

Ганнушкин П.Б.

ОСТРАЯ ПАРАНОЙЯ

Москва
Издательство АСТ

УДК 616.89

ББК 56.14

Г19

Дизайн переплёта *Алексея Родюшкина*

Ганнушкин, Петр Борисович.

Г19 Острая паранойя / Петр Ганнушкин. — Москва: Издательство АСТ, 2027. — 384 с. — (Советский нон-фикшн)

ISBN 978-5-17-192812-4

Петр Борисович Ганнушкин — выдающийся отечественный врач, создатель психиатрической школы, инициатор развития внебольничной помощи душевнобольным. Его идеи определили становление психиатрии на десятилетия вперед, а предложенная им концепция психопатий до сих пор лежит в основе практической диагностики.

Данная книга — ключевой труд раннего периода деятельности автора. На рубеже XIX и XX веков, в эпоху ожесточенных дискуссий между ведущими медицинскими течениями, он предпринял смелую попытку навести порядок в одной из самых сложных и запутанных областей — проблеме бредовых состояний.

Опираясь на богатейший клинический опыт, Петр Борисович исследует различия между острой паранойей, ранним слабоумием и аффективными расстройствами, уделяя особое внимание роли эмоций и личности пациента в формировании бреда. Подробно описанные истории болезни позволяют увидеть за клиническими наблюдениями живую человеческую психику — во всей сложности ее проявлений.

Издание подойдет специалистам в области ментального здоровья, а также всем, кто интересуется классическим научным наследием.

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-17-192812-4

© ООО «Издательство АСТ», 2027

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос об острой паранойе есть один из самых спорных вопросов в клинической психиатрии, и не далее как в 1901 году на съезде итальянских психиатров в Анконе докладчик на программную тему о классификации психозов de Sanctis¹, а за ним и члены конгресса признали возможным исключить из классификации рубрику острой паранойи. Если мы возьмем новейшие — вышедшие в 1902, 1903 гг. — учебники психиатрии, то увидим, что Weygandt² совершенно не считает возможным признать существование острой или периодической паранойи, в то время как Mendel³ описывает острую паранойю как совершенно самостоятельную форму и отграничивает ее от *delirium hallucinatorium* (форма, протекающая со множеством галлюцинаций и затемнением сознания). Ziehen⁴ объединяет в одной рубрике — острая паранойя — как те случаи, которые протекают со спутанностью сознания, так и те, при которых таковой не наблюдается, а дело ограничивается лишь бредом и галлюци-

¹ De Sanctis. Sulla classificazione delle psycopatie. JRivist. speriment. di freniatria. 28. Atti dell'XI congresso della società freu. Italian (Ancona, 1901), 1902, стр. 234.

² Wilhelm Weygandt. Atlas und Grundriss der Psychiatrie. München, 1902, стр. 354.

³ E. Mendel. Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart, 1902, стр. 156.

⁴ Th. Ziehen. Psychiatrie. Leipzig, 1902, стр. 371.

нациями; наконец, Rogues de Fursac⁵ совершенно даже не упоминает об острой паранойе. Таким образом, говорить о каком бы то ни было единомыслии, о каком-либо однообразии в понимании острой паранойи едва ли возможно; правда, в настоящее время в психиатрии полное единомыслие не может быть достигнуто ни по одному клиническому вопросу, однако во всяком случае в вопросе об острой паранойе это разногласие между психиатрами, их непонимание друг друга сказывается особенно ярко, особенно резко; поэтому мы думаем, что пересмотр учения об острой паранойе является не только вполне законным, но даже и необходимым.

Первым, чисто теоретическим, принципиальным вопросом является определение того понятия, с которым мы думаем оперировать в нашей настоящей работе; однако вновь устанавливать понятие — паранойя — мы считаем совершенно излишним, мы сошлемся на то место в учебнике С. С. Корсакова⁶, где он говорит о типических психопатических состояниях, а именно о состоянии помешательства (*status paranoicus*); при этом состоянии «ненормальность психики выражается в первично существующей склонности к образованию ложных, болезненно неправильных идей при достаточной степени сохранения ясности сознания и способности владеть вниманием». При паранойе на первый план

⁵ Rogues de Fursac. *Manuel de psychiatrie*. Paris, 1903.

⁶ С. С. Корсаков. *Курс психиатрии*. Москва, 1901, стр. 113.

в клинической картине выступают определенные стойкие бредовые идеи, все окружающее воспринимается больными именно в смысле этих бредовых идей (неправильное, бредовое толкование действительности), галлюцинации, независимо от того, появляются ли они по времени раньше или позже бредовых идей, все же в конце концов имеют также прямое отношение к бреду (однородность, гомогенность в окрасе как бреда, так и галлюцинации, по Schüle⁷. Мы умышленно избегаем здесь слова «систематизация бреда», на которой так часто настаивают при определении паранойи, — этот термин является крайне неопределенным и, по мнению некоторых психиатров, вовсе необязательным даже для случаев хронической паранойи; так, Sommer⁸ в своей последней работе о паранойе — а он имеет в виду исключительно хроническую форму — говорит, что строгая систематизация бреда совершенно не является необходимой при этой форме. Указанные основные клинические признаки должны быть налицо как при хронической, так и при острой паранойе. Вопрос об острой паранойе стоит в связи с вопросом о той группе острых психозов, которые противоплагаются психозам эмоциональным (мания, меланхолия) и известны под не совсем правильным названием психозов интеллектуальных (Jolly, Ziehen, Cramer). Из этой группы острых

⁷ Schüle. Zur Paranoia-Frage (Allg. Zeitschr. für Psych. 50. 1894).

⁸ R. Sommer. Paranoia (Die deutsche Klinik. Berlin-Wien, 1902, стр. 297).

психозов выделяются следующие три формы: 1) острое слабоумие (*anoia acuta*), 2) острая спутанность, *amentia Meynert'a* (*dysnoia acuta*) и 3) острая паранойя (*paranoia acuta*). В своей наиболее чистой форме этот последний подвид острых психозов должен представлять те же клинические признаки, что и хроническая паранойя, за исключением лишь хроничности и неизлечимости.

Другим принципиальным вопросом является вопрос о том, должно ли смотреть на острую паранойю как на отдельную душевную болезнь или же в этой болезненной форме следует видеть лишь определенный, резко отграниченный симптомокомплекс. По нашему крайнему разумению, может быть принята только последняя точка зрения; на острую паранойю точно так же, как на манию, меланхолию, острую спутанность, можно смотреть только как на симптомокомплекс, и если Salgo⁹ почти пятнадцать лет тому назад говорил, что изложение душевных заболеваний должно ограничиваться простым описанием фактов клинического наблюдения, что клиническая психиатрия должна состоять из эмпирически установленных симптомокомплексов (куда сам Salgo относил и прогрессивный паралич помешанных, и манию, и Мейнертовскую аменцию, и паранойю), то и теперь мы должны сохранить ту же самую точку зрения по отношению к очень многим из описываемых и выделяемых болезненных форм. Того же самого

⁹ Salgo. Compendium der Psychiatrie. Wien, 1889, стр. 4.

мнения, по-видимому, держится и Meschede¹⁰, который резко различает душевные болезни и душевные расстройства (*menales — alienations mentales, Geisteskrankheiten — Geistesstörungen*), который говорит, что четыре основных психиатрических понятия — *melancholia, mania, paranoia, dementia*, — соответствующие четырем видам расстройства движения — замедление, ускорение, отклонение, ослабление, — должны быть употребляемы лишь в смысле обозначения известного состояния, а никак не в смысле нозологической единицы. Несомненно, тот же самый взгляд высказывал в обоих изданиях своего учебника и покойный профессор С. С. Корсаков, когда он говорил, что основные типы душевных болезней — *melancholia, stupiditas, dementia* и пр. — до настоящего времени остаются лишь симптоматологическими картинками, «формами», в которые отливаются душевные болезни для своего внешнего проявления.

Третий вопрос, который должен был предварительно поставлен и решен в том или другом смысле, есть вопрос об отношении острой паранойи к периодической. Мы позволяем себе думать, что эти два понятия, при настоящем положении психиатрических знаний, можно считать совпадающими друг с другом; другими словами, ежели каким-либо образом доказано существование острой паранойи, то тем самым решен вопрос и о периодической па-

¹⁰ Meschede. De la paranoia périodique. XIII congrès international de médecine. (Comptes rendus — section de psychiatrie. Paris, 1900, стр. 140).

раной; и наоборот, ежели доказана возможность существования периодической паранойи, то тем самым разрешен вопрос и об острой паранойе. Дело состоит в том, что ни про один случай острого душевного расстройства, где наблюдался один приступ болезни, нельзя сказать, хотя бы с незначительной долей вероятности, что болезнь не повторится. Можно с положительностью утверждать только, что все острые психозы, независимо от их клинического облика, чрезвычайно склонны давать рецидивы; установить же разницу между формами рецидивирующими и периодическими в настоящее время представляется невозможным или, по крайней мере, очень трудным, так как мы совершенно не знаем, что такое периодические психозы. На этом последнем положении мы позволим себе остановиться несколько подробнее. Если мы обратимся к терминологии, то найдем большое несогласие между авторами. Мы имеем термин — периодическое помешательство и рецидивы душевных заболеваний, имеем термин — полиморфное периодическое помешательство, знаем возвраты болезни при всяком ничтожном поводе у тяжелых дегенератов, знаем ремиттирующие формы¹¹, знаем *folie intermittente* французов, где светлые промежутки между присту-

¹¹ Именно ремиттирующая меланхолия Neffel'я; по Neffel'ю (Medical Record. 1898, 829; цит. по Pilcz'y — Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901) ремиттирующая меланхолия отличается от периодической тем, что при этой последней приступы болезни возникают самопроизвольно, в то время как при ремиттирующей форме каждому приступу болезни предшествует длительно действующий

пами могут быть или правильны (периодическое помешательство), или неопределенны, имеем, наконец, указание Mendel'я¹², что формы, протекающие сначала как рецидивирующие, впоследствии могут принимать периодическое течение. Такой путанице в терминах соответствует и непонимание друг друга в сущности дела; действительно, все решительно признаки, которыми принято руководствоваться для отличия периодических психозов — быстрое начало и конец, отсутствие причины для возникновения приступа болезни, однообразие во времени появления, в длительности и в проявлении болезни, полное выздоровление от каждого приступа, — все это при сопоставлении с данными клиники сплошь и рядом оказывается несостоятельным и может иметь лишь очень относительное значение. Результатом такого положения вещей является то обстоятельство, что диагноз периодического помешательства накладывается различными психиатрами в совершенно различных по существу случаях и далеко не одинаково часто; результатом, далее, является хотя бы и то, что Kraepelin, а за ним и все его многочисленные последователи, по свидетельству Hitzig'a¹³ и Ziehen'a¹⁴, смешали поня-

этиологический момент; кроме того, при ремиттирующей форме часто отсутствует наследственное отягощение.

¹² E. Mendel. Die Manie. 1881, стр. 74, 183.

¹³ Hitzig. Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen (Berliner Klinische Wochenschr. 1898. № 1—3).

¹⁴ L. с., стр. 563.

тие о периодичности с понятием о рецидивах или уничтожили разницу между тем и другим.

Последний вопрос, которого мы должны коснуться теперь же, еще не переходя к фактической части нашей работы, есть вопрос об отношении идиопатической, эссенциальной острой паранойи к симптоматической; дело состоит в том, что симптомокомплекс, часто совершенно схожий с симптомокомплексом острой паранойи, может быть не проявлением душевного расстройства *suī generis*, а проявлением какого-либо другого, более основного — соматического или душевного — страдания, проявлением какой-нибудь психопатической конституции. Центральное место нашей работы составляет изучение самостоятельной, идиопатической острой паранойи; однако, имея в виду возможно полное и всестороннее освещение вопроса, мы постараемся — хотя бы и без детальных литературных справок — привести также и все те возможные случаи, где может наблюдаться симптомокомплекс острой паранойи как выражение какого-либо иного, более основного заболевания.

В видах удобства изложения мы сначала обратимся к изучению симптоматической острой паранойи и уж затем перейдем к идиопатической острой паранойе.

I

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ОСТРАЯ ПАРАНОЯ

При рассмотрении симптоматической острой паранойи на первом месте должно быть поставлено развитие этого симптомокомплекса при острых лихорадочных, инфекционных заболеваниях организма (сопутствующий бред, лихорадочный, инфекционный бред). Большей частью, психические расстройства, развивающиеся при этих условиях, по своей клинической картине имеют чрезвычайно мало общего с симптомокомплексом острой паранойи; большинство авторов (наиболее подробные указания в этом отношении мы имеем в последних изданиях учебников С. С. Корсакова и Ziehen'a)¹⁵ отмечают, что в случаях лихорадочного, инфекционного бреда наряду с существованием галлюцинаций приходится наблюдать довольно значительное затемнение сознания и совершенно недостаточную ориентировку в окружающем. Мы позволяем себе, однако, думать, что клиническая картина душевного расстройства, обнаруживающегося при разбираемых условиях, далеко еще не является вполне изученной и, по всей вероятности, в различных случаях явля-

¹⁵Сводку всей литературы по этому вопросу можно найти в работе Adler'a — Ueber die im Zusammenhänge mit acuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen (Allgem. Zeitschr. für Psych. 1896).

ется неодинаковой; зависит ли это от свойства инфекции, или от индивидуальности больного, или от того и другого, решить это в настоящее время совершенно не представляется возможности; во всяком случае, несомненно, встречаются такие случаи, где душевное расстройство приходится рассматривать как сопровождающее то или иное острое инфекционное заболевание, и где в то же время имеется налицо симптомокомплекс, крайне схожий с симптомокомплексом острой паранойи. Мы приведем два подобных случая. Один случай взят нами из работы Cattani¹⁶.

К. Л., замужняя женщина 46 л., занимается домашним хозяйством. Анамнез. Отец — потатор. В детстве у больной плохо резались зубы, судорожных явлений однако не было. Умственное развитие шло хорошо, б-ная получила хорошее воспитание; никаких уклонений от нормы в характере б-ной отметить было нельзя. Крови появились на 12-м году, ходили правильно, были обильны. На 30-м году б-ная вышла замуж, в замужестве была счастлива, первые 10 лет детей не было; в 1883 г. (11 лет тому назад) — первые роды; роды были трудные, продолжались в течение 3 суток. Через год опять роды, также трудные; б-ная родила девочку, которая через год умерла от менингита. 14 лет тому назад (в 1880 г.) б-ная

¹⁶ Emil Cattani. Zur Differential-Diagnose der Paranoia acuta von der acuten Verwirrtheit und dem acuten hallucinatorischen Wahnsinn. Inaug. Dissert. Bern. 1896. Наблюдение 47-е.

впервые захворала острым сочленовным ревматизмом, с тех пор в суставах часто бывали боли. В 1894 г., приблизительно за 9 недель до поступления в специальную лечебницу, б-ная захворала инфлюэнцей, причем t° поднималась до $40,1^{\circ}$; к этому опять присоединился полиартрит; спустя семь недель наступило улучшение, боли стихли, лихорадка же продолжала держаться около $38,2^{\circ}$. К этому времени, за 10 дней до поступления, б-ная стала беспокоиться по ночам; ей стало казаться, что кругом разговаривают на ее счет; она думала, что ее хотят отравить, и это приводило ее в сильное возбуждение; по ночам она раз по 20 вставала с постели, так как ей казалось, что кто-то разговаривает за дверью. Б-ная охотно согласилась поступить в заведение, так как надеялась, что в заведении ее преследователи должны будут оставить ее в покое. — Status. Сильная отечная опухоль ног; правый луче-запястный сустав тоже опух и болезнен при давлении; по всему телу просвидная сыпь. У верхушки сердца тоны чисты, в месте выслушивания *pulmonalis* — легкий дующий шум, совпадающий с систолой. Пульс — 124 удара в минуту, t° — $38,2^{\circ}$. Сознание ясное, б-ная правильно ориентируется во времени и месте, правильно разбирается в прошлом; в то же время б-ная много галлюцинирует и высказывает идеи отравления, принимать лекарства не желает. — Первую неделю б-ная по большей части находится в очень возбужденном состоянии и много галлюцинирует; она постоянно слышит, как ее муж,

а также и другие люди разговаривают на ее счет, она подозревает существование какого-то комплота против себя, направленного на то, чтобы ее отравить; это приводит б-ную в сильное возбуждение, она бьет стекла и сильно сопротивляется, когда ее хотят связать, она всем телом дрожит от страха, напрягая весь свой голос, зовет себе на помощь и нападает на окружающих. — В течение второй недели резких изменений отметить не удастся; во время *menstrua* сильное возбуждение; б-ная как бы предчувствует смерть; она много плачет и очень боязлива; t° — $37,5^{\circ}$. — Третья неделя: тоже состояние; б-ная ждет вызова в суд, во рту ощущает запах серы; во время посещения мужа — крайне раздражена, недовольна и возбуждена. — Четвертая неделя: по ночам возбуждена, днем — несколько спокойнее; галлюцинации продолжают беспокоить и устрашать б-ную. — Пятая неделя: очень недоверчива, фантазирует, отказывается от пищи, настроение очень изменчиво; t° — $39,2^{\circ}$. — Шестая неделя: опять высказывает идеи преследования, почему и приходит в возбужденное состояние. — Только в течение седьмой недели галлюцинации начинают ослабевать. Б-ная начинает днем немного заниматься рукоделием; сон, однако, все еще значительно расстроен; никаких бредовых идей б-ная больше не высказывает; субъективно никакой боли не чувствует, испытывает лишь общее чувство утомления; сознательно относится ко всему и совершенно спокойна. Б-ная выглядит свежее, держится свободнее, быстро от-

вечает на вопросы; настроение первое время еще несколько депрессивное; галлюцинации исчезли совершенно. Б-ная сознает, что была больна, и хорошо помнит про свою болезнь. Menstrua протекают без экзацербации. В суставах — никакой боли. — В конце 8-й недели б-ная совершенно выздоравливает и отправляется домой.

Автор работы ограничивается тем, что накладывает в данном случае диагноз острого галлюцинаторного помешательства (*acuter hallucinatorischer Wahnsinn*). Стоит ли душевное расстройство в связи с инфлюэнцей или с суставным ревматизмом, сказать трудно; во всяком случае, психическое заболевание началось при высокой t° , и хотя физическая сфера больной прослежена недостаточно (мы привели историю болезни целиком, безо всяких сокращений), все же из тех указаний, которые имеются налицо, можно видеть, что психическое расстройство длилось как раз столько времени, сколько времени держались соматические расстройства. Что же касается клинической картины, то при наличии стойкого бреда преследования, при сохранении ясности сознания, при сохранении воспоминания о своей болезни трудно говорить о чем-либо ином, как не о симптомокомплексе острой паранойи.

Другой случай взят нами из архива Александровской больницы в Москве.