

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Реферат на тему:

**МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ, ИЛИ
ЦИРКУЛЯРНЫЙ ПСИХОЗ**

Выполнил: ординатор 2-го года обучения

Тимофеев А.С.

Руководитель: зав.кафедрой, д.м.н.

Березовская М .А.

- 1. Общие понятия**
- 2. Клиника циркулярного психоза**
- 3. Соматические изменения при циркулярном психозе**
- 4. Распознавание маниакально-депрессивного психоза и прогноз при нем**
- 5. Профилактика и лечение**
- 6. Список используемой литературы.**

Общие понятия

Отдельные состояния, относимые в настоящее время к маниакально-депрессивному психозу, были известны еще в глубокой древности. Термины, применявшиеся еще Гиппократом, мания и меланхолия, обозначали приблизительно те же комплексы явлений, которые связываются с ними и теперь. Интересно отметить, что самое название меланхолия (черная желчь) показывает, что Гиппократ при определении сущности психических изменений как чего-то обусловленного соматическими причинами стоял на верном пути. Во времена Эскироля и Мореля, когда в качестве особых болезней трактовались отдельные признаки или состояния, мания и меланхолия, иными словами маниакальное и депрессивное состояние, естественно также считались самостоятельными заболеваниями. В этот период, характеризовавшийся преобладанием французской психиатрической мысли, очень много было сделано для тщательного описания болезненных состояний и выделения особых форм. К достижениям этого периода относится выделение психиатрами Фальре и Беллярге особого циркулярного психоза (*folie circulaire*) как периодического возвращения попеременно маниакальной и депрессивной фазы (*folie alternante*) или повторения через более или менее продолжительные светлые промежутки двойного приступа маниакального состояния, переходящего непосредственно в депрессивное (*folie à double forme*). Французской же школе принадлежит установление при заболеваниях этого рода тяжелого наследственного отягощения, что вполне естественно ввиду той большой роли, которую приписывали Морель и его соотечественники наследственности и вырождению. Крепелин в своем стремлении уйти от чисто симптоматического изучения и установить особые нозологические единицы обратил внимание и на эту группу заболеваний. Тождественность картины маниакального или депрессивного состояния, будут ли они наблюдаться в качестве единичного заболевания на протяжении всей жизни или как фазы циркулярного психоза, привела его к постановке вопроса, не являются ли так называемые мания и меланхолия только фазами одного и того же психоза, а не самостоятельными заболеваниями. К положительному ответу на этот вопрос его заставил прийти в особенности психологический анализ этих форм, в которых оказалось чрезвычайно много общего несмотря как будто бы на полную противоположность таких состояний, как маниакальное и депрессивное. В особенности много общего оказывается в психике больных, давших в течение всей жизни только один маниакальный или депрессивный приступ как между собой, так и с случаями собственно циркулярного психоза в светлые промежутки. В этом стремлении объединить различные картины в одну группу маниакально-депрессивного психоза Крепелин склонен был пойти слишком далеко, так как в последний период своей деятельности совершенно отрицал существование меланхолии даже как особого заболевания позднего возраста и считал так называемую инволюционную меланхолию приступом маниакально-депрессивного психоза, впервые обнаружившимся в позднем возрасте. Со времени Крепелина начинается вообще определенный сдвиг в изучении циркулярного психоза в том отношении, что помимо признака периодичности, повторяемости приступа через более или менее значительные светлые, т. е. свободные от проявления психоза как такового промежутки времени, стали большое внимание обращать на структуру самого психоза и всей личности, какой она представляется между приступами и в пренсихотическом состоянии, т. е. до обнаружения самого первого приступа. Это дало возможность установить, с одной стороны, не только родство, но и тождество более легких, иногда только намеченных картин с вполне выраженными в смысле существа заболевания приступами психоза, с другой стороны— генетическое родство кардинальных приступов психоза с характерными особенностями пренсихотической личности. В первом отношении особого внимания заслуживает установление полного тождества с циркулярным психозом тех случаев, которые уже давно были известны под именем циклотимии. С этим названием связывалось представление о периодически повторяющемся комплексе нервных явлений, не носящих характера собственно психоза. Долгое время эти случаи трактовались как периодическая неврастения, пока работами Оддо не установлена принадлежность их к циркулярному психозу, так что в настоящее время с названием циклотимии связывается представление о более легких, как бы рудиментарных формах психоза того же названия. Такое понимание окончательно утвердилось благодаря генеалогическим исследованиям Рюдина и Гофмана, по которым и совсем легкие случаи, относящиеся к циклотимии и выражающиеся только в периодических колебаниях настроения, и вполне сложившиеся случаи нередко наблюдаются в одних и тех же семьях, имеют одну и ту же наследственность. Те же генеалогические исследования выяснили с полной определенностью, что циркулярный психоз развивается на фоне врожденных особенностей личности, т. е. как бы вырастает на конституциональной основе, представляя по своему существу усиление тех или других черт, входящих в основу личности в ее пренсихотическом состоянии. Как выяснилось при этом, этот конституциональный фон не всегда бывает одинаков, причем в зависимости от этого варьирует и клиническая картина психоза. Крепелином было обращено внимание на

существование конституциональных изменений настроения, которые он, несколько схематизируя, свел к трем типам: конституциональной депрессии, конституциональной мании и циклотимии. Кречмер своими работами углубил эту конституциональную точку зрения, указав на известные корреляции между психическими конституциями и соматическими типами и существенно дополнив этим уже известные данные генеалогического и клинического изучения. С отнесением к циркулярному психозу легких форм, в частности циклотимии и упомянутых конституциональных состояний, рамки его значительно расширились, причем ввиду большой пестроты и разнообразия отдельных клинических форм, представляющих по своим внешним проявлениям что-то самостоятельное, более целесообразно стало говорить о целой группе заболеваний, относящихся к одному и тому же кругу циркулярного психоза. Рамки его нужно считать, еще более расширившимися вследствие того, что стало неизбежным относить к нему, с одной стороны, некоторые случаи психопатических личностей из типа возбудимых, с другой стороны—известные формы реактивных состояний. Как известно, психические изменения конституционального характера обычно выявляются сами по себе из внутренних причин без всяких внешних толчков, но иногда во вполне ясной форме развиваются только под влиянием экзогенных моментов. Для того основного психического фона, на котором развиваются приступы циркулярного психоза, характерны не только ничем внешним не вызванные, так сказать аутохтонные, колебания настроения, но и склонность давать эмоциональные реакции на различные впечатления окружающего. Клейст, равно как Эвальд и другие, поэтому и говорит, что циркулярный психоз развивается на почве лабильной конституции, иногда аутохтонно, иногда реактивно. По мнению Эвальда на фоне лабильно-реактивной конституции могут развиваться картины, относящиеся к той же группе циркулярного психоза, но характеризующиеся преимущественным развитием паранойяльных моментов. Таким образом можно говорить действительно об особом круге заболеваний циркулярного психоза, в центре которого находятся вполне очерченные случаи, а по периферии располагаются слабо выраженные картины. В структуре последних кроме компонентов конституционального характера всегда можно найти явления, обусловленные экзогенией и в зависимости от ее особенностей меняющие свой характер. Естественно при этом, что этот круг не является вполне замкнутым и резко отграниченным от других кругов заболеваний; он не только с ними соприкасается, но иногда в своих периферических частях как бы переплетается, если не прямо переходит. Сказанным обуславливаются и современный подход к пониманию циркулярного психоза и его определение. Это—конституциональное заболевание, развивающееся на фоне врожденных особенностей психики в смысле эмоциональной неустойчивости, обнаруживающее большое родство к пикническому сложению и выражающееся в приступах маниакального или меланхолического состояния, имеющих тенденцию к периодическому повторению и не оставляющих после себя каких-либо изъязвлений интеллектуального функционирования. Термины—циркулярный, маниакально-депрессивный, маниакально-меланхолический психоз, равно как название, предложенное московским психиатром Ф. Е. Рыбаковым—циклофрения—являются синонимами. Мы лично очень удобным названием считаем «циркулярный психоз», не вкладывая в него однако представления об обязательной смене «циркуляции» противоположных фаз.

Клиника циркулярного психоза

Приступы вполне выраженного психоза или более легких психических изменений, носящих все-таки болезненный характер, развиваются обычно на фоне конституциональных особенностей, входящих в понятие так называемой циклоидной личности. Это люди в общем мягкие, добродушные, склонные к общительности, с закругленными душевными движениями, у которых не наблюдается ничего резкого, импульсивного, непонятного. Они очень склонны сливаться с окружающей средой или, как говорит Блейлер, очень синтонны. Все их действия понятны, именно как людей среды; в связи с этим они редко обнаруживают какие-либо антисоциальные наклонности. Их интеллектуальная одаренность может представлять самые различные степени, начиная с гениальности и кончая большой ограниченностью, но для них в этом отношении характерны некоторые качественные особенности; им свойственна в большой степени конкретность мышления, определяющая и направление их деятельности, это скорее люди дела, нередко с большими способностями в практической деятельности: если они обнаруживают какое-либо особое дарование, то на нем обычно лежит тот же отпечаток конкретности, реальности; если это писатель, то он обычно больше всего интересуется бытом, преимущественно описывает людей и явления; художественным стремлениям циклоидов больше всего соответствует жанр; циклоиды-ученые—это главным образом эклектики с преимущественным стремлением описывать факты; синтонность циклоидов делает их приятными в обществе, тем более что они благожелательны к окружающим, при возможности оказывают им услуги. Они обыкновенно очень активны в половом отношении, любят ухаживать, легко заводят романы и обычно имеют большое потомство. При большой закругленности душевных движений они недостаточно устойчивы в эмоциональном отношении, легко предаются скоропреходящей грусти или веселости, в особенности под влиянием

внешних впечатлений. Их аффективным переживаниям однако не хватает выдержки и силы, равно как и стойкости в привязанностях. Те же черты недостаточной устойчивости и последовательности свойственны и их поведению. К характеристике циклоидных личностей нужно отнести и преобладание пикнического типа строения.

Циклоидные личности характеризуются наличием более или менее выраженных изменений эмоционального фона. В части случаев он является более или менее резко повышенным; наблюдается не только благодушие, но и веселость, патологический характер которой очевиден не только из ее интенсивности, но главным образом из ее недостаточной мотивированности, иногда полного несоответствия с действительным положением жизненных обстоятельств. Характерным нужно считать при этом, что различные неблагоприятные впечатления сравнительно мало задевают пациента и не омрачают его веселости. Вместе с тем обычно отмечается и довольно большая раздражительность и склонность к бурным вспышкам гневливости, а изредка наблюдается и скоропреходящая тоскливость. В волевой сфере для них характерна очень большая энергия, стремление к деятельности и в общем повышенная работоспособность. Они обычно смелы, самоуверенны, верят в свою звезду, быстры в своих решениях, которые не всегда бывают достаточно обоснованы. Они склонны идти на риск, часто действуют по вдохновению, причем их энергия в связи с достаточной, а иногда и очень высокой одаренностью являются причиной того, что они часто имеют успех. Продуктивности их деятельности нередко мешает недостаток выдержки, устойчивости и планомерности. В то же время они могут быть легкомысленны в исполнении своих обязанностей и, не будучи обладателями антисоциальных тенденций, вследствие распушенности поведения и ослабления задерживающих влияний могут быть причиной больших огорчений для окружающих и прежде всего для своих близких. В особенности к этому может повести половая распушенность больных с склонностью заводить легкие связи, а также наблюдающаяся в связи с общей слабостью задержек склонность к кутежам, злоупотреблению спиртными напитками, стремление заводить знакомства, доверяться мало известным им людям, с возможностью вовлечения в различные аферы, могущие привести к большим материальным потерям. Описанные особенности в более или менее ясной форме намечаются уже с детства, но в полной мере они выявляются обычно вместе с половым созреванием и полным развитием личности в целом. Они характеризуют тот основной психический фон, который без существенных изменений остается одним и тем же в течение всей жизни. Он обусловлен природными особенностями личности, как бы заложен в основах ее конституции и представляет то, что теперь чаще называется конституциональным возбуждением (конституциональная мания Кренелина). Как об особом типе конституционального predispositiona можно говорить далее о состоянии раздражительности с склонностью к различного рода конфликтам (*erregbare Veranlagung*). До известной степени противоположный тип конституционального состояния представляет конституциональная депрессия (*konstitutionelle Verstimmung*). Не представляя полной противоположности конституциональному возбуждению во всех отношениях, так как и там и здесь налицо мягкость, общительность и другие особенности циклоидной личности, она определяется в своем существе наличием стойкого депрессивного фона, окрашивающего все психические переживания. Из впечатлений окружающего действительными оказываются обычно только те, которые соответствуют основному депрессивному фону, все же радостные обыкновенно проходят мимо, не оставляя особенного следа. При этом по отношению к тягостным или просто неприятным переживаниям можно говорить даже об особой ранимости, так как они дают более или менее значительное усиление меланхолических компонентов, выражающееся нередко в довольно настойчивых попытках самоубийства. Мысли этого рода, иногда с стремлением претворить их в действительность, свойственны больным и без таких обострений. Они связаны с общим понижением психического тонуса. Имеет значение также и увеличение психических задержек, вследствие которого жизнь кажется очень трудной, на этой почве нередко возникают навязчивые мысли неприятного содержания. Благодаря всему этому картина получает большое сходство с психастенией, что может быть объяснено, как думают некоторые авторы, и наличием между ними генетического родства.

На фоне более или менее выраженных циклоидных особенностей личности, иногда в ясной связи с преобладающим повышенным или депрессивным фоном, развиваются состояния, дающие право говорить о циркулярном психозе в собственном смысле. Как это обычно бывает, все особенности психики, характеризующие ту или иную клиническую картину, особенно ясно выступают на высоте болезни. Поэтому знакомство с симптоматикой и структурой таких вполне выраженных состояний представляет исключительную важность как для понимания сущности самого психоза, так и для отграничения относящихся к нему явлений от других сходных состояний.

Все явления, входящие в картину маниакального состояния, в своей основе имеют возбуждение в сфере чувств с повышением настроения, доходящим до степени полного блаженства—эйфории. Это повышение самочувствия стоит в связи с облегченным течением представлений, с повышенной в

общем продуктивностью и ослаблением задержек, делающим очень легким переход к действию. О субъективных переживаниях больных можно судить по их описаниям, которые они дают потом по выздоровлении. Получается впечатление, что их переживания в маниакальном состоянии могут быть исключительно прекрасными, какими они не бывают в обычном состоянии даже при самой благоприятной жизненной ситуации.

О необычайно повышенном настроении можно судить и по оживленной мимике больных, по всему их виду и поведению. Они постоянно громко смеются, по тому или другому поводу или без всякой внешней причины дают взрывы бурного веселья. Больные при этом много жестикулируют, причем их экспрессивные движения вполне адекватны переживаниям. Выражением повышенного самочувствия является также склонность к шуткам, танцам, притом нередко в обстановке, совсем не подходящей для такого рода проявлений веселости. Таким особенностям эмоционального состояния соответствует не только субъективное облегчение перехода от одного представления к другому, но и действительное повышение интеллектуальной продуктивности. Об этом можно судить прежде всего по особенностям речи больных. Они вообще очень говорливы, но характерно собственно не то, что они много говорят, а то, что в речи их можно видеть признаки несомненно повышенной продукции. В частности это особенно заставляет убедиться сравнение пациента в маниакальном состоянии с тем, что он представлял в своем здоровом состоянии. При этом оказывается несомненное ускорение течения представлений и большое богатство речи отдельными образами и мыслями. Имеются основания говорить и об абсолютном ускорении. Большой интерес представляют результаты ассоциативного эксперимента, производившегося Ашаффенбургом, Иссерлином, Гутманом, Крепелином и в последнее время Ивановым-Смоленским. Время реакции иногда оказывалось удлинённым, иногда ускоренным. Иванов-Смоленский констатировал, что значительно раньше появления словесной ассоциации можно отметить пантомимическую реакцию в виде смеха, плача или вазомоторных явлений. В работе Гутмана имеется указание на сходство относительно течения ассоциативных процессов маниакального состояния с меланхолическим. Помимо указанных особенностей установлено много других данных, очень важных для характеристики маниакального мышления. Уже при обычном наблюдении над больными резко бросается в глаза отвлекаемость их речи. Каждое новое впечатление заставляет забыть то, чем было до этого занято внимание больного, и направляет мысли в новую сторону; так как при этом утрачивается значение целевых представлений, то все явления, как более значительные, так и совсем ничтожные, обладают одинаковой способностью привлекать к себе внимание. Все эти особенности очень отчетливо выступают при исследовании ассоциаций маниакальных больных; преобладающим типом оказываются ассоциации не по смыслу, а по внешнему сходству, по созвучию, чем объясняется стремление таких больных говорить в рифму. Все же и при этом констатируется способность к повышенной продукции. Ассоциации редко даются одним каким-нибудь словом, а обычно слово-раздражитель дает толчок к целому фонтану слов, каждое из которых является для больного новым раздражителем и ведет за собой новую цепь образов. В случаях особенно сильно выраженного интеллектуального возбуждения можно говорить об особом явлении — вихре или скачке мыслей (*fuga idearum*), при котором представления следуют друг за другом с такой быстротой, что речь больного при всем ее ускорении не поспевает за ходом мыслей и не может регистрировать их с той полнотой и точностью, которые свойственны нормальному состоянию. Так как для выражения той или другой мысли или даже произнесения отдельного слова требуется гораздо больше времени, чем они занимают в сознании, сменяя друг друга, то больной не успевает полностью высказывать всего, что хочет, не кончает одной мысли, чтобы скорее перейти к другой, иногда выкрикивает только отдельные слова. Иногда благодаря этому получается впечатление бессвязности речи, но это объясняется тем, что выпадает большое количество промежуточных звеньев; если их удастся восстановить путем дополнительных вопросов, то оказывается, что каждое отдельное, как будто и не имеющее связи с остальными слово представляет фрагмент вполне законченной и иногда имеющей глубокий смысл фразы. При этом можно убедиться также, что маниакальная речь не просто фотографическое воспроизведение того, что было услышано, вычитано раньше, а заключает в себе элементы несомненного творчества. Как и во многих других случаях, возбуждение маниакальных больных является результатом торможения задержек; едва ли можно думать, что в смысле творчества болезнь сама по себе сможет дать что-либо новое, несвойственное данному человеку, но несомненно она может выявить то, что в потенции имелось и без маниакального состояния, но было как бы заторможено и не находило себе выражения. Во всяком случае при наступлении маниакального состояния могут обнаружиться интересы и способности, которых до заболевания не замечал никто из окружающих. То обстоятельство, что больные в таком состоянии начинают иногда писать стихи, тогда как раньше не проявляли никаких признаков подобного творчества, объясняется вышеуказанным расстройством течения представлений, но тем не менее оно говорит о появлении новых способностей.

О повышении способности к творчеству в особенности можно говорить по отношению к легким степеням маниакальной экзальтации, когда нет той силы возбуждения, при которой мышление становится беспорядочным, слишком направляясь в сторону случайных, побочных представлений. Естественно творчество особенно интенсивно и действительно продуктивно, когда циркулярным психозом заболевает одаренная личность. Пример такого рода творчества можно видеть в «Красном цветке» Гаршина, страдавшего циркулярным психозом и покончившего самоубийством в приступе депрессии, бросившись в пролет лестницы многоэтажного дома. Не нужно думать конечно, что художественное произведение писателя, заболевшего психозом, представляет простое воспроизведение болезненных переживаний. Художник ставит себе определенную цель, пользуясь для ее достижения теми изобразительными средствами, которые соответствуют особенностям его одаренности. И в данном случае были использованы те переживания, которые открыты художнику вследствие болезни и которые носят яркую печать того, что свойственно маниакальному состоянию. Психиатры, интересовавшиеся психологией творчества, находят, что в случаях очень большой его напряженности можно отметить несомненно болезненные черты, иногда близкие к тому, что наблюдается в маниакальном состоянии. Обострение интеллектуального функционирования можно видеть и в том, что маниакальные больные, обладая очень живым, хотя и склонным к разбрасываемости вниманием, живо все подмечают, не исключая и мелких деталей, быстро делают соответствующие выводы, поражая своей догадливостью и сообразительностью. Правда, выводы их нередко, в особенности при наличии большого возбуждения, слишком поспешны, недостаточно продуманы и не всегда верны, так как основываются не на всех подлежащих рассмотрению данных. С этим стоит в связи нередко наблюдающееся у больных этого рода смешение лиц и вообще недостаточная ориентировка в окружающем. Часто они принимают новых для них людей за кого-либо из своих прежних знакомых на основании сходства в каком-либо отношении. Притом, как нужно думать, дело происходит таким образом, что, как и у здоровых, каждое новое лицо по ассоциации вызывает представление о ком-нибудь из прежних знакомых, если с ним имеется что-либо общее, но в нормальном состоянии возникают представления и о существенных отличиях, благодаря чему становится невозможным отождествление; у маниакальных же больных дело останавливается на этой предварительной стадии, и частичное сходство оказывается достаточным, чтобы сделать вывод об их тождестве. При большей степени возбуждения повышенный эротизм ведет к легкому завязыванию связей часто с малознакомыми или совершенно незнакомыми людьми; при наличии вполне выраженного душевного расстройства постоянно наблюдается стремление обнажаться, принимать непристойные позы, онанировать, не стесняясь присутствием других больных и персонала. Выражением эротизма нужно считать и часто встречающийся у таких больных цинизм. Многие больные, если дело не дошло до очень большого возбуждения, сами сознают болезненность своих сексуальных влечений и нередко мучительно их переживают. О психологии таких больных может дать представление следующий отрывок из письма в котором ясно выступают и другие особенности психологии маниакальных больных, отвлекаемость, стремление говорить в рифму, как бы стихами.

Депрессивное, или меланхолическое, состояние является во многих отношениях полной противоположностью предыдущему. Для него характерно общее более или менее резкое заторможение всех сторон психической деятельности, в частности угнетение в эмоциональной сфере. В легких случаях наблюдается дурное самочувствие, тоскливый фон всех переживаний вместе с общим ослаблением влечений, с неохотой делать что бы то ни было. Но иногда эмоциональное угнетение бывает необычайно интенсивным и субъективно очень тягостным для больного, и, как можно думать по заявлениям самих больных, состояние тоски меланхолика по своей тяжести далеко превышает все, что может испытать человек в нормальном состоянии. Для больных особенно тягостно то, что они как бы утратили способность чувствовать что бы то ни было; очень мучительно для них сознание, что они не могут чувствовать и прежней любви к близким, в особенности тягостно бывает это констатировать матерям, вообще горячо любящим своих детей. Одну нашу пациентку очень мучило, что она перестала чувствовать что бы то ни было по отношению к дочери: «Глаза мои видят, что это мое дитя, а сердце ничего не чувствует». Тягостность этого переживания в особенности увеличивается благодаря тому, что больные замечаемое ими самими притупление своих чувствований ставят в вину именно себе. В результате указанного изменения жизни эмоций больные ясно сознают и мучительно переживают изменения всей психической личности. Им кажется, что их точно подменили, что они стали совершенно иными. Это явление, носящее название деперсонализации, является очень характерным для депрессивного состояния. Лежащее в основе его угнетение эмоциональной жизни глубоко отлично от эмоциональной тупости шизофреников, так как последние относятся с полным безразличием к наступившей в них в этом отношении перемене и не замечают ее. Естественно при таких условиях, что самая жизнь больным кажется утратившей свою ценность, а это является источником постоянных мыслей о самоубийстве. Следующий отрывок из письма больной может дать представление о

характере субъективных переживаний. Для правильной оценки его нужно иметь в виду, что оно написано было в тот период, когда больная перешла уже в маниакальное состояние.

Параллельно эмоциональному угнетению такие же явления развиваются в интеллектуальной сфере; здесь можно констатировать целую шкалу, с одной стороны которой имеется небольшое субъективное затруднение интеллектуального функционирования, с другой—полная остановка. Постоянным является общее замедление течения представлений. Больным трудно соображать, даже трудно припоминать что бы то ни было. Больные например не могут припомнить имен своих детей. Им кажется, что они утратили все свои знания, совсем отупели, ничем не будут в состоянии заниматься. По исследованиям А. Г. Иванова-Смоленского у меланхоликов затруднена выработка условных рефлексов, причем и образовавшиеся рефлексы отличаются большой непрочностью. Двигательное заторможение выражается в тихой, медленной речи, вялой, хотя адекватной мимике. Больным трудно сделать какое-либо движение. Но даже при крайних степенях заторможения картина отличается от кататонического ступора, при котором имеет место полная остановка движений. Больной меланхолик, даже будучи очень заторможен, дает, в особенности при энергических побуждениях, хотя и слабую реакцию на внешнее раздражение, например шевелит губами, чтобы произнести еле слышный ответ, или поворачивает глаза в сторону собеседника.

Неприятному тоскливому самочувствию больных соответствует и направление мыслей больных. Больных очень мучают идеи греховности, виновности. Какие-нибудь ничтожные ошибки, допущенные ими в прошлом, становятся в больном воображении тяжчайшими преступлениями; они убеждены, что заслужили смертную казнь, погубили себя и своих близких, являются такого рода низкими людьми, какие едва ли когда-нибудь существовали на свете. В связи с этим больные думают, что они не стоят, чтобы за ними ухаживали, оказывали какое бы то ни было внимание; они недостойны того, чтобы их даже кормили, и нередко отказываются от пищи; последнее обстоятельство стоит в связи также и с общим ослаблением влечений. Понятны также частые попытки на самоубийство, которые удавались бы еще чаще, если бы осуществлению намерения покончить с собой не мешало до известной степени двигательное заторможение.

Описанные типические явления маниакального и депрессивного состояний представляют тот пластический материал, из которого строится циркулярный психоз. При наблюдениях отдельных случаев последнего клиническая картина всегда представляется более сложной и более или менее отступающей от только что изложенной схемы. Это, с одной стороны, объясняется тем, что конституциональные особенности, свойственные циркулярному психозу, не всегда наблюдаются в чистом виде, а с другой—примесью различных экзогенных влияний, дающих свойственные им наслоения и нарушающих чистоту картины. В результате всего этого клиника циркулярного психоза очень разнообразна. В частности это относится к частоте, продолжительности, характеру отдельных приступов и времени появления их.

Влияние возраста в связи с большой активностью всех биологических процессов в этом периоде делает понятным, почему в молодости приступы носят преимущественно маниакальный характер. Чем ближе к старости, тем чаще встречаются приступы депрессии, но и в пожилом возрасте возможны ярко выраженные маниакальные картины. Что касается продолжительности приступов, то она колеблется от нескольких дней до полугода, целого года и даже более. Как общее правило можно отметить, что новые приступы в смысле своей продолжительности имеют тенденцию повторять предыдущее. Постоянно приходится наблюдать также, что в позднем возрасте приступы болезни затягиваются, а светлые промежутки делаются короче, так что в конце концов может образоваться стационарное состояние, остающееся с некоторыми колебаниями до конца жизни.

Начало приступа иногда примыкает к какому-нибудь соматическому заболеванию, послеродовому или иному какому-нибудь периоду в половой жизни женщины; иногда можно отметить определенную связь с каким-нибудь психическим переживанием, но очень часто заболевание начинается без всякой причины. Как будто некоторое значение имеют времена года. Так отмечено, что приступы депрессии сравнительно часто начинаются в осенние месяцы. В начале заболевания если даже последнее носит маниакальный характер, обычно наблюдаются в течение некоторого времени неопределенные нервные явления и понижается самочувствие—вступительная депрессия. Раз начавшись, болезненные явления все нарастают, пока через несколько дней или недель не достигнут своего максимума. В интенсивности возбуждения всегда наблюдаются более или менее значительные колебания; иногда на фоне маниакального возбуждения средней силы сразу развиваются большей частью кратковременные состояния настоящего неистовства с очень большой агрессивностью (*mania furibunda* старых авторов). Иногда же обычно в связи с какими-нибудь добавочными экзогенными моментами (инфекция или

истощение на какой-либо иной почве) развиваются более длительные состояния возбуждения, нередко кончающиеся смертью. В таких случаях обычно наблюдается и более или менее значительное затемнение сознания. Последнее, если в особенности иметь в виду сознание личности, вообще при циркулярном психозе не представляет значительных расстройств.

Некоторая путаница в лицах и дезориентировка в окружающем, довольно обычные на высоте возбуждения, могут быть рассматриваемы как результат лихорадочного течения мыслей—скачки идей. Но, как недавно обратил внимание Бострем, при маниакально-депрессивном психозе, развивающемся именно в связи с экзогенными моментами, могут быть состояния возбуждения с большой спутанностью (*verworrene Manie*). В случаях циркулярного психоза с значительным возбуждением нередко наблюдаются и обманы чувств, которые, хотя встречаются при этом психозе, но, вообще говоря, не играют при нем особенно большой роли. Чаще всего можно констатировать зрительные иллюзии и галлюцинации, видение каких-то лиц, фигур, иногда слышатся какие-то звуки, голоса. К характеристике маниакального возбуждения у женщин нужно отнести то, что оно резко усиливается во время менструаций. Для полного понимания особенностей циркулярных больных нужно иметь в виду, что кроме чистых состояний возбуждения или угнетения наблюдаются смешанные картины. Очень обычное явление, что среди маниакальных симптомов часто проскальзывают меланхолические; например больной, длительно переживающий состояние эйфории, на несколько минут или часов делается тоскливым и угнетенным, с тем чтобы потом опять прийти в прежнее состояние. Иногда же симптомы того и другого порядка перемешиваются на протяжении одного и того же промежутка времени. Крепелин, очень много занимавшийся смешанными состояниями, представлял себе, что из трех сфер психической деятельности—эмоциональной, интеллектуальной и волевой—одна часть может быть в состоянии возбуждения, а другая—угнетения. Теоретически возможно целых девять таких сочетаний, дающих смешение маниакальных и депрессивных симптомов в той или другой пропорции; реальное значение имеют только некоторые из них. Из смешанных состояний с акцентом на маниакальных компонентах можно указать на гневную манию, при которой вместе с двигательным и интеллектуальным возбуждением наблюдается угнетение в эмоциональной сфере с характером недовольства и раздражения. Смешанные состояния вообще характеризуются более длительным течением и являются сами по себе не особенно благоприятным признаком в прогностическом отношении по отношению к психозу в целом. После того как явления маниакального возбуждения, достигнув максимума развития, остаются в течение некоторого времени в одном положении, они начинают идти на убыль. Очень определенным признаком начинающегося выздоровления является улучшение веса и сна. На высоте болезни трата энергии в результате постоянного беспокойства бывает так велика, что несмотря на усиленный аппетит больные неудержимо падают в весе; к концу приступа возбуждение как будто бы остается так же велико, но падение в весе приостанавливается, и это обычно указывает на приближающееся выздоровление. Такое же значение имеет улучшение сна. В дальнейшем выздоровление идет обычно волнообразно. Когда болезнь уже на исходе, на несколько дней иногда наступает полное успокоение, и получается уже впечатление полного выздоровления, но потом опять на некоторое время наступает довольно значительное беспокойство. В случаях с кратковременными приступами, в особенности когда имеется циркуляция маниакальных и депрессивных фаз, выздоровление может наступить сразу, и нередко бывает, что больной, бывший накануне в состоянии порядочного возбуждения, просыпается совершенно здоровым. После продолжительных приступов, сопровождавшихся большим возбуждением, нередко наблюдается довольно значительное истощение, сказывающееся и на полноте психического функционирования, но признаков слабоумия в собственном смысле не бывает даже после большого количества тяжелых приступов, безразлично—маниакальных или депрессивных.

Меланхолический или депрессивный приступ также развивается и течет по определенному циклу. Началу заболевания в собственном «смысле» предшествуют неопределенные нервные явления, различные неприятные соматические ощущения, в частности чувства сжатия в области сердца. В течение некоторого времени явления тоскливости все нарастают и в тяжелых случаях могут достигнуть резко выраженного заторможения. При этом клиническая картина может принимать различные оттенки, зависящие не только от тяжести, болезни; приходится считаться с тем, что и здесь кроме чистых форм депрессии возможны смешанные состояния. Из них наиболее яркой и часто встречающейся нужно считать так называемую ажитированную меланхолию, когда вместе с чувством сильной тоски наблюдается и более или менее значительное двигательное беспокойство: больные мечутся, как бы нигде не находя себе покоя. Состояние тоскливости во всех случаях не остается ровным в течение одного и того же периода болезни, иногда оно дает резкое и быстро развивающееся ухудшение—взрывы тоскливости (*raptus melancholicus*), очень опасные в смысле возможности нанесения себе повреждений и даже лишения жизни. В некоторых случаях при не особенно глубоком

чувстве тоски бросается в глаза наклонность к выражению недовольства всем окружающим, так называемая брызжащая меланхолия (*nürrgelnde Melancholie*). На характер депрессивного состояния оказывают влияние внешние моменты, осложнения и возраст. Если развитию меланхолического приступа способствовало какое-нибудь тягостное переживание, то оно усиливает в общем депрессию, иногда влияя определенным образом и на содержание болезненных переживаний. В некоторых случаях при таких условиях могут развиваться те или другие истерические симптомы, даже вполне выраженные припадки, которые не входят собственно в картину циркулярного психоза и являются его осложнением. К очень частым явлениям, иногда настолько выраженным, что они выдвигаются как бы на первый план в картине болезни, относятся боли в области сердца, чувство сжатия, чувство тоски, которую больные определенно локализуют в области сердца [*предсердная тоска (anxietas praecordialis)*]. В позднем возрасте приступы не только делаются более продолжительными, но нередко приобретают и особый отпечаток, главным образом вследствие появления большого количества бредовых идей преследования, которые возможны у меланхоликов и в молодом возрасте, но именно к старости бывают особенно отчетливы. Такое же значение имеют и ипохондрические идеи, иногда принимающие характер вполне выраженного бреда. В смысле ориентировки в окружающем не наблюдается сколько-нибудь значительных вариаций в отдельных случаях, так как она обыкновенно, если незаметно каких-нибудь экзогенных наслоений, не бывает расстроена. На высоте болезни влечения бывают необычайно ослаблены, в частности пропадает совершенно желание есть, благодаря чему питание больных резко страдает. Первым признаком начинающегося улучшения нередко бывает появление аппетита и прибавка в весе; у женщин улучшение нередко обозначается возвращением менструаций, которые при меланхолическом приступе прекращаются и вообще расстраиваются гораздо чаще, чем при маниакальном. Выздоровление, как и при маниакальном приступе, идет волнообразно, и при наличии как бы установившегося улучшения с исчезновением всех наиболее тяжелых симптомов возможны неожиданные ухудшения с тяжелыми попытками самоубийства. Ввиду этого при выписке больных, выздоровевших от меланхолического приступа, следует быть очень осторожным, не оставляя без наблюдения и больных, уже возвращаемых в свою семью. Это тем более, что такие больные склонны к диссимуляции, к скрыванию своих болезненных явлений нередко с определенной целью быть выписанными и получить свободу действий.

В зависимости от индивидуальных особенностей, от возраста, отчасти от пола, от наличия экзогенных моментов, в частности осложнения артериосклерозом, клиническая картина маниакально-депрессивного психоза может быть чрезвычайно различна. Она представляет большие отличия и в смысле интенсивности болезненных проявлений. От легких случаев, в которых все явления выражаются в циклических колебаниях настроения и получивших название циклотимии, до тяжелых, сопровождающихся полной или почти полной приостановкой движений и интеллектуального функционирования, возможны все переходы. Что касается частоты отдельных форм по течению, то представление об этом может дать следующая статистика Крепелина. В 40 % всех случаев циркулярного психоза в течение всей жизни бывает только по одному приступу, из остальных 35 % приходится собственно на циркулярную форму со сменой маниакальных и депрессивных фаз, в 19 % бывают только меланхолические приступы, в 6 % — только маниакальные.

Соматические изменения при циркулярном психозе

Направление биологических реакций, в особенности в деятельности отдельных внутренних органов и наклонность к тем или другим заболеваниям, равно как и весь обмен веществ в данном случае находятся в особенно тесной зависимости от соматического типа строения тела. Корреляции, установленные Кречмером между циркулярным психозом и преобладанием пикнического сложения, нашли себе подтверждение на больных, относящихся к самым различным странам. Роден в 1926 г. сопоставил все проверочные исследования, касающиеся в общем 3 262 пизофреников и 981 больного с маниакально-депрессивным психозом, причем оказалось следующее:

Из различных систем органов особенно значительное отклонение представляет сердечно-сосудистый аппарат. Прежде всего нужно указать на часто наблюдающиеся вазомоторные расстройства, приливы крови к лицу и голове. При обыкновенном исследовании очень частыми оказываются изменения со стороны пульса и кровяного давления. Пульс обычно оказывается учащенным, и притом сравнительно мягким, у маниакальных больных и напряженным при депрессии. Кровяное давление по некоторым данным понижено иногда в первом случае, но имеются указания на его повышение и в этом состоянии. Что же касается депрессивных фаз, то здесь оно как правило более или менее повышено. Вегетативные расстройства, вообще очень часто выраженные при циркулярном психозе, характеризуются

преобладанием тонуса симпатической нервной системы. Полярность, существующая во многих отношениях между циркулярными больными и шизофрениками, которые обычно оказываются ваготониками, наблюдается и здесь. Проф. В. П. Протопопов считает для больных с маниакально-депрессивным психозом характерной триаду, указывающую на повышение тонуса симпатической системы и состоящую из учащения пульса, расширения зрачков и склонности к запорам. Все эти явления несомненно стоят в связи с измененным химизмом и в частности с гипергликемией и адреналинемией, особенно отчетливо констатируемой у депрессивных больных. В общей части было указано, что гипергликемия и адреналинемия имеют значение в происхождении состояния страха, и конечно это имеет прямое отношение к меланхоликам. Понятно также, почему у них чувство тоскливости и боязливого ожидания чего-то обычно локализуется в области сердца: повышение кровяного давления с сжатием сосудов, увеличивая напряженность работы сердца, несомненно должно давать и особые ощущения. На большое участие симпатической нервной системы указывают и наблюдаемые у многих циркулярных больных многочисленные родимые пятна, кожные сосудистые опухоли, а также склонность к развитию веснушек и усиленного загара. С отмеченными особенностями вегетативных процессов стоит в связи большая склонность больных к заболеванию сердца и сосудов, а также к патологической полноте и даже к ожирению. Артериосклероз, развивающийся в данном случае иногда очень рано, объясняется естественно повышенным давлением крови и теми изменениями химизма, которые ведут к нему; от тех же причин и в частности от повышенной возбудимости сердечно-сосудистой системы зависит и большая заболеваемость сердца. В этом отношении заслуживают большого внимания данные вскрытия с указанием причин смерти, опубликованные авторами, имевшими в своем распоряжении большой материал, как например Плазеллера в тирольской больнице Hell и Шнаца в Мюнхенской клинике. При этом оказываются, что у циркулярных больных очень частой причиной смерти оказываются заболевания сердца и сосудов. С этим стоит в связи то, что очень часто такие больные погибают от пневмонии именно потому, что сердечная деятельность у них недостаточна. Что касается склонности к ожирению, то она объясняется указанными расстройствами углеводного обмена: она вместе с склонностью к подагре входит до известной степени в характеристику пикнического типа. По нашим наблюдениям сюда нужно отнести и сравнительно нередкую смерть от рака самих больных и в особенности частоту его среди родственников циркулярных больных, подтверждение чего можно видеть и в статистике, недавно опубликованной Э. Каном. О глубоком расстройстве обмена говорит и столь частый признак, как индиканурия; отчасти она стоит в связи с частыми запорами у циркулярных больных, но дело не только в них—это видно из того, что ее иногда не удается устранить и самым тщательным урегулированием кишечных отпавлений.

Распознавание маниакально-депрессивного психоза и прогноз при нем

В типических случаях распознавание не может представить особенных затруднений, в особенности если болезненные явления выражены более или менее резко. Нужно помнить, что основными являются эмоциональные изменения, и именно наличие стойкого повышения самочувствия или такого же определенного депрессивного фона; существенно при этом, что если внешние моменты и играют ту или другую роль, то только в смысле наслоений к чему-то, существующему независимо от них и идущему откуда-то из глубины. Для интеллектуальных и волевых расстройств циркулярных больных характерно, во-первых, что все они в такой же мере представляют явления возбуждения или торможения. Если речь идет о состояниях возбуждения, то большое диагностическое значение имеет наличие скачки мыслей, типичной отвлекаемости и в общем повышенной продуктивности. В особенности характерно, что содержание сознания, равно как и все поведение находятся в полном соответствии с самочувствием и в целом психологически понятны. Нужно помнить также, что над всем доминируют центральные свойства циклоидной психики, именно ее синтонность с окружающим и направление внимания и всей деятельности на те или другие объекты окружающего. Кардинальным признаком нужно считать также сохранность интеллекта, отсутствие в нем стойких расстройств, говорящих о наличии слабоумия и выходящих из рамок того, что находит себе объяснение в маниакальной отвлекаемости с поспешностью заключений или во временном заторможении. При диагнозе циркулярного психоза вообще больше приходится приписывать значение структуре клинической картины и меньше— собственно признаку периодичности, как ввиду того, что болезнь за всю жизнь может дать только один приступ, так еще более потому, что периодически могут протекать и другие психозы и в частности шизофрения, с которой легче всего можно ее смешать. Что касается вообще дифференциального диагноза, то в легких случаях, называемых циклотимией, известные затруднения могут представить различные невротические состояния, при которых очень нередко колебания настроения; однако в генезе невротических реакций всегда играют роль помимо собственно известной врожденной или приобретенной неустойчивости то или другие психические факторы,

влияющие определенным образом и на самое содержание психических переживаний; психологически понятных связей изменений, занимающих центральное место в структуре психоза, нужно искать поэтому именно с психогенными факторами, а не с основным эмоциональным фоном. Кроме того в этих случаях не бывает и сколько-нибудь правильной цикличности состояний, колебания которых находятся в зависимости от случайных внешних моментов. Особенно значительные затруднения для дифференциального диагноза может представить отграничение психастении от клинических картин, относящихся к конституциональным изменениям циркулярного ряда. Опорными пунктами может служить то, что во втором случае основным нужно считать эмоциональные изменения, а в первом — интеллектуальные и вообще психическую слабость. Но, как приходилось говорить выше, затруднения здесь проистекают главным образом от того, что в обоих случаях речь идет о некоторых недостатках дифференцированных конституциональных состояниях, которые ясные различия могут дать только при большом развитии болезненных явлений, а в неразвитом состоянии представляют нечто общее и в своей малой дифференцированности единое, близкое к той matrix, из которой развиваются при известных условиях более яркие и определенно отличающиеся одна от другой клинические картины. Нужно помнить далее о возможности смещения с эпилептическими изменениями настроения, которые также, по своему существу являясь эндогенными, возникают изнутри и характеризуются большой тоскливостью. Они однако по своему течению не обнаруживают цикличности, не говоря уже о том, что они представляют только часть сложной клинической картины с симптомами ясно эпилептической натуры. Эндогенный характер носят и колебания настроения, иногда наблюдающиеся в начальных стадиях медленно развивающейся шизофрении. Следует помнить, что легкие депрессии нередко протекают главным образом с соматическими жалобами и явлениями и могут быть приняты за чисто соматические заболевания.

Более или менее значительные затруднения могут встретиться, с другой стороны, в случаях циркулярного психоза с очень большим возбуждением или, наоборот, угнетением, но главным образом вследствие трудности ознакомления со структурой психических изменений благодаря состоянию больного. Но маниакальное возбуждение, как бы ни было оно велико, существенно отличается от возбуждений другого рода, с которыми приходится встречаться в клинике, именно от аналогичных состояний при шизофрении, эпилепсии, параличе помешанных или других заболеваниях с характером процесса. Маниакальное возбуждение всегда ярко, красочно, разносторонне; даже в выкрикивании отдельных слов, как бывает на высоте возбуждения, можно уловить элементы отвлекаемости и повышенной продуктивности; оно представляет совершенно иную картину сравнительно с шизофреническим возбуждением, которое прежде всего однообразно; часто это исключительно речевое возбуждение с полной бессвязностью, со стереотипным повторением и вербигерацией; также и двигательное возбуждение шизофреников своей судорожностью, беспорядочностью и однообразием отличается от того, что представляют маниакальные больные, все время находящиеся в движении, потому что стремятся выполнить большое количество теснящихся в их сознании и постоянно сменяющих одно другое намерений. Кроме того как при шизофрении, так еще больше при вышеупомянутых органических заболеваниях имеется определенная печать интеллектуальной деградации, и всегда налицо характерные для того или другого заболевания симптомы. Аналогичные отличия имеются между маниакальным заторможением и кататоническим ступором: в последнем нет общего равномерного заторможения с известной цикличностью в смысле нарастания его и сглаживания, причем особенно характерны неожиданные переходы от полной остановки движений к импульсивному возбуждению. Имеют значение и особенности галлюцинаций и бреда, если они вообще наблюдаются, что бывает гораздо чаще при шизофрении. Если при циркулярном психозе бывают вообще расстройства этого рода, то едва ли это относится к обонятельным и слуховым галлюцинациям, особенным ощущениям в теле, галлюцинациям общего чувства, псевдогаллюцинациям, явлениям Gedankenlautwerden и бреду физического воздействия; все это более или менее определенно указывает на шизофрению.

Еще раз нужно подчеркнуть отсутствие собственно слабоумия при циркулярном психозе, какова бы ни была его продолжительность, если нет каких либо осложнений. Поэтому наличие в клинической картине нелепого, бессмысленного в самой своей конструкции бреда, как бы ни было велико сходство с маниакальным возбуждением, заставляет искать органической основы, прежде всего прогрессивного паралича. Нужно помнить однако, что циркулярный психоз может иногда развиваться у субъектов с невысоким интеллектом или даже дебильных. При развитии маниакального состояния может выступить дурашливость, которая вместе с ребяческим характером бреда и ипохондрическими идеями может дать повод для смешения, с шизофренией. То же нужно сказать о картине депрессивной стадии у таких интеллектуально недостаточных субъектов с ее внутренней пустотой и некоторой тупостью. Для дифференциального диагноза могут быть использованы наконец еще два обстоятельства. Первое это то, на что особое внимание обращал Рем (Rehm), именно отсутствие так называемых физических

признаков вырождения, и второе—отрицательные данные неврологического исследования, которое так много дает не только при прогрессивном параличе помешанных, но и при других психозах.

При оценке клинических картин, относящихся к маниакальному депрессивному психозу, нужно помнить, как и во всех других случаях, что и наличие вполне определенного комплекса явлений, имеющих решающее значение для ответа на вопрос о диагнозе, не дает права заключать, что все дело ограничивается одним психозом, в данном случае циркулярным. В главе о сущности этого заболевания мы говорили уже, что иногда приходится констатировать смешанные психозы, в частности картины маниакального или меланхолического характера с примесью шизофренических симптомов. Кроме них иногда приходится наблюдать сочетание с другими заболеваниями, не шизофренией, притом также не в смысле механической смеси, а комбиноза, в котором симптомы разных заболеваний, переплетаясь вместе, в то же время влияют друг на друга. В этом смысле можно расценивать нередкие случаи, когда у циркулярных больных с вполне типическим течением наблюдаются истерические явления. Мы здесь имеем в виду не те особенности больных, особенно женщин, в гипоманиакальном состоянии, когда у них появляется особенная кокетливость, стремление порисоваться, иногда агравировать свое болезненное состояние и даже устроить подобие настоящего припадка. В этих случаях все явления, дающие право говорить об истеричности, приходят вместе с приступом и вместе с ним исчезают. Но иногда приходится наблюдать различные истерические проявления и даже судорожные припадки во всем течении болезни и притом вне связи с приступами и в промежутках между ними; здесь можно отыскать и соответствующие истерические механизмы с большой ролью психических факторов. Еще больше права говорить о комбинозе дают те не редкие случаи, когда вместе с наступлением пожилого возраста развиваются явления склероза мозговых сосудов. Клиническая картина в этих случаях видоизменяется вследствие не только своего затяжного характера, но и наличия симптомов артериосклеротического порядка, в своей структуре и тяжести зависящих от распространенности склеротического процесса. «Как о комбинозах приходится говорить о циркулярном параличе помешанных и о тех случаях, когда конституциональные моменты, свойственные маниакально-депрессивному психозу, выявляются такими мозговыми процессами, как опухоли мозга.

Предсказание при циркулярном психозе, не являющееся вообще особенно неблагоприятным, должно исходить не столько из общего положения, что каждый приступ заканчивается как правило выздоровлением, сколько из оценки всех особенностей случая. Опорным пунктом при суждении о продолжительности приступа и о дальнейшем течении может служить тот факт, что отдельные приступы вообще имеют тенденцию повторять друг друга, но это не относится к позднему возрасту и к случаям, осложненным артериосклерозом, когда приступы очень часто затягиваются и могут стать даже стационарными. Случаи, когда заболевание протекает с ординарным маниакальным или депрессивным приступом, дают лучшее предсказание, чем случаи с чередованием двойных приступов. Смешанные состояния вообще указывают на то, что благоприятный прогноз можно ставить с большой осторожностью. В особенности неблагоприятен прогноз, если много приступов с циркулирующей противоположных состояний следуют друг за другом без светлых промежутков. Наконец, говоря о прогнозе, нужно иметь в виду и тенденцию к самоубийству, которая не во всех случаях бывает одинаково выражена.

Профилактика и лечение

Поскольку явления циркулярного психоза развиваются на основе конституциональных изменений, которые намечаются уже с детства, имеет значение общее укрепление организма, повышающее нервно-психическую устойчивость, а так как развитию приступа очень часто способствуют соматические заболевания, в частности инфекции и психические потрясения, то все, что может помочь свести до минимума действия этих моментов, имеет большое профилактическое значение. Роль профилактики тем более важна, что и здесь наследственность не имеет исключительного значения. Это видно из того, что даже в тех семьях, где один из родителей страдал или страдает вполне выраженным циркулярным психозом, дети только в меньшей части случаев, по Рему только в 29 %, обнаруживают явления, которые указывают на генетическое родство с ним.

Что касается лечения, то оно может иметь в виду не столько болезнь в целом, сколько, отдельные приступы. Во всех случаях, когда явления маниакального возбуждения или депрессии выражены сколько-нибудь значительно, необходимо помещение в больницу как для устранения психической травматизации, идущей из окружающего, так и для предупреждения каких-нибудь проявлений агрессивности и в особенности ввиду опасности самоубийства. В остром периоде необходимо постельное содержание, которое сберегает силы, предупреждает столкновение с другими маниакальными больными и облегчает наблюдение, что особенно важно по отношению к больным с мыслями о самоубийстве. Громадное значение имеют создание подходящей обстановки и правильный подход медперсонала. Для маниакальных больных важно, чтобы они не были размещены очень тесно,

так как иначе неизбежны постоянные столкновения с другими. Стеснение от скученности замечают и сами больные. Одна наша пациентка, знакомая по собственному продолжительному опыту с условиями, в которых проходит жизнь больных в психиатрических больницах, говорила с полным основанием: «Психиатрия—это прежде всего пространство». Такое же значение имеет занятие внимания больных какой-либо иной работой или вообще чем-либо, на что уходила бы их кипучая энергия, которая иначе будет выливаться в спорах, агрессивных или разрушительных наклонностях. Для меланхоликов помимо неусыпного наблюдения очень важно ласковое, внимательное отношение, возможность всегда найти утешение, подбадривание со стороны персонала. Больные как будто ничем не реагируют на слова успокоения и убеждения в том, что они поправятся и не будут страдать от своих мучительных переживаний, но потом по выздоровлении они обычно передают, что не будь этой поддержки им еще труднее было бы переносить свои мучительные мысли и ощущения, а иногда приходится слышать, что участливое отношение лечащего персонала прямо удерживало от самоубийства, так как оно доставило бы большое огорчение лицам, оказывающим больному так много внимания. Естественно, что меланхоликам даже без значительного заторможения полезен полный психический покой и какие-либо развлечения противопоказаны.

При лечении прежде всего необходимо заботиться о физическом состоянии и главным образом о питании. Это тем более необходимо, что аппетит у меланхоликов бывает очень ослаблен и нередко наблюдаются упорные отказы от еды. В легких случаях достаточно бывает уговоров, чтобы кормить больного, очень часто приходится кормить с ложки, как маленького ребенка, в тяжелых случаях бывает необходимо кормление зондом. Улучшению питания помогают солевые и просто промывательные клизмы. Последние, равно как и назначение слабительных, тем более оказываются полезными, что при наклонности к запорам таких больных урегулирование кишечника играет вообще очень большую роль. В системе лечения больных с циркулярным психозом видное место занимают ванны, горячие (36—38°) и продолжительные (час-два и более) при маниакальном возбуждении и сравнительно непродолжительные—у меланхоликов. Последним очень полезны также углекислые или щелочно-солевые ванны. Они особенно способны уменьшить общее напряжение, расслабить повышенный тонус сердечно-сосудистой системы и принести значительное успокоение. Такое же значение имеют кислородные ванны. Из физических методов лечения к депрессивным больным без резких явлений заторможения с успехом применяют ритмическую фарадизацию, токи Тесля, д Арсонваля, лечение статическим электричеством. Ввиду нарушения системы эндокринного равновесия показаны вытяжки закрытых желез, из них определенные теоретические показания имеются для овариина, спермина, гравидана; на практике они оказываются несомненно полезными и именно у депрессивных больных, в особенности при отказе от пищи. Приносят пользу впрыскивания инсулина. Что касается собственно фармацевтических препаратов, то нельзя обойтись без наркотических средств. У меланхоликов чаще всего применяется кодеин (0,01—0,02 на прием), солянокислый героин (0,004—0,005), бром с кодеином; показаны также вдвухания под кожу кислорода (200—300 см³ ежедневно или три раза в неделю); морфия лучше избегать вследствие возможности привыкания, впрыскивания морфия под кожу (0,01) могут быть показаны только в отдельных случаях *raptus melancholici*. У маниакальных больных приходится применять большие дозы брома, маленькие дозы снотворного (люминал по 0,1, веронал по 0,2 два-три раза). Впрыскивание под кожу скополамина и дробуазина следует избегать, так как они являются своего рода химически связывающим средством и дурно действуют на самочувствие.

Источники литературы:

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Изд-во 2-ое перераб. и доп. — М.: Изд-во Московского университета, 1986 — 287 с.
2. Каменева Е.Н. Теоретические вопросы психопатологии и патогенеза шизофрении. — М.: Медицина, 1970. — 94 с.
3. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия. — М.: Медицина, 1968.
4. Колоскова М.В., Баженова О.В. Поиск ранних предикторов шизофрении: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — М., 1990. — №9.
5. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. — 2-е и перераб. и доп.— М.: Медицина, 1984, — 272 с.