных, то эти отношения меняются в стадии исхода коренным образом. Динамика позитив-

ной симптоматики выражает нарастание негативных расстройств. В процессе длительного течения психоза раскрывается, следовательно, интимная, но в то же время динамичная и сложная взаимосвязь между этими проявлениями шизофрении.

3) Меняя свое психопатологическое очертание в течение многолетнего развития, психопатологическая симптоматика шизофрении меняет и степень своей нозологической типичности. Проявляющаяся при этом в отношении позитивных и негативных расстройств общая тенденция развития идет от более характерного для шизофрении (относительно специфического, свойственного психозам молодого и среднего возраста) к менее типичным в нозологическом плане проявлениям. Убедительными примерами такой динамики являются подробно описанные ранее видоизменения синдрома Кандинского — Клерамбо, переходы псевдогаллюцинаций в истинные или изменения сенестопатических расстройств, наблюдающиеся на поздних этапах течения заболевания. Такая динамика психопатологических расстройств может рассматриваться как признак происходящего на новом, психотически измененном уровне восстановления границ между «Я» больного и окружающим миром, нарушения или утрата которых находятся, как известно, в центре клинических проявлений шизофренических галлюцинаторно-бредовых психозов на активно-прогредиентном этапе их развития.

Остановимся коротко на динамике своеобразного «сдвига в прошлое», наблюдающегося у состарившихся больных на поздних этапах шизофренического процесса. Это довольно частое и в то же время еще недостаточно изученное явление выражается главным образом в убежденности в том, что родители или другие старшие родственники живы и находятся где-то поблизости, но иногда и в соответствующих сдвигах в алло- и аутопсихической ориентировке. Важную роль играют при этом ложные узнавания. Такой «сдвиг в прошлое» встречается в различных сочетаниях с другими (бредовыми, конфабуляторными, галлюцинаторными) психопатологическими расстройствами, но нередко также и в изолированном виде. Это явление не всегда связано с наличием отчетливых мнестических нарушений. Весьма различна и степень актуальности таких переживаний для больного — от пассивной констатации ложного факта до настоящего «брёда живых родителей», сопровождающегося соответствующей бредовой активностью. Единая трактовка этого феномена представляет определенные

трудности. Известно, что многими авторами указывалось на характерную для шизофрении «задержку психического развития» на уровне, предшествующем манифестации психоза, на застывании времени и обращенность их памяти к доманифестному или инициальному периоду заболевания [Janzarik W., 1968]. Однако наблюдения А. В. Медведева свидетельствуют о возможности подлинного сдвига психики больных в прошлое, развивающегося только на поздних этапах течения психоза.

В отличие от мало- и среднепрогредиентных шизофренических процессов, при которых характерные шизофренические изменения личности часто проявляются лишь на поздних этапах течения, при формах, протекающих с выраженной или интенсивной прогредиентностью, негативная симптоматика в некоторых отношениях утрачивает свой типичный шизофренический характер на конечных этапах течения. Об этом свидетельствует преобладающее в исходной стадии стойкое благодушие, сосуществующее иногда с отдельными бредовыми переживаниями отрицательного содержания или отдельными кататоническими симптомами. Об этом же говорят и обнаруживающиеся интеллектуальное снижение и слабость осмысливания происходящего вокруг.

Приведенные в начале этого раздела данные, отражающие современный уровень наших знаний, не могут иметь исчерпывающий и систематический характер. Тем не менее описанные наблюдения достаточно убедительно показывают изменчивость психопатологической симптоматики шизофрении на протяжении всего течения заболевания. Они также раскрывают достаточно четкие зависимости между динамикой психопатологических проявлений заболевания, с одной стороны, и этапом его течения или возрастом больных, с другой.

ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ШИЗОФРЕНИИ В СВЕТЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ КАТАМНЕЗОВ

Основное клиническое учение о шизофрении, так же как и концепция о формах ее течения, сложилось главным образом в результате изучения больных молодого и среднего возраста. В последние десятилетия, однако, усиленное внимание уделялось также и возрастному аспекту заболевания — особенностям клиники шизофрении как в раннем (детском и подростковом), так и в позднем (инволюционном и старческом) возрасте. Возросший научный и практический интерес к геронтологическому аспекту изучения шизофрении объясняется в пер-

вую очередь вескими объективными причинами. Как подчеркивалось многими авторами, в том числе также и нами (1969—1971), необходимость углубленного исследования клиники шизофрении в позднем возрасте, так же как и анализа роли возрастного фактора в формировании особенностей заболевания в эти возрастные периоды, вызывается прежде всего известными изменениями в возрастной структуре населения (ее «постарением») и аналогичными сдвигами в возрастном составе популяции больных шизофренией. Было установлено, во-первых, что в настоящее время все увеличивающееся число больных с ранним началом заболевания доживает до старческого возраста, а во-вторых, вследствие роста численности лиц позднего возраста в населении увеличиваются также и возможность, и частота поздней манифестации шизофрении [Штернберг Э. Я., 1969, 1972, 1977].

Проведенные в возрастном аспекте исследования шизофрении касались чаще всего второго вопроса, т. е. особенностей заболевания при его манифестации в разные периоды позднего возраста. В этих прежних исследованиях изучалось в основном патопластическое влияние возраста на синдромальные проявления поздно манифестирующих шизофренических психозов, которые в силу свойственных им общевозрастных симптоматологических и синдромальных особенностей вызывают существенные диагностические и нозографические трудности. Тем не менее полученные данные о так называемых общевозрастных свойствах психопатологической симптоматики имели важное значение также и для анализа изложенных собственных исследований. Учет этих данных оказался необходимым главным образом при решении сложного вопроса о том, в какой степени те особые видоизменения шизофренических психопатологических расстройств, которые наблюдаются на поздних этапах течения различных шизофренических процессов, обуславливаются ослаблением (стабилизацией) процессуальной прогрессивности заболевания, влиянием возрастного фактора или же сочетанным действием того и другого. В другой серии прежних сравнительно-возрастных исследований [Наджаров Р. А., Штернберг Э. Я., 1969; Наджаров Р. А., Штернберг Э. Я., Вроно М. Ш., 1971] на большом клиническом и клинико-эпидемиологическом материале предпринималась попытка выявить возрастную предпочтительность различных шизофренических психопатологических синдромов, т. е. показать относительную частоту их встречаемости в разные, в том числе поздние, возрастные периоды. Результаты этих

исследований, естественно, также были использованы нами при анализе наблюдений.

Итоги нашего исследования, в основу которого было положено изучение динамики клинических проявлений большого числа различных шизофренических процессов, позволили во многом дополнить и уточнить ранее полученные данные и показать, в частности, сложные взаимоотношения между динамикой шизофренического процесса и процессами старения. В обобщенном виде результаты этого анализа могут быть сформулированы следующим образом.

1) Из анализа наших наблюдений вытекает прежде всего то, что выраженность влияния возрастного фактора, как оно обнаруживается на клиническом уровне, находится в четкой зависимости от степени общей прогрессивности шизофренического процесса¹. Это положение, для иллюстрации которого ниже приводятся некоторые примеры, касается, с одной стороны, патопластической роли возрастного фактора, т. е. его влияния на симптомо- и синдромообразование или же на структуру самих психопатологических расстройств, а с другой — его роли при различных изменениях течения заболевания, наблюдающихся преимущественно в определенные возрастные периоды, иными словами, его предположительного значения для патогенетических процессов, лежащих в основе таких изменений.

Зависимость патопластического воздействия возраста на психопатологические проявления шизофрении от общей прогрессивности болезненного процесса становится очевидной при сравнении динамики клинических проявлений различных по степени прогрессивности процессов в поздние возрастные периоды. Эта зависимость может быть сформулирована следующим образом: чем более прогрессивно протекает заболевание, тем менее выраженной бывает его возрастная окраска (при злокачественно протекающих процессах она, например, минимальна), и, наоборот, чем менее прогрессивно протекает шизофренический процесс, тем более отчетливо выступает патопластическое влияние возраста. При парапоидной шизофрении, занимающей по степени прогрессивности как бы среднее положение, это влияние проявляется особенно ярко лишь при известном ослаблении процессуальной прогрессивности забо-

¹ В соответствии со специальным характером предмета нашего исследования, говоря о возрастном факторе, мы имеем в виду лишь роль кризисных периодов позднего возраста (инволюция, старость). Влияние возрастного фактора играет, естественно, не менее существенную роль при психозах детского и подросткового возраста.

левания. При описании динамики параноидной шизофрении уже говорилось, например, о возможности развития в поздних стадиях ее течения бредовых расстройств с характерной возрастной (обыденной, ущербной и т. п.) тематикой. Это наблюдается чаще всего лишь в стадии стабилизации и редукции психоза, т. е. при определенном ослаблении процессуальной прогрессивности. Обнаруживается связь между характером проявляющихся возрастных особенностей симптоматики психоза и возрастным периодом, в котором происходит ослабление прогрессивности болезненного процесса. При параноидной шизофрении, например, наступление стадий стабилизации и редукции наблюдается чаще всего в начальном периоде позднего возраста, а возрастная окраска ее симптоматики (влияние возраста на симптомообразование) выражается в появлении так называемого бреда малого размаха или обыденных отношений, характерных для всех бредовых заболеваний этого возраста.

При параноидальных шизофренических психозах признаки некоторого ослабления активности болезненного процесса наблюдаются обычно только в более позднем возрасте, нередко в глубокой старости больных. Сказывается в этих случаях патопластическое влияние старческого возраста, несмотря на известное расширение масштабности бредовой продукции в виде увеличения удельного веса фантазирования, фабулирования и воображения, т. е. особых, свойственных именно старческому возрасту изменений психической деятельности.

При продолжающихся до старости малопрогрессивных шизофренических процессах отчетливая возрастная окраска симптоматики проявляется прежде всего в случаях, протекающих со сверхценными и отдельными параноидальными расстройствами. Эта симптоматика, несмотря на преобладание общей тенденции к редукции продуктивных психопатологических расстройств, не только несколько усиливается в позднем возрасте, но и приобретает определенную возрастную окраску (преходящие параноидальные реакции или отдельные параноидальные идеи с ущербным, эротическим, ипохондрическим содержанием).

В целом патопластическое влияние возрастного фактора на шизофреническую симптоматику оказывается при непрерывно текущих формах заболевания более выраженным, чем в группе приступообразно протекающих процессов. При последних, протекающих с аффективно-бредовыми приступами форм отчетливая возрастная окраска клинической картины присту-

пов встречается лишь в инволюционном периоде в виде характерных для этого возраста изменений аффективных расстройств (нарастание тревожности, тревожной ажитации, а иногда и страхов).

Патопластическое возрастное влияние на симптоматику рано начавшихся шизофренических процессов проявляется главным образом в отношении бредовых и аффективных расстройств, т. е. психопатологических симптомов, наиболее тесно связанных с личностью и личностным реагированием больных.

Особо следует подчеркнуть, что патопластическое влияние поздних возрастных периодов и вызванные им видоизменения психопатологической симптоматики оказались при рано начавшихся и продолжающихся до старческого возраста шизофренических заболеваниях в целом слабее выраженными, чем при психозах, впервые манифестирующих в эти же возрастные периоды, т. е. при поздней шизофрении. Эта закономерность выявлялась в описанных А. В. Медведевым редких случаях злокачественной шизофрении, манифестирующих в среднем и начальном инволюционном возрасте. В клинической картине манифестного психоза обнаруживалась четкая зависимость от возраста, в котором она формировалась. Начавшиеся в среднем возрасте и в дальнейшем злокачественно протекавшие психозы определялись на начальных этапах заболевания предпочтительными для этого возраста галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, а злокачественно протекающие процессы, манифестирующие в начале инволюционного периода, дебютировали клиническими картинами с характерной для этого возраста пресенильной окраской.

Изучение достаточных по своей численности групп составившихся больных малопрогрессирующей шизофренией и приступообразными формами с уже прекратившимися в позднем возрасте психотическими приступами позволило наблюдать влияние поздних возрастных периодов и на такие болезненные состояния, в клинической картине которых доминировали негативные проявления заболевания. В этих случаях представилась возможность судить о влиянии возрастного фактора и на эту сторону шизофренической симптоматики. Оказалось, что выраженность патопластического воздействия фактора возраста (процессов старения) коррелирует со степенью тяжести ранее сформировавшихся дефицитарных изменений. Наиболее тяжелые и типичные шизофренические изменения структуры личности больных, в том числе такие, как выраженный инфантилизм, глубокий аутизм с истинным ограничением возмож-

ности установления межчеловеческих контактов, эмоциональное притупление, чуждаковатость и манерность, проявляющиеся в поведении, речи, мимике, остаются в позднем возрасте почти без изменений.

Застывший характер этого патологически измененного, а иногда и уродливого склада личности придает этим больным типичный облик старых, но при этом нередко молодых больных шизофренией. При менее выраженных негативных расстройствах, в меньшей степени деформирующих личностную структуру больного (общая астенизация, снижение психической активности, интересов и контактов, блеклость эмоциональных реакций) патопластическое влияние возрастного фактора проявляется отчетливее. У таких больных с постоянством, хотя и с различной степенью выраженности, выступают такие общевозрастные (сенильноподобные), т. е. характерные для психического старения личностные, черты, как черствость, эгоцентризм, скупость, ворчливость, неприятие нового, педантизм. Как, в частности, показали наблюдения Е. К. Молчановой, во многих случаях общевозрастные психические изменения преобладают настолько, что больные мало отличаются от обычных состарившихся людей.

В поздних ремиссиях у больных, у которых шизофренический процесс сохраняет четкий приступообразный характер до старости, влияние возрастного фактора проявляется в несколько ином виде. В соответствии с большей сохранностью эмоциональной сферы и свойственной таким больным повышенной аффективной лабильностью усиливаются и принимают иногда утрированный характер склонность к тревожно-ипохондрическим опасениям, фиксация на различных соматических ощущениях, общая мнительность и стремление к сознательному ограничению собственной активности — к созданию шадящего режима.

2) В отношении вопроса о влиянии возрастного фактора на течение разных шизофренических процессов отмечается прежде всего наличие общей тенденции, противоположной той, которая была установлена при анализе патопластической роли возраста при формировании клинико-психопатологических особенностей шизофрении на отдаленных этапах ее течения. Она заключается в том, что влияние поздних возрастных периодов на течение заболевания бывает при приступообразно протекающей шизофрении выражено отчетливее, чем при непрерывно текущих формах. Как было показано в предшествующей главе, на поздние возрастные периоды и в особенности на

инволюционный возраст падают преимущественно такие видоизменения приступообразного течения заболевания, как возобновление приступов после очень длительных ремиссий, простое учащение психотических приступов или же возникновение одной или больше серий таких приступов. Существует, кроме того, группа приступообразно протекающих процессов, представленная в наших наблюдениях 158 больными, у которых в инволюционном периоде или близко к нему происходит постепенное затухание или прекращение приступов. Однако хорошо известны клинические и эпидемиологические наблюдения над одноприступными или протекающими с малым числом приступов формами, свидетельствующие о том, что прекращение психотических приступов возможно в любом возрасте. Можно лишь высказать предположение о том, что возрастной фактор (период инволюции) в определенной части случаев способствует реализации этой тенденции.

Влияние возрастного фактора на приступообразно протекающую шизофрению проявляется в основном только в случаях с относительно небольшой или умеренной общей прогрессиентностью. Сохраняется зависимость этого влияния (или его выражения на клиническом уровне) от степени общей прогрессиентности болезненного процесса. Такая зависимость доказывается также и тем, что коренные видоизменения приступообразного течения шизофрении, которые выражаются в ее переходе в хронифицированные приступы-психозы или в непрерывное течение и которые указывают на резкое усиление прогрессиентности заболевания, в значительно меньшей степени «привязаны» к определенному возрастному периоду, т. е. меньше зависят от воздействия возрастного фактора.

Клинические наблюдения показывают, таким образом, что при приступообразном течении шизофрении возрастной фактор как будто избирательно влияет на патогенетические механизмы, которые проявляются в приступообразовании. Этот примечательный факт нуждается в специальном изучении на биологическом уровне.

При непрерывно текущих формах шизофрении влияние кризисных периодов позднего возраста на течение заболевания проявляется менее отчетливо. Большие, а нередко и непреодолимые трудности представляет в этих случаях разграничение тех изменений динамики заболевания, которые связаны со стадийным характером динамики непрерывного шизофренического процесса, в том числе со стабилизацией и редукцией болезненных проявлений, от тех, которые обусловлены влиянием

возрастного фактора. В целом можно было лишь отметить, что наступление инволюционного периода сопровождается, как правило, известной активизацией процесса. Если, например, при параноидной шизофрении нет отчетливых признаков стабилизации процесса (ослабления процессуальной прогрессивности), то в этом возрасте наблюдается обычно определенная активизация течения, обострение симптоматики в рамках существующего синдрома (регистра) или в виде перехода заболевания на следующий этап развития непрерывного течения шизофренического процесса. При параноидальной шизофрении, при которой описанное выше частичное ослабление процессуальной прогрессивности наступает, как правило, лишь в старости, инволюционный возраст является чаще всего периодом наиболее интенсивного развития параноидального бреда. Можно говорить и об общем «успокаивающем» влиянии старческого возраста, в котором обычно уже не происходит усложнения симптоматики (в том числе переход в парафренный этап) даже при сохраняющих свою активность бредовых психозах.

3) Третий вопрос, который должен рассматриваться в рамках этого краткого обсуждения результатов изучения шизофрении в возрастном аспекте, касается выявленных особенностей старения больных, т. е. влияния болезненного процесса на темп и форму психического старения. В этой связи следует указать прежде всего на выявленную закономерность, противоположную как будто той, о которой говорилось при анализе патопластического влияния возрастного фактора на шизофренический процесс. Оказалось, что такая обратная связь (воздействие шизофренического процесса на старение) проявляется в первую очередь и отчетливее при более прогрессивно протекающих формах и бывает менее заметной при сравнительно малопрогрессивных шизофренических процессах (вялотекущая шизофрения, длительные ремиссии в позднем возрасте и т. п.). В тех случаях, когда после редукции продуктивной симптоматики шизофренические изменения личности обнаруживаются в наиболее чистом виде и наблюдается целый ряд признаков психического старения, отмечается отсутствие или слабая выраженность субъективного ощущения старения или старости¹.

Столь частое на поздних этапах сравнительно слабо прогрессивных, непрерывно или приступообразно протекающих

¹ Известно, что этой «душевной молодости» достаточно часто соответствует и физическая; относительно редко наблюдают у старых больных шизофренией и признаки старческого маразма.

процессов повышение общей психической активности и преобладание стойкого фона несколько повышенного настроения сопровождается обычно известным оптимизмом, направленностью мыслей, интересов, планов и деятельности. Если, по мнению многих авторов, для физиологического старения характерен скорее всего сдвиг в сторону интровертированности, то многие состарившиеся больные шизофренией с различными резидуальными состояниями становятся (нередко впервые в жизни) экстравертированными, более активными и деятельными, а иногда и неутомимыми.

Разумеется, описанные нами различные аспекты сложных взаимоотношений между динамикой шизофренического процесса и старением могут быть выделены и обособлены только условно и схематично. Влияние возрастного фактора на клинико-психопатологические проявления заболевания указывает также и на отраженное в этих изменениях ускоряющее и акцентуирующее действие болезненного процесса на психическое старение. Например, проявляющаяся в позднем возрасте больных возрастная тематика бреда (ущерб, притеснение в обыденных отношениях с окружающими лицами, ипохондричность и др.) отражает характерные для стареющего человека сдвиги в его психической деятельности, заботу о сохранении достигнутого в жизни, опасения за материальное благополучие, социальное положение и здоровье.

При более прогрессивных формах шизофрении, хронических галлюцинаторно-параноидных психозах и при злокачественно текущих шизофренических процессах ускоряющее и утяжеляющее влияние болезненного процесса на психическое старение становится наиболее выраженным, о чем свидетельствует целый ряд клинических наблюдений. При описании шизофренических психозов со злокачественным течением, манифестирующих в инволюционном периоде или его начале, уже отмечалось, например, что характерная «возрастная окраска» клинической картины обнаруживается в этих случаях в более ранние годы (в 40—44 года), чем при менее прогрессивно протекающей поздней шизофрении.

В конечных и исходных стадиях злокачественной шизофрении наблюдаются также [Медведев А. В., 1979] такие признаки усиленного психического старения, которые придают клинической картине заболевания своеобразную «сенильноподобную» окраску. Появляются признаки известного сдвига в прошлое, выражающегося сначала в структуре галлюцинаторных и бредовых расстройств, а позднее также в восприятии

окружающей обстановки и окружающих лиц, в измененной алло- и аутопсихической ориентировке больного. Такое развитие шизофренической симптоматики и глубокой старости больных можно сопоставить с наблюдениями над олигофреноподобным дефектом при прогрессивных шизофренических процессах детского возраста и говорить по аналогии с этим о сенильноподобном дефекте как выражении максимального ускорения и утяжеления явлений психического старения при прогрессивных формах шизофрении.

Эта сложная проблема требует специального изучения. Проведенные выборочные патологоанатомические исследования, казалось бы, опровергают вполне возможное предположение о наличии в таких случаях сочетания шизофрении с сенильно-атрофическим процессом в отношении большинства больных. Мы подробно не останавливаемся на этом вопросе потому, что он по существу относится к проблемам поздней и старческой шизофрении, освещенным в монографии Э. Я. Штернберга «Геронтологическая психиатрия» (1977).

Из обобщенных в этом разделе результатов нашего исследования вытекает, что прежнее представление о патопластическом влиянии возрастного фактора на шизофрению является слишком узким и односторонним. Наблюдающиеся на поздних этапах течения шизофрении взаимоотношения между хроническим заболеванием и процессами старения более сложны и по сути своей обоюдны, т. е. возрастной фактор по-разному влияет на проявления и течение различных шизофренических процессов, которые в свою очередь оказывают разнообразное действие на темп и течение психического старения.

ВОПРОСЫ ОБЩЕГО ПРОГНОЗА И ТЕРАПИИ

Изучение шизофрении методом отдаленных катамнезов, проведенное в последние годы рядом авторов, во многом изменили ранее сложившиеся представления об общем прогнозе и исходах заболевания. Вопреки существовавшему мнению о неблагоприятном в целом прогнозе шизофрении при отдаленных катамнезах было, например, выявлено значительное число случаев заболевания, которые расценивались как клиническое и социальное выздоровление. Тем самым эти исследования опровергли старые взгляды как на постоянство прогрессивности, так и на частоту неблагоприятных исходов шизофрении.

Прежде чем рассмотреть итоги проведенного исследования под этим углом зрения, следует подчеркнуть, что по ряду причин полученные результаты касаются лишь отдельных аспектов проблемы прогноза при шизофрении.

Наши данные не позволяют, например, обсуждать проблему выздоровления при шизофрении в полном ее объеме по той причине, что катамнестически изучалась лишь выборка больных, которые и в старости оставались под активным наблюдением психиатрических учреждений, т. е. заведомо не могли быть расценены как выздоровевшие. Кроме того, доступные нам клинические данные не давали возможность провести достоверный анализ необходимых для определения индивидуального прогноза корреляций между состоянием больных в старости и проявлениями болезни на начальных ее этапах. Уточнение начальных проявлений заболевания у больных, достигших старческого возраста, встречало немалые трудности. Наконец, обследованная группа больных, отобранных на основании определенных критериев (доживание до старости, нахождение преобладающего большинства больных в стационарных учреждениях или на диспансерном учете), не могла также дать ответ на вопрос о количественном соотношении между благоприятными и неблагоприятными исходами шизофрении. Выборочный состав больных был обусловлен тем, что для изучения закономерностей течения отдельных форм шизофрении мы должны были подобрать такой клинический материал, в котором отдельные группы, различающиеся друг от друга по течению и степени прогрессивности процесса, были представлены достаточно репрезентативным числом больных.

Анализ клинических данных, полученных в результате нашего исследования, необходим главным образом для суждения о прогнозе отдельных форм течения шизофрении и их исходах. Разграничение шизофрении на основные формы течения, в особенности с учетом установленного нами факта — устойчивости форм на протяжении жизни больных, уже само по себе, содержит определенную прогностическую информацию о тенденциях развития болезненного процесса.

Длительные наблюдения за течением различных шизофренических психозов показали не только устойчивость и дискретность основных форм течения заболевания, но и устойчивость на протяжении жизни больных различных по степени прогрессивности клинических вариантов, входящих в эти формы. Весь диапазон разновидностей шизофрении, которые были представлены в нашем клиническом материале, составляет, таким образом, группу относительно устойчивых и дискретных вариантов заболевания с присущим им различным прогнозом.

Что же касается непрерывно текущих шизофренических процессов, то существенными для общих прогностических суж-

дений оказались прежде всего установленные по ходу исследования закономерности развития, которые, однако, при разных по степени прогрессивности вариантах этого течения по-разному реализуются. Эта общая закономерность заключается в том, что период активного наступательного развития непрерывной шизофрении ограничен во времени и колеблется в своей продолжительности в зависимости от общей прогрессивности заболевания, а затем сменяется стадией стабилизации процесса с последующей редукцией болезненных расстройств. Всем непрерывно текущим вариантам шизофрении свойственна, таким образом, тенденция к регрессивному развитию на поздних этапах течения, т. е. к улучшению прогноза. Однако в зависимости от общей прогрессивности заболевания эта тенденция проявляется при разных вариантах непрерывной шизофрении по-разному.

При малопрогрессивных формах наиболее благоприятным оказался не только клинический, но и социальный прогноз. Значительному, хотя и неравномерному, обратному развитию подвергаются не только прежние рудиментарные продуктивные расстройства, но и та часть негативной симптоматики, которая на более ранних этапах заболевания зачастую вызывала социальную дезадаптацию больных. За редким исключением (возникшие социальные вопросы или конфликты) необходимость в стационарном лечении таких больных отпадает, а их социальная адаптация и работоспособность, несмотря на поздний возраст, заметно улучшаются.

Мы не исключаем возможности, что во многих зарубежных публикациях такое состояние больных в позднем возрасте расценивается как выздоровление, которое обычно в этих работах не описывается. Однако приведенное в предшествующей главе подробное описание состояния таких больных в позднем возрасте показывает, что о выздоровлении в общемедицинском понимании не может быть речи.

Прогноз параноидной шизофрении в старости в целом также может рассматриваться как относительно благоприятный. Было уже отмечено, что 56,7% больных этой формой шизофрении, несмотря на наличие у них хронических психотических расстройств и в старческом возрасте, проживают дома, не получая даже регулярного лечения, и удовлетворительно адаптируются к требованиям повседневной жизни. Пребывание другой части больных в психиатрических стационарах оказывается нередко связанным с различными социальными моментами (чаще всего с отсутствием семьи или нежеланием родных принять их в семью). Важно, однако, отметить, что, хотя на-

ходящиеся в стационарах больные оказывались примерно в таком же состоянии, как и проживающие дома, они в целом были более пассивными и бездеятельными. Эти наблюдения указывают на то, что на поздних этапах течения параноидной шизофрении, т. е. при наличии признаков стабилизации и редукции психотических расстройств, проявляются и возрастают бесспорные, в прогностическом отношении значимые компенсаторные возможности больных. В связи с этим увеличивается значение мер по их реабилитации и ресоциализации.

По нашим данным, примерно 35% больных с параноидной шизофренией выработали в течение жизни рабочий стаж, необходимый для получения пенсии по возрасту. Этот важный в прогностическом отношении факт свидетельствует о необходимости более дифференцированного подхода к решению вопроса о трудоспособности больных с непрерывной бредовой шизофренией, а также о необходимости привлечения их к труду при соответствующих условиях.

Все больные со злокачественно протекающей шизофренией в старости находились, как можно было и ожидать, в психиатрических больницах или психоневрологических интернатах. При сплошном обследовании учтенных диспансером больных шизофренией старческого возраста такие лица, проживающие дома, практически не встречались. Однако у части этих больных в силу редукции и фрагментарного характера остаточных продуктивных, в особенности кататонических, расстройств создавалась возможность определенной ресоциализации в больничных условиях. По мере «очищения» клинической картины конечных состояний от продуктивных расстройств, часть больных становилась способной к самообслуживанию, ведению более упорядоченного образа жизни и даже к занятиям посильным трудом при постоянной стимуляции извне.

Более сложным представляется вопрос о прогнозе приступообразно текущих форм шизофрении. Причиной этой сложности, как показали наблюдения, является, во-первых, чрезвычайно многообразие фактически встречающихся вариантов приступообразного течения и, во-вторых, возможность однозначной оценки динамики заболевания с помощью единого критерия. Поскольку разнообразие фактически встречающихся вариантов приступообразного течения не позволяет говорить об едином прогнозе приступообразной шизофрении, мы попытались выработать прогностические критерии, коррелирующие с такими вариантами, приступообразного течения, как переход в хронические психозы, прекращение приступов или течение

заболевания на всем протяжении в виде очерченных психотических приступов. Эти данные были специально изложены в предшествующей главе, на которую мы здесь ссылаемся. Важной в прогностическом плане представляется установленная при всех вариантах приступообразного течения закономерность, согласно которой нарастание негативных изменений завершается в основном на ранних этапах течения, т. е. в молодом и среднем возрасте.

Что же касается основной массы приступообразно протекающих форм, сохраняющих четкое приступообразное течение или же протекающих с прекращением приступов, то в этих случаях, как и при непрерывно текущей шизофрении, в позднем возрасте преобладают прогностически благоприятные тенденции к регрессирующему развитию. Это выражается в том, что при течении заболевания с приступами, несмотря на нередкое их учащение, больные, как правило, остаются адаптированными в жизни и даже трудоспособными. Этот факт показывает, что даже в случаях приступообразно-прогредиентного течения длительный прогноз может оказаться более благоприятным, чем могло казаться с учетом клиники раннего этапа заболевания, — течение болезни приближается на поздних этапах к рекуррентному.

Таким образом, наши наблюдения дополняют ранее разработанные положения об общем прогнозе шизофрении при отдельных формах ее течения лишь в одном, хотя и немаловажном, отношении. Общий (групповой) прогноз шизофрении, ее основных форм течения и каждого из относящихся к ним вариантов по мере длительности болезненного процесса, т. е. в старческом возрасте больных, не только не ухудшается, но в различной степени даже заметно улучшается. При этом, как показывают приведенные выше данные, это положение касается не только клинического, но и социального прогноза заболевания, что имеет большое практическое значение. Об уменьшении тяжести шизофренического процесса у достигших старческого возраста больных свидетельствует прежде всего следующий факт. Если во всей популяции ученых диспансером больных шизофренией в возрасте старше 60 лет число одновременно находящихся в стационарных учреждениях лиц составило 10%, то только 7,63% больных, заболевших в молодом или среднем возрасте, находились в тех или других психиатрических учреждениях.

Остановимся еще на одном важном практическом и теоретическом вопросе, который неизбежно и правомерно возникает

в связи с анализом проведенных наблюдений за длительной динамикой различных шизофренических процессов и в связи с представленными данными, касающимися явного улучшения общего прогноза шизофрении на отдаленных этапах ее течения (в старческом возрасте больных). Мы имеем в виду вопрос о том, в какой степени установленные особенности длительного течения различных форм заболевания отражают закономерности развития, заложенные в самом болезненном процессе, и какое влияние оказывает на них терапия. Правомерность такой постановки вопроса вытекает из накопленных в последние годы многочисленных наблюдений о трансформации клинических проявлений шизофрении в условиях длительного, систематического фармакотерапевтического воздействия [Авруцкий Г. Я., 1979, и др.]. На этот вопрос трудно дать исчерпывающий ответ. Возникшие трудности связаны главным образом с тем, что в отношении лечения обследованные нами больные находились в весьма различных условиях. Преобладающее большинство больных заболели еще до периода психофармакологического лечения; современную медикаментозную терапию они стали получать лишь на сравнительно поздних этапах течения заболевания. Определенная, правда, малочисленная часть больных совсем не лечилась этим методом, и только небольшая группа больных с самого начала заболевания получала систематическое соответствующее современным требованиям лечение. Именно по этой причине невозможными оказались точные суждения о том, как фактор терапии влияет на эндогенные механизмы развития заболевания. Мы можем по этому вопросу отметить только следующее.

Сопоставление особенностей динамики болезненного процесса у таких больных, которые никогда активно не лечились, и таких, которые получали медикаментозное лечение в разные сроки от начала заболевания, не выявило существенных различий между ними. Аналогичные данные, сопоставимые с нашими, были получены и в ряде зарубежных исследований, касающихся длительного течения шизофрении. L. Ciompi и Ch. Müller (1976) обследовали когорту больных шизофренией, доживших до возраста 65 лет и старше и в преобладающем большинстве своем никогда не лечившихся психотропными препаратами. Эти авторы получили в принципе сходные с нашими результаты исследований о динамике шизофренического процесса. В свою очередь результаты этих авторов, так же как и итоги нашего исследования, существенно не отличались от данных, полученных K. Achte (1961), M. Bleuler (1972),

G. Huber (1979) и других ученых при когортном обследовании большинства более молодых больных, заболевших и лечившихся уже после широкого внедрения психотропных средств в медицинскую практику.

Из сказанного вытекает, что в данный момент невозможно дать окончательного и однозначного ответа на поставленный выше вопрос, а разграничение свойственных шизофреническому процессу закономерностей развития заболевания от модифицирующего влияния активной терапии на течение процесса остается задачей будущих исследований, при которых необходимо изучать контингенты более молодых в данное время, но систематически леченных больных.

Тем не менее наиболее правомерным представляется следующее положение, основанное на наших наблюдениях. Особенности динамики различных шизофренических процессов, которые были описаны в этой работе, отражают имманентные свойственные болезненному процессу закономерности его развития. Все данные, которыми мы располагаем, говорят в пользу того, что влияние той терапии, которую наши больные получали, ограничивалось лишь выявлением или усилением этих внутренних свойств болезненного процесса. Однако определенная часть наших клинических наблюдений свидетельствует о том, что влияние проводимого лечения на динамику клинических проявлений заболевания бывает более выраженным при формах шизофрении, требующих применения более интенсивной активной терапии и на отдаленных этапах течения, т. е. в старческом возрасте больных. Это положение распространяется главным образом на ту основную группу приступообразно протекающих шизофренических процессов, которые на всем своем протяжении протекают в форме психотических приступов. Применение в этих случаях психотропных препаратов и лития, по-видимому, способствует дальнейшему упрощению клинической картины приступов и удлинению ремиссий.

С другой стороны, при хронических шизофренических психозах, протекающих с выраженной, средней или интенсивной прогрессивностью, влияние проведенной в позднем возрасте терапии на тенденции их развития оказалось минимальным. Для того чтобы установить, как влияет терапия на закономерности развития непрерывно протекающих неблагоприятных форм шизофрении (параноидная, злокачественная и перешедшая в хроническое течение приступообразная), проводился анализ эффективности применявшейся у таких больных нейролептической терапии. Оказалось, что около 9% больных с эти-

ми формами заболевания никогда не лечились психотропными препаратами или не получали их в течение многих лет. Всем остальным больным, начиная со времени введения психофармакологических средств в практику, проводилась постоянно или с небольшими перерывами, хотя в различные сроки от начала заболевания, та или другая медикаментозная терапия. У преобладающего большинства больных отмечалось лишь временное и частичное ослабление болезненных расстройств типа внутрибольничного улучшения при применении таких препаратов, как аминазин, тизерцин, галоперидол, мажептил, трифтазин, френолон и др., которые нередко назначались в различных сочетаниях. В целом существенного эффекта от лечения больных на поздних этапах течения заболевания не наблюдалось. Только в единичных случаях улучшение состояния было настолько отчетливым, что больные могли быть выписаны на поечение родных, хотя обычно и на непродолжительное время.

Как уже отмечалось выше, у многих больных, лечившихся медикаментозными средствами в течение ряда лет, наступление стадии стабилизации и редукции болезненных расстройств совпадало с началом старческого возраста. Однако доказательств непосредственной связи между динамикой болезненного процесса и проводившейся в этот период терапией не было, так как применявшееся в течение длительного срока до позднего возраста больных лечение терапевтического эффекта не давало.

В связи с тем что закономерности регрессиентного развития заболевания на отдаленных этапах его течения наблюдались в одинаковой форме как у леченых больных, так и у больных, которые в течение длительного времени совсем не получали нейролептических средств, нам представляется обоснованным вывод о том, что выступающие в старости признаки явного ослабления активности процесса при таких хронических формах вряд ли могут рассматриваться как проявления медикаментозного патоморфоза, хотя активное лечение, вероятно, и усиливает эту тенденцию. Более определенные суждения могут быть высказаны о показаниях и методах лечения состарившихся больных на поздних этапах заболевания.

Основным видом активной терапии шизофрении в позднем возрасте, как и в молодом, в настоящее время является лечение психотропными препаратами. Применение инсулиновой шоковой или электросудорожной терапии в этом возрасте показано только в единичных редких случаях. Наблюдения за

нашими больными подтверждают известный факт, что лечение пожилых больных психотропными средствами следует проводить с особой осторожностью. Это связано с плохой переносимостью больных позднего возраста даже таких доз психотропных препаратов, которые для более молодого возраста считаются малыми и средними, а также с большой частотой и тяжестью вызванных ими побочных действий.

При применении психофармакотерапии у больных пожилого и старческого возраста следует использовать наименее токсичные препараты, обладающие меньшим влиянием на сердечно-сосудистую систему и менее выраженными неврологическими и психическими побочными действиями. Предпочтительными при применении психотропных средств больным в старости являются нейролептики более мягкого действия: аминазин, этаперазин, меллерил (сонапакс) и другие аналогичные им препараты. Более сильно действующие средства, как, например, жажелтил, стелазин, трифтазин, галоперидол и др., следует применять только при наличии особых показаний и с максимальной осторожностью. Больным позднего возраста противопоказано применение препаратов пролонгированного действия, так как при возникновении осложнений действие препарата не может быть быстро купировано. Кроме того, как показывают наблюдения, в позднем возрасте необходимо назначать более низкие дозы психотропных средств, которые обычно составляют $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ от доз, применяемых в молодом возрасте. Необходимо избегать также распространенного в психиатрической практике одновременного назначения нескольких психотропных препаратов, так как частота побочных действий при этом заметно нарастает. Исключением, естественно, является назначение нейролептических средств в сочетании с антидепрессантами при депрессивно-бредовых состояниях.

В связи с тем что в позднем возрасте при длительном применении нейролептических средств легко формируются стойкие и резистентные к корректорам побочные неврологические расстройства (в частности, гипер- и дискинетические), нередко не прекращающиеся даже после отмены препаратов, курс лечения не должен быть продолжительным.

Известно также, что при применении психофармакологических средств у больных в старости нередко возникают осложнения в виде психотических эпизодов экзогенного характера. Чаше всего это наблюдается при лечении антидепрессантами и склонности больных к сердечно-сосудистой декомпенсации. Поэтому дозировка и этих препаратов должна быть уменьшенной по сравнению с дозировкой лекарств для больных молодого возраста. При повторном возникновении таких расстройств применение препарата, который их вызвал, необходимо прекратить. Осторожности требует и назначение больным позднего возраста препаратов, обладающих релаксирующим и гипотензивным действием. Их следует применять в сочетании с сердечно-сосудистыми и общеукрепляющими средствами.

Из всего сказанного вытекает, что активное лечение психотропными средствами больных позднего возраста следует проводить с максимальной осторожностью по строго определенным и индивидуальным показаниям.

Активная терапия у больных с различными стадиями шизофрении должна назначаться дифференцированно. По мере

увеличения длительности заболевания и ослабления болезненного процесса роль активной терапии, в частности медикаментозной, постепенно снижается; наоборот, возрастает значение различных мер по реадaptации, реабилитации и ресоциализации больных¹. Назначение психотропных препаратов больным шизофренией на поздних этапах течения заболевания требует, следовательно, соблюдения специальных показаний и не должно иметь рутинного характера.

В активной психофармакотерапии чаще всего нуждаются больные с приступообразно протекающими формами на отдаленных этапах заболевания, при которых рецидивирование приступов продолжается до старости. В этих случаях необходимость активного лечения самого приступа не вызывает сомнений. Поскольку возникающие в старости приступы или фазы чаще протекают с депрессивными или депрессивно-бредовыми расстройствами, то при них показано применение антидепрессантов в сочетании с перечисленными выше нейролептиками, обладающими относительно мягким действием. Назначение длительного поддерживающего лечения после прекращения приступа или фазы, применяемого обычно в более молодом возрасте, для больных позднего возраста, по нашим данным, нецелесообразно. Такое не ограниченное во времени поддерживающее лечение может вызвать нежелательные побочные действия и снижать общую психическую активность больных, тем более что основной задачей лечения больных старческого возраста является их стимуляция и поддержание сохранившейся работоспособности. При нередко наблюдающемся в этом возрасте учащении фаз или приступов, протекающих с преобладанием аффективных расстройств, показано применение солей лития, но и при этом необходимо учитывать возраст больных (оптимальная концентрация солей лития в плазме крови 0,4—0,5 мэкв/л).

Значительно более узкими являются показания для активной психофармакотерапевтического вмешательства при непрерывно текущих шизофренических процессах у больных тех же возрастных групп. При злокачественной и параноидной шизофрении возможность медикаментозного лечения в старости, когда процесс достиг уже стадии стабилизации и редукции болезненных проявлений, весьма ограничена. Наблюдение за больными с хроническими психическими состояниями показа-

¹ На сложной и в целом еще мало разработанной проблеме реадaptации доживших до старости больных шизофренией мы не останавливаемся в связи с тем, что не располагаем достаточными данными.

ли, что длительное, нередко продолжающееся в течение многих лет лечение теми или другими нейролептическими средствами не дает существенного эффекта. Правда, в ряде случаев под влиянием терапии отмечается некоторое ослабление шизофазии и кататонических расстройств, но в связи с возникновением стойких побочных действий препаратов состояние больных в целом может не только не улучшаться, а, наоборот, становиться более тяжелым. По мере нарастающей редукции психотических расстройств необходимость в применении психотропных средств чаще всего отпадает. В этом убеждают наблюдения за больными с параноидной шизофренией, находившимися в стационаре, а также проживающими много лет дома без регулярной терапии.

Показаниями для применения нейролептических средств у больных старческого возраста со злокачественными и средними по степени прогрессивности непрерывными параноидными процессами являются возможные на этапе стабилизации и редукции болезненных расстройств реактивно вызванные или аутохтонно возникшие обострения процесса. Как правило, такие включения в общую регрессионную динамику психоза удается купировать кратковременным назначением психотропных препаратов. На поздних стадиях хронических психозов при наличии признаков стабилизации и редукции расстройств длительное применение психотропных средств (пока симптомы заболевания не исчезнут) нецелесообразно. Такое лечение, не обоснованное четкими показаниями, противоречит основной терапевтической цели, которая должна быть поставлена на конечных этапах течения непрерывных шизофренических процессов, — максимальная активизация и реабилитация больных. Дожившим до старости больным с различными малопрогрессирующими процессами изредка требуется кратковременная корригирующая психотропная терапия.

Вопрос о том, где лучше всего лечить состарившихся больных шизофренией, по существу уже освещен в предыдущих главах. Было, например, отмечено, что процент одновременно находящихся в стационаре больных по мере увеличения возраста не только не возрастает, а, наоборот, неуклонно снижается. Этот показатель, так же как и клинические наблюдения, свидетельствует о том, что в связи с ослаблением прогрессивности шизофренического процесса на отдаленных его этапах и вытекающим из этого улучшением социального прогноза все возрастающее число больных старческого возраста может проживать в домашних или приближенных к ним условиях.

- Ааруцкий Г. Я.* Изменения клиники и течения психозов в итоге массовой психофармакотерапии и их значение для совершенствования лечебной помощи. — Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 9, с. 1387—1394.
- Амбрумова А. Г.* «Поздняя» шизофрения и шизофрения в старческом возрасте. — Труды Института психиатрии МЗ РСФСР, 1962, т. 33, с. 84—99.
- Амбрумова А. Г., Беляева К. Н.* Значение возрастного фактора в течении шизофрении. — В кн.: Материалы 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969, т. 2, с. 244—247.
- Ануфриев А. К.* О промежуточной группе шизофренических психозов. — Журн. невропатол. и психиатр., 1969, вып. 2, с. 242—248.
- Башина В. М.* Динамика (в возрастном аспекте) кататонических расстройств у детей, страдающих шизофренией. — Журн. невропатол. и психиатр., 1968, вып. 10, с. 1549—1553.
- Беляева К. Н.* Старость больных шизофренией. — В кн.: Проблемы клиники и лечения шизофрении с неблагоприятным течением. М.: Институт психиатрии МЗ РСФСР, 1964, с. 14—17.
- Вартанян Ф. Е.* Терапевтический патоморфоз в конечных состояниях шизофрении. — Журн. невропатол. и психиатр., 1968, вып. 2, с. 250—257.
- Вроно М. Ш.* Шизофрения у детей и подростков. — М.: Медицина, 1971. — 127 с.
- Гаврилова С. И.* Клинико-эпидемиологическое исследование психического состояния репрезентативной группы лиц позднего возраста из общего населения. — Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 9, с. 1382—1389.
- Гаврилова С. И.* Не учтенные диспансером шизофренические расстройства, выявленные при клинико-эпидемиологическом обследовании поздних возрастных групп общего населения. — Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 9, с. 1366—1372.
- Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — В кн.: Избранные труды. М.: Медицина, 1964, с. 143—149.
- Дворин Д. В.* Больные непрерывно текущей параноидной шизофренией в старости. — Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 6, с. 881—886.
- Дворин Д. В.* Особенности клинико-психопатологических расстройств у больных параноидной шизофренией в старости. — Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 9, с. 1378—1382.
- Дружинкина Т. А.* Закономерности возрастной динамики неблагоприятно протекающих форм шизофрении в свете отдаленных катамнезов в старости. — Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 1, с. 79—85.
- Дружинкина Т. А., Концевой В. А.* Сравнительный анализ приступообразной

- шизофренин в свете отдаленных катамнезов в старости.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 1, с. 95—102.
- Дружинина Т. А., Медведев А. В.* Хронические состояния при приступообразной шизофренин в старости.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 9, с. 1364—1371.
- Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К.* Клинико-катамнестическое изучение доживших до старости больных приступообразной шизофренин.— В кн.: Шизофренин. Алкоголизм/Материалы 1-го съезда невропатологов и психиатров Узбекистана. Ташкент, 1978, с. 56—62.
- Дувакина М. В.* Об особенностях клиники и социально-трудоуодвой адаптации больных шизофренин с поздними ремиссиями.— В кн.: Врачебно-трудоуодвая экспертиза и социально-трудоуодвая реабилитация лиц с психическими заболеваниями.— М., 1974, с. 115—120.
- Жариков Н. М.* Эпидемиология.— В кн.: Шизофренин/Под ред. А. В. Снежного.— М.: Медицина, 1972, с. 186—224.
- Жариков Н. М., Либерман Ю. И., Шамонова Л. М., Левит В. Г.* Оценка роли факторов пола и возраста в формообразовании шизофренин (по данным эпидемиологического изучения).— Журн. невропатол. и психиатр., 1973, вып. 4, с. 551—558.
- Жислин С. Г.* Роль возрастного и соматогенного факторов в возникновении и течении некоторых форм психозов.— М.: Институт психиатрии МЗ РСФСР, 1956.— 226 с.
- Жислин С. Г.* Очерки клинической психиатрии: Клинико-патогенетические зависимости.— М.: Медицина, 1965.— 320 с.
- Жислина Е. С.* О клинических и психопатологических особенностях бреда ущерба при шизофренин в позднем возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1966, вып. 11, с. 1682—1687.
- Концевой В. А., Сударева Л. О.* Приступообразное течение шизофренин в свете отдаленного катамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 9, с. 312—319.
- Консторун С. И.* Опыт практической психотерапии.— М.: Институт психиатрии МЗ РСФСР, 1959.— 223 с.
- Краснушкин Е. К.* К вопросу о так называемых мягких формах шизофренин.— В кн.: Избранные труды. М.: Медгиз, 1960, с. 348—374.
- Либерман Ю. И.* К проблеме заболеваемости шизофренин (материалы клинико-эпидемиологического обследования).— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 8, с. 1224—1233.
- Луницкая И. Р.* О течении поздней шизофренин с синдромом психического автоматизма (синдромом Кандинского — Клерамбо).— В кн.: Проблемы геронтрии в клинике нервных и психических заболеваний.— Киев: Здоров'я, 1965, с. 236—239.
- Медведев А. В.* Шизофренические конечные состояния с кататоническими расстройствами в старости.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 9, с. 1371—1377.
- Медведев А. В.* Конечные состояния шизофренин в старости.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, вып. 9, с. 1360—1366.
- Медведев А. В.* Злокачественно текущая шизофренин у доживающих до старости больных (закономерности длительного течения).— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 9, с. 1372—1378.
- Мслев Д. Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофренин.— М.: Медгиз, 1963.— 198 с.
- Михайлова В. А.* Разновидности течения юношеской приступообразной шизофренин в свете отдаленного катамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 1, с. 71—78.

- Методические рекомендации по вопросам диагностики и лечения психических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста/Под ред. Э. Я. Штернберга.— М., 1978.— 15 с.*
- Моисеенко Т. К.* Клинико-статистические показатели течения юношеской злокачественной шизофрении (по данным эпидемиологического исследования).— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 1, с. 119—130.
- Молчанова Е. К.* О возможности манифестации шизофрении в старческом возрасте.— Вестн. АМН СССР, 1966, вып. 3, с. 89—96.
- Молчанова Е. К.* Особенности клиники и течения амбулаторной шизофрении в позднем возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 1, с. 94—99.
- Молчанова Е. К.* Приступообразная шизофрения с «регрессирующим» течением и глубокими длительными ремиссиями в старости.— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, вып. 5, с. 736—741.
- Молчанова Е. К.* Возрастная динамика некоторых внебольничных форм шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, вып. 1, с. 97—101.
- Молчанова Е. К., Ширина М. Г., Дружинина Т. А. и др.* Результаты сплошного обследования популяции больных шизофренией старше 60 лет, находящихся на учете в Московском психоневрологическом диспансере № 2.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, вып. 6, с. 898—905.
- Наджаров Р. А.* К проблеме «ядерной» шизофрении.— В кн.: Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, т. 3, вып. 1, с. 194—199.
- Наджаров Р. А.* Формы течения.— В кн.: Шизофрения/Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1972, с. 16—76.
- Наджаров Р. А., Дружинина Т. А., Цуцуйковская М. Я. и др.* Формы течения шизофрении.— В кн.: Материалы к обсуждению на объединенном пленуме правления Всесоюзного, Всероссийского и Ленинградского научных медицинских обществ невропатологов и психиатров. М., 1967, с. 5—27.
- Смулевич А. Б., Ширина М. Г.* Проблема паранойи.— М.: Медицина, 1972.— 184 с.
- Снежневский А. В.* Систематика форм шизофрении.— В кн.: Современные проблемы психоневрологии. М.: Медицина, 1960, с. 210—213.
- Снежневский А. В.* Формы шизофрении.— В кн.: Материалы 5-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969, т. 3, с. 468—471.
- Снежневский А. В.* Симптоматология и нозология.— В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез/Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1969, с. 5—29.
- Снежневский А. В.* Нозология психозов.— В кн.: Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии/Труды Института психиатрии МЗ РСФСР.— М., 1974, т. 24, с. 156—169.
- Сударева Л. О.* Особенности течения приступообразной шизофрении в свете отдаленного катамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 1, с. 103—109.
- Сухарева Г. Е.* Клиника шизофрении у детей и подростков. Течение, прогноз, систематика.— Харьков: Госмедиздат, 1937.— 107 с.
- Суховский А. А.* Клинические особенности психопатоподобных и невроподобных проявлений при малопрогредиентной шизофрении в старости.— Журн. невропатол. и психиатр., 1974, вып. 1, с. 94—99.
- Суховский А. А.* Клиника и динамика длительных поздних ремиссий в исходе приступообразной шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1976, вып. 4, с. 563—568.
- Суховский А. А.* Клиника и течение паранойальной шизофрении в позд-

- нем возрасте.— Журн. невропатол. и психиатр., 1977, вып. 9, с. 1377—1382.
- Успенская Л. Я.* О некоторых особенностях приступообразно-прогредиентной шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, вып. 8, с. 1218—1224.
- Фаворина В. Н., К.* вопросу о конечных состояниях шизофрении.— В кн.: Труды 4-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, т. 3, вып. 1, с. 224—228.
- Цуцувковская М. Я.* Некоторые особенности развития юношеской шизофрении в свете отдаленного катамнеза.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 5, с. 604—611.
- Щирин М. Г., Молчанова Е. К., Гаврилова С. И. и др.* Некоторые результаты эпидемиологического изучения психически больных старше 60 лет, проживающих в одном из районов Москвы.— Журн. невропатол. и психиатр., 1975, вып. 11, с. 1695—1704.
- Шмаонова Л. М.* О некоторых промежуточных и атипичных вариантах приступообразно протекающей шизофрении по данным эпидемиологического изучения.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, вып. 8, с. 1209—1217.
- Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И.* Клинико-статистическая характеристика шизофрении, протекающей в форме шубов или периодически (по данным обследования популяции больных).— Журн. невропатол. и психиатр., 1970, вып. 7, с. 1037—1046.
- Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И.* Роль пола и возраста в возникновении и течении приступообразной шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 5, с. 611—617.
- Шмаонова Л. М., Либерман Ю. И.* О некоторых особенностях течения приступообразной шизофрении (по данным эпидемиологического изучения).— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 6, с. 770—780.
- Штернберг Э. Я.* Возрастные изменения клиники.— В кн.: Шизофрения. Клиника и патогенез/Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1969, с. 120—165.
- Штернберг Э. Я.* Шизофрения в позднем возрасте.— В кн.: Шизофрения/Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1972, с. 107—159.
- Штернберг Э. Я.* Геронтологическая психиатрия.— М.: Медицина, 1977.— 216 с.
- Штернберг Э. Я.* Новые зарубежные исследования течения и исходов шизофрении.— Журн. невропатол. и психиатр., 1978, вып. 1, с. 135—155.
- Штернберг Э. Я., Молчанова Е. К.* Приступообразная шизофрения, протекающая с ремиссиями большой длительности.— Журн. невропатол. и психиатр., 1972, вып. 1, с. 97—103.
- Штернберг Э. Я., Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К.* Закономерности клинических проявлений и течения шизофрении в свете отдаленных катамнезов в старости.— В кн.: Материалы 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1975, т. 3, с. 144—148.
- Штернберг Э. Я., Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К.* К проблеме прогредиентности при шизофрении. Сообщение 1. К проблеме прогредиентности приступообразно протекающих форм.— Журн. невропатол. и психиатр., 1979, вып. 8, с. 1052—1057.
- Achte K. A.* Der Verlauf der Schizophrenien und schizophreniformen Psychosen.— Acta psychiat. scand., 1961, v. 36, p. 102—155.
- Alström H. C.* Mortality in mental hospitals with special regard to tuberculosis.— Acta psychiat. scand., 1942, suppl. 24, p. 99—104.

- Berner P.* Der Lebensabend der Paranoiker. — Wien. Z. Nervenhlk., 1969, Bd 27, S. 115—161.
- Berner P.* Paranoide Syndrome. — In: Psychiatrie d. Gegenwart. Bd. II/I. Klinische Psychiatrie. 2. Aufl. — Berlin — Heidelberg — New York, 1972, S. 153—179.
- Berze J.* Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. — Leipzig — Wien, 1914—213 S.
- Berze J., Gruhle H. W.* Psychologie der Schizophrenie. — Berlin, 1929, — 230 S.
- Bleuler E.* Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniagruppe). — Allg. Z. Psychiat., 1908, Bd 65, S. 436—464.
- Bleuler E.* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. — Leipzig — Wien, 1911, — 420 S.
- Bleuler M.* Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte Inagjähriger Kranken- und Familiengeschichten. — Stuttgart, 1972. — 673 S.
- Bleuler M., Huber G., Gross G., Schüttler R.* Der langfristige Verlauf schizophrenen Psychosen. — Nervenarzt, 1976, Bd. 47, S. 477—481.
- Bumke O.* Lehrbuch der Geisteskrankheiten. — München, 1924—1176 S.
- Ciampi L., Medvecka J.* Mortalite comparative dans les maladies mentales. — Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat., 1976, Bd 118, S. 111—135.
- Ciampi L., Muller Ch.* Lebensweg und Alter der Schizophrenen. — Berlin — Heidelberg — New York, 1976. — 242 S.
- Conrad K.* Die beginnende Schizophrenie. — Stuttgart, 1958. — 165 S.
- Degkwitz R., Schulte W.* Einige Zahlen zur Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik. — Nervenarzt, 1971, Bd 42, S. 169—172.
- Ernst K.* Die Prognose der Neurosen. — Berlin — Heidelberg — New York, 1959. — 183 S.
- Esser A.* Über rein asthenische Endzustände bei Schizophrenie. — Ärztl. Sachverst. Ztg., 1928, Bd 34, S. 1—8.
- Faust E., Kleist K.* Die paranoiden Schizophrenien auf Grund katamnestischer Untersuchungen. — Z. Neurol., 1941, Bd 172, S. 308—312.
- Fleck U.* Über Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenie. — Arch. Psychiat. Nervenkr., 1928, Bd 85, S. 705—708.
- Gabriel E.* Die langfristige Entwicklung von Spatschizophrenien. — Basel — München — New York, 1978. — 143 S.
- Glatzel J.* Leibgeföhlstörungen bei endogenen Psychosen. — In: Schizophrenie und Zylothymie/Hrsg. G. Huber. Stuttgart, 1969, S. 163—176.
- Glatzel J.* Über akustische Sinnestäuschungen bei chronisch Schizophrenen. — Nervenarzt, 1971, Bd 42, S. 17—26.
- Gross G.* Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. — In: Schizophrenie und Zylothymie/Hrsg. G. Huber. Stuttgart, 1969, S. 177—187.
- Hartmann W.* Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. — Sozialpsychiat., 1969, Bd 4, S. 101—114.
- Hinterhuber H.* Zur Katamnese der Schizophrenie. — Fotschr. Neurol. Psychiat., 1973, Bd 41, S. 527—558.
- Huber G.* Psychiatrie. — Stuttgart, 1974. — 398 S.
- Huber G., Gross G., Schüttler R.* Schizophrenie. Eine verlaufsund sozialpsychiatrische Langzeitstudie. — Berlin — Heidelberg — New York, 1979. — 399 S.
- Janzarik W.* Dynamische Grundkinstellationen in endogenen Psychosen. — Berlin — Göttingen — Heidelberg, 1959. — 193 S.
- Janzarik W.* Schizophrene Verläufe. — Berlin — Heidelberg — New York, 1968. — 149 S.

- Jaser R.* Über den Einfluss des Greisenalters auf die Gestaltung schizophrener Prozesse. 9 Allg. Z. Psychiat., 1928, Bd 89, S. 1—6.
- Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie. 8 Aufl. — Berlin — Heidelberg — New York, 1965. — 748 S.
- Kahlbaum L. K.* Die Katatonie. — Berlin, 1874. — 210 S.
- Kay D. W. K., Beamish P., Roth M.* Old age mental disorders in Newcastle—upon—Tyne. 9 Brit. J. Psychiat., 1964, v. 110, p. 146—158.
- Kleist K., Leonhard K., Schwab H.* Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen. — Arch. Psychiat. Nervenkr., 1940, Bd 168, S. 535—586.
- Kraepelin E.* Psychiatrie. — 8. Aufl. — Leipzig, 1913, Bd 3, S. 667—1022.
- Kretschmer E.* Körperbau und Charakter. — 1 Aufl. — Berlin, 1921. — 192 S.
- Laboucarie J.* Les schizophrénies aiguës. — Types d'expérience délirantes. — Evolut. psychiatr., 1958, v. 3, p. 549—574.
- Langfeldt G.* The prognosis in schizophrenia. — Acta psychiat. scand., 1956, suppl. 110, p. 7—66.
- Lauter H.* Epidemiologische Aspekte alterspsychiatrischer Erkrankungen. — Nervenarzt, 1974, Bd 45, S. 277—288.
- Lechler H.* Die Psychosen der Alten. — Arch. Psychiat. Nervenkr., 1950, Bd 185, S. 440—465.
- Leonhard K.* Aufteilung der endogenen Psychosen. — Berlin (DDR), 1957. — 526 S.
- Leonhard K.* Die atypischen Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen. — In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 11. — Berlin — Heidelberg — New York, 1960, S. 147—179.
- Lindellus R.* A study of schizophrenia. — Acta psychiat. scand., 1970, suppl. 216, p. 1—216.
- Malzberg B.* Mortality among patients with mental diseases. — New York, 1934. — 164 p.
- Marinow A.* Klinisch-statistische und katamnestische Untersuchungen anchronisch Schizophrenen. — Arch. Psychiat. Nervenkr., 1974, Bd 218, S. 115—124.
- Mauz F.* Die Prognostik der endogenen Psychosen. — Leipzig, 1930. — 121 S.
- Mayer-Gross W.* Beiträge zur Psychopathologia schizophrener Endzustände. — Z. Neurol., 1921, Bd 6, S. 322—325.
- Mayer-Gross W.* Über das Problem der Typischen Verläufe. — Z. Neurol., 1922, Bd 78, S. 429—441.
- Meggendorfer F.* Über die hereditäre Disposition zur Dementia senilis. — Z. Neurol., 1926, Bd 101, S. 387—425.
- Mohs U.* Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizophrenie — Kranke. — Nervenarzt, 1966, Bd 37, S. 34—36.
- Müller Ch.* Über das Senium der Schizophrenen. — Basel, 1959. — 82 S.
- Müller Ch.* Schizophrenia in advanced age. — Brit. J. Psychiat., 1971, v. 118, p. 347—348.
- Müller V.* Katamnestische Erhebungen über den Spontanverlauf der Schizophrenie. — Mschr. Psychiat. Neurol., 1951, Bd 122, S. 257—276.
- Nadsharow R. A., Sternberg E.* Die Bedeutung der Berücksichtigung des Altersfaktors für die psychopathologische, klinische und nosologische Forschung in der Psychiatrie. — Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 1970, Bd 106, S. 159—179.
- Niswander G. D., Hasler G. M.* Changes in cause of death of schizophrenic patients. — Arch. gen. Psychiat., 1963, v. 9, p. 229—234.
- Odegaard O.* The excess mortality of the insane. — Acta psychiat. scand., 1952, v. 27, p. 353—366.

- Perris G.* A study of cycloid psychoses. — *Acta psychiat. scand.*, 1974, suppl. 253, p. 1—77.
- Riemer M. D.* A study of the mental status of schizophrenics hospitalized for over 25 years into their senium. — *Psychiat. Quart.*, 1950, v. 24, p. 309—313.
- Rümke H. C.* Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen. — *Nervenarzt*, 1958, Bd 29, S. 2—6.
- Rümke H. C.* Ober alte Schizophrene. — *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, 1963, Bd 91, S. 201—210.
- Scharfetter Ch.* Allgemeine Psychopathologie. — Stuttgart, 1976. — 290 S.
- Schneider K.* Klinische Psychopathologie. — 9 Aufl. — Stuttgart, 1971. — 174 S.
- Sommer R.* Patients who grow old in mental hospital. — *Geriatrics*, 1959, v. 14, p. 581—590.
- Sternberg E.* Probleme der Alterspsychiatrie. — Jena: Fischer, 1975. — 174 S.
- Sütlwold L.* Symptome beginnender schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. — Berlin — Heidelberg — New York, 1977. — 112 S.
- Vaillant G.* The natural story of the remitting schizophrenias. — *Am. J. Psychiat.*, 1963, v. 20, p. 367—376.
- Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen/Hrsg. G. Huber.* — Stuttgart — New York, 1979. — 399 S.
- Vie J., Queron P.* La vieillesse de quelques dements precoces. — *Ann. med. psychol.*, 1935, v. 93, p. 190—193.
- Wachsmuth R.* Der Schizophrene im Alter. — In: *Geriatric und Fortbildung/Hrsg. W. Doberauer.* Wien, 1960, S. 383—388.
- Weitbrecht H. J.* Psychiatrie im Grundriss. — Berlin — Heidelberg — New York, 1973. — 504 S.
- Wenger P. A.* A comparative study of the ageing process in groups of schizophrenics and mentally ill veterans — *Geriatrics*, 1958, v. 13, p. 367—370.
- Wyrsch J.* Allgemeines über die Prognose der Schizophrenien. — In: *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen/Hrsg. G. Huber.* Stuttgart, 1973, S. 245—255.

Schizophrenia and Its Outcome in Old Age/Ed. by E. Ya. Schternberg, Academician of the AMS USSR: Meditsina, 1981. 192 pp., ill.

The monograph presents the results of many year clinical and epidemiological study of more than 1000 patients with different forms of schizophrenia conducted by the research group of the Institute of Psychiatry, AMS USSR. On the basis of the catamneses the peculiarities of the course and clinical picture of different forms of schizophrenia are presented within the life span of the patients. The outcomes of the disease and possibility of social adaptation of patients in old age are considered.

The book is intended for psychiatrists, geriatrists and neuropathologists.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Задачи, метод и значение исследования (Штернберг Э. Я.)	8
Глава 2. Современные катамнестические исследования шизофрении (Штернберг Э. Я.)	16
Глава 3. Общая характеристика клинического материала (Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К.)	30
Глава 4. Клинико-эпидемиологические исследования шизофрении в позднем возрасте (Гаврилова С. И.)	39
Глава 5. Клиника и течение шизофрении у доживших до старости больных (основные результаты катамнестического исследования) (Дружинина Т. А., Концевой В. А., Медведев А. В., Молчанова Е. К., Штернберг Э. Я.)	51
Об устойчивости основных форм течения шизофрении	51
Динамика шизофренических процессов по данным длительного наблюдения за их течением	63
Динамика непрерывной формы шизофрении	64
Злокачественно протекающая шизофрения	67
Непрерывно текущая шизофрения со средней степенью прогрессивности (параноидная шизофрения)	80
Вялотекущая (малопрогрессирующая) шизофрения	94
Параноидальная шизофрения	105
Проблема так называемой латентной шизофрении в свете длительных катамнезов	110
Динамика приступообразно протекающих форм шизофрении	115
Рекуррентное течение шизофрении	116
Приступообразно-прогрессирующее течение шизофрении	119
Динамика длительных (заключительных) ремиссий, наблюдающихся в позднем возрасте после прекращения приступов	127
Хронические психозы в течение приступообразной шизофрении	132

Глава 6. Некоторые общие вопросы учения о шизофрении и длительные катамнестические наблюдения	142
Проблема прогрессивности при шизофрении (Штернберг Э. Я., Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К.)	143
Семиотика шизофрении в свете длительных катамнестических наблюдений (Штернберг Э. Я., Медведев А. В.)	151
Возрастной аспект шизофрении в свете длительных катамнезов (Штернберг Э. Я.)	162
Вопросы общего прогноза и терапии (Дружинина Т. А., Концевой В. А., Молчанова Е. К., Штернберг Э. Я.)	171
Список литературы	182