

Шизоидные психопатии в детском возрасте.

Д-ра Г. Е. Сухаревой.

Всякая работа на материале психопатических личностей неизбежно начинается с указания на то, что эта область наименее изученная в психиатрии. Особенно это относится к детскому возрасту. Здесь дифференциальная диагностика психопатий значительно труднее. Многие синдромы, входящие в состав клинической картины психопатии взрослых, у детей являются еще физиологическими феноменами. Некоторая дисгармоничность в развитии отдельных функций, некоторая неровность в сфере чувств и воли у детей еще в пределах нормальных вариаций. Эпидемия энцефалита последних лет заставила пересмотреть понятие о детских психопатиях: разнообразные психические изменения после энцефалита наводят на мысль о том, что многое, до сих пор диагностировавшееся как психопатия, есть лишь *residua* энцефалита и других заболеваний мозга. Дифференциально-диагностические затруднения возникают также при отграничении психопатий от тех экзогенных психопатических наслоений (под влиянием плохой среды и воспитания), которые так часты у детей, благодаря их повышенной реактивности. Все это говорит за то, что в вопросе изучения детских психопатий, мы стоим лишь в начале пути. Для дальнейшего продвижения вопроса необходимо накопление клинического материала, обработанного в свете современной психиатрии.

Литература по этому вопросу чаще носит характер руководства для врачей и педагогов в борьбе „с трудными“ детьми. В чисто психиатрической литературе детским психопатиям отводилось сравнительно немного места. Это последнее обстоятельство побуждает нас зафиксировать тот материал, который прошел через Детскую Психоневрологическую клинику Н. К. З. за последние три года. В настоящей своей работе мы ограничиваемся типом шизоидных психопатов.

Принимая во внимание ту путаницу понятий, которая существует вокруг термина „шизоид“, мы не считаем возможным приступить к настоящему сообщению, не договорившись предварительно о содержании, которое мы вкладываем в это понятие. Нам представляется целесообразным предпослать изложению нашего кли-

нического материала очерк современного состояния вопроса о „шизоиде“. Насколько нам известно, обзор литературы по вопросу Кречмеровской типологии до сих пор еще не был сделан.

Таким образом, наша работа, естественно, распадается на две части:

- 1) Современное состояние вопроса о „шизоиде“,
- 2) Клинический разбор материала шизоидных психопатий Детской Психоневрологической Клиники.

I.

Вопрос о Кречмеровских шизоидах и циклоидах в настоящее время имеет за собой уж большую литературу. В 1922 г. Эвальд писал о книге Кречмера „Körperbau und Character“: „Здесь, как и всегда бывает с книгой, дающей что-то новое, нужно более продолжительное время для критики“. В настоящем 1925 году можно уж попытаться высказаться более определенно и подвести некоторые итоги.

Прежде всего нужно отметить тот большой успех, который имела эта книга. В течение небольшого периода она выдержала четвертое издание. Популярность ее перешла далеко за пределы психиатрии, в соседние области медицины, в антропологию и нормальную психологию. Книга заинтересовала даже широкую публику. Большой интерес к этой книге объясняется не только тем, что она затрагивает современные очередные проблемы психиатрии, но также ее блестящей литературной формой изложения.

В научнопсихиатрических кругах эта книга была встречена более сдержанно. На съезде психиатров в 1921 г. Wuth высказался о ней очень осторожно (цитировано по Эвальду). Вильманс дает строгую критику Кречмеровской типологии. Выводы Кречмера для него мало убедительны, представленные им типы, по мнению автора, неопределенны и не резко отграничены. Все же Вильманс не отказывает Кречмеру в том, что он своевременно выдвинул проблему соотношений телесной и психической конституции, установления сомато-психических синдромов. Остроумную и тонкую критику Кречмеровской типологии дает Эвальд: он оспаривает также как и Bumke целесообразность введения нового понятия „шизоид“. Kehrer также пишет о том, что Кречмеровская работа нуждается в трезвой и беспристрастной критике.

Сама методика антропометрического исследования, с которой работал Кречмер, встретила серьезные возражения со стороны антропологов. Описательные характеристики и лишь интуитивно схваченные типы играют слишком большую роль в данных Кречмера, здесь большой простор субъективизму. Не удовлетворяет также их обработка полученных результатов путем среднего арифметического.

Серьезное возражение Кречмеру было высказано Stern Piper'ом. В ряде работ автор указывает на то, что в основе данных

Кречмером типов лежат не индивидуальные, а расовые особенно-сти. В немецкой расе астенический тип соответствует северной (nordische Rasse), пикнический — альпийской. Параллельно телесной конституции имеются также циклотимические и шизотимические особенности у представителей обеих рас. Кречмеровская проблема типов делается таким образом расово-психиатрической. Отметим здесь же, что на это возражение Кречмер целиком и не ответил. В ответной работе он не отрицает того, что астенический тип соответствует более северным расам, а пикнический — южным и говорит о том, что конституциональные и расовые моменты в отдельных расах больше или меньше переплетаются друг с другом. Биологическое предрасположение различно у разных рас. Мы различаем более „шизотимические“ и более „циклотимические“ расы.

В текущей литературе книга Кречмера была отмечена рядом рефератов. Блейлер в своем реферате по поводу этой книги указывает на то, что данные Кречмером типы требуют еще контроля. Все же он считает эту книгу очень значительной.

Бирibaум рассматривает ее как интересную попытку связать в один синдром наследственность, телесное строение и психические особенности.

Более горячо приветствуют Кречмера Sioli и Meyer. Отмечая отдельные недочеты в Кречмеровской типологии, автор тут же прибавляет: „для такого нового понимания проблемы нельзя требовать готовых методов ее разрешения“. „Кречмеровская книга“, кончает автор, „выйдет далеко за рамки психиатрической науки, она будет знаменем времени“.

Работа Кречмера нашла отклик и во французской литературе. Вопросы о пизонидной конституции посвящены статьи Henri Claude, A. Borel, G. Robien.

Авторы указывают на то широкое распространение, которое получил термин „шизоид“, но находят, что понятие это слишком расширено и не соответствует какому нибудь клиническому типу.

Из этого небольшого очерка можно сделать следующий вывод: если не согласиться с той высокой оценкой, которую дают Кречмеру некоторые авторы (Sioli, Meyer), то нельзя и не отметить значения этой книги для психиатрии. Кречмер дал какие то новые пути для психиатрической мысли. Доказательством этому служит то большое количество работ, исходным пунктом которых является „Körperbau und Character“.

Обозревая литературу за последнее время можно отметить, что вопрос о Кречмеровских типах находится еще в состоянии развития и борьбы различных взглядов, при чем циклоидный тип встретил меньше возражений. Мысль о том, что циклоид имеет какую то связь с маниакально-депрессивным психозом, уж не

нова; большинство авторов также не отрицает и того, что пикнический Кёрперbau больше свойственен циклоидному типу. Наименее выясненным и точным является понятие о „шизоиде“.

Кардинальными здесь являются следующие вопросы:

1) Самое понятие „шизоид“, его объем, содержание, биологическое значение и отношение к клинике.

2) Близким к этому является вопрос о биологической общности шизоида и шизофрении.

3) Связь шизоидного типа с определенной телесной конституцией.

И как следствие из всего этого вытекает последний основной вопрос: можно ли в настоящее время говорить о шизоиде, как об отдельном типе биологически едином с определенной патогенетической основой?

Термин „шизоид“ не нов, он взят у Блейлера. Не ново также и то, что есть группа психопатов, которая в своей симптоматологии имеет какие то сходные черты с шизофренией, они описаны Кренелином в его типе „Verschroben“; Birnbaum'ом в его „Degenerierte Verschrobene“. Из русских авторов проф. Ганнушкин еще в 1912 г. писал о шизофренической конституции.

Кречмер распырил это понятие далеко в область нормы, продолжил его на гениальных людях, установил связь шизоидов с определенной телесной конституцией. „Шизоид“ по Кречмеру это „патологическая личность, которая отражает в легкой степени основные симптомы шизофрении“. В своей характеристике шизоидных типов он дает мастерски — художественно описанные отдельные черты шизоидной психики, талантливо обрисованные типы, но самое понятие „шизоид“ остается расплывчатым и неопределенным. Стараясь подвести психопатологический фундамент под данную им типологию, Кречмер дает следующие особенности, характеризующие шизоидную психику: 1) психэстетическая пропорция настроений, 2) аутистическая установка, 3) прыгающий психический темп, 4) особенности психомоторной сферы, неадекватность реакции раздражению.

Здесь автор дает нечто более определенное, но далее, когда он переходит к конкретному описанию отдельных типов, снова теряется ясность понятия; ускользает грань между здоровым и больным, характерологическим и психотическим. Представленные им типы все блестяще охарактеризованы, ярко описаны. Но прочитав книгу, можно сказать вместе с Эвальдом: „если таковы шизоиды, то кто не шизоиды“. 0, 9 всего человечества могут быть размещены в эти группы. Понятие шизоидного психопата делается всеобъемлющим, расплывчатым, слишком неопределенно его отношение к нормальному шизотимичу и к другим группам психопатических личностей.

Эта расплывчатость понятия „шизоид“ отразилась и на других работах, которые исходили из Кречмеровской типологии. Kahn дает 8 типов психопатических личностей, которых он называет „шизоидами“. Эти типы он распределяет в

порядке тупой—чрезмерно чувствительный (Stumpf überempfindlich). Интересно отметить следующее: в приводимых Kahn'ом историях болезни из 10 случаев, диагностируемых им как „шизоид“, в 8-ми клиническая диагностика была иной.

Также неопределенно широко взят термин „шизоид“ у Hoffman'a, он оперирует им в целом ряде работ. Hoffman различает три типа шизоидных темперамента:

- 1) Gemütsruhig (тихий, спокойный, замкнутый);
- 2) Gemütskalt (холодный, эгоистический, избегающий людей);
- 3) Gemütsstumpf (морально тупые).

Термин „шизоид“, по мнению Hoffman'a, не покрывается понятием болезненно-психопатического, он гораздо шире и проникает в толщу нормы.

Ошибка Hoffman'a та же, что и Кречмера, он слишком широко взял границы шизоидных типов. Он не проводит различия между понятием „шизоид“, как тип психопатической личности и „шизоидной реакции“, как физиологического феномена. То обстоятельство, что оба эти понятия называются одним и тем же словом, создает еще большую путаницу. На это указывает и Berze, который высказывает пожелание, чтобы определения для нормальных типов реакции были взяты не из психиатрии.

В этом отношении Блейлером сделано больше. Он оставляет термин „шизоид“ как определение психопатической личности и говорит о нем как об особом типе реакции, который у каждого человека более или менее выражен. Кречмеровский термин „циклоид“ он удачно заменил словом „синтонный“. Каждый человек, по мнению автора, имеет обе формы реакции, которые могут быть смешаны в любых соотношениях. То, что называется „шизондом“, есть лишь преимущественно шизоид. Соотношение различных компонентов непостоянно, в различные периоды может преобладать то один, то другой (Dominanzwechsel); существует также и возрастная смена типов реакции.

Блейлером более определенно поставлен вопрос о биологическом и социальном значении обоих типов, но проводимая им точка зрения еще больше удаляет нас от клинического определения группы „шизоид“.

Как и всегда бывает с понятием недостаточно определенным и нерезко отграниченным в употреблении термина „шизоид“ зашла слишком далеко. Появился целый ряд новых терминов с неясным содержанием („Schizophil“, „Schizoaffin“, „Schizoman“ и др.). И, как всегда бывает, широкое употребление термина повело к утрате его смысла.

В последних работах Кречмер и сам указывает на необходимость сужения понятия „шизоид“. Он пишет: „опасность расширения термина и прорастающего отсюда смешения, особенно велика в области шизоидных психопатий. Было бы ошибочным распространять этот термин далеко за пределы психопатических групп“.

Таким образом понятие шизоидных психопатий возвращается к своему первоначальному содержанию. В последнем понимании Кречмера — тип шизоидного психопата, почти совпадает с тем, что описано Крепелином как *Verschroben*.

Клиническое положение шизоидных психопатий находится в зависимости от решения следующего вопроса: каково взаимоотношение шизоида и шизофрении? Является ли шизоидный психопат и шизофрения чем-то биологически общим, есть ли между ними разница только количественная или также и качественная?

Как уже было указано выше в изложении Кречмера, разница между шизоидом и шизофренией не отчетлива, психотическое здесь является лишь заострением характерологического. Кречмер считает переход от шизоида к шизофрении очень текучим и видит в шизофреническом процессе заострение определенных конституциональных групп.

Это неясное отграничение шизофрении и шизоида является одним из слабых пунктов Кречмеровской работы и послужило поводом для многих возражений.

Вопрос этот подвергается дальнейшей разработке в целом ряде исследований.

Одни авторы ищут его разрешения на пути наследственно биологических исследований, другие проверяют Кречмера на клиническом материале.

К 1-й группе работ относятся наследственно биологические исследования Hoffmann'a, Rüdin'a, Kahn'a, Medow'a, A. Schneider'a. Эти работы дают указания как часто в семьях шизофреников встречаются шизоидные психопаты, чаще ли чем в нормальных семьях и чаще ли, чем другие формы психопатий.

Генеалогические исследования Hoffmann'a в общем подтверждают связь шизофрении с шизоидной конституцией. Он находил у потомства шизофреников 60% шизоидов и шизофренов; у потомства циркулярных их только 8—9%, здесь напротив, значительно преобладает циклофрения. Hoffmann (также и Rüdin) сделал попытку теоретически доказать эту связь шизоида с шизофренией и приходит к выводу, что шизоиды идентичны с гетерозиготами в шизофренических семьях. В вопросе взаимоотношения шизоидов и шизофреники точка зрения Hoffmann'a близка к Кречмеру. Он хотя и считает эти формы по существу различными, но грань между ними очень колеблющаяся и непостоянная, т. е. выявить деструктивную тенденцию в клинической картине шизофрении не всегда удается.

То обстоятельство, что понятие „шизоид“ взято у Hoffmann'a слишком широко, делает его выводы менее убедительными. По этому поводу Эвальд пишет, что он не разделяет ни оптимизма, ни энтузиазма, последних наследственно биологических работ, оперующих термином „шизоид“. По его мнению, определенно можно говорить лишь о том, что разнообразные психопаты встречаются

часто в шизофренических семьях. Однако, и другие авторы, которых нельзя обвинить в злоупотреблении термином „шизоид“, дают данные, близкие к Hoffman'у (Rüdin, A. Schneider, Medow и др.).

Rüdin пишет: „в настоящее время уже известно, что среди братьев и сестер больных D. praesox встречаются такие состояния, которые отличаются как от выраженных форм D. praesox так и от нормальных состояний, и ближе всего к группе психопатов *Verschroben*. Автор не пытается дать патогенетическую оценку этим случаям; утверждение, что здесь мы имеем легкий случай D. praesox, по мнению его, ничем не оправдывается, так же, как другое, относящее их к психопатам. Определенно известно лишь то, что эти психопаты часто встречаются в семьях D. praesox возможно, что они являются фенотипическим выражением тех генотипов, которые играют какую-то роль в появлении этой болезни (Rüdin не отрицает о того, что и другие формы психопатий не редки в семьях D. praesox).

Medow находил среди родных шизофреников такие особенности характера, как эмоциональная тупость, жестокость, моральная недостаточность, целый ряд черт, близких к тому, что входит в понятие „шизоид“. Он их считает не только количественно, но и качественно отличающимися от шизофрении. Интересно отметить, что в этих семьях он не находил циклоидов.

Berge (цитировано по Kahn'у) находил у родителей шизофренов шизоидные черты характера, он их считает латентными шизофрениями.

A. Schneider из исследованных им 200 человек из семей шизофренов констатировал 44% психопатов, из них половина падает на шизоидов и половина на все остальные группы психопатов, взятые вместе. Автор также отбрасывает ту точку зрения, что есть существенная разница между шизофренией и шизоидом, но полагает, что среди психопатов есть такие, которые носят на себе отдельные черты шизофренической психики и более предрасположены к заболеванию шизофренией, чем другие. У них есть какое-то конституциональное средство к шизофрении (*Schizoaffin*).

Вопрос о взаимоотношении шизоида и шизофрении наиболее отчетливо, по крайней мере теоретически, представлен Kahn'ом. На основании своих наследственно биологических исследований, автор приходит к следующим выводам. В унаследовании шизофрении можно различать два компонента: а) предрасположение к шизоидной конституции, которое фенотипически проявляется в психэстетической пропорции; б) предрасположение к шизофреническому процессу, проявляющееся в деструктивном процессе разрушения личности. Оба эти компонента имеют различный тип наследственности. Шизоидная конституция наследуется в порядке доминантности, а шизофрения рецессивно. Следовательно, шизоид и шизофрения, не только по клинической картине, но и по наследственно-биологическим данным качественно различны, для того, чтобы в шизоидной личности развился шизофренический процесс, нужен еще добавочный фактор (*Process-psychos*). Под влиянием новых работ о наследственности Кречмер изменил свою первоначальную точку зрения. В одной из последних работ он говорит о том, что шизофренический психоз развивается у шизоида не путем простого кумулирования (2 шизоидных психопата могут не дать шизофренического потомства). При наследовании шизофрении шизоидный компонент дополняется еще каким-то наследственным фактором. (Здесь нужен еще какой-то добавочный импульс, действующий на зародышевые массы).

Вопрос о связи шизофрении с шизоидной психопатической конституцией может быть также разрешен на основании клинического материала путем изучения препсихотической личности шизофренов.

Авторы, занимавшиеся этим вопросом, исходили из данных Крепелина, который отмечал, что лица, заболевшие шизофренией, часто уже в детстве обнаруживали некоторые характерные особенности. Он различает 4 типа препсихотических личностей шизофренов.

- 1) Тихие, робкие, замкнутые, аутичные дети;
- 2) Раздражительные, чувствительные, первные, упрямые, склонные к странным выходкам;
- 3) Ленивые, вялые, непостоянные, с склонностью к анти-социальным поступкам;
- 4) Послушные, боязливые, примерные *musterkinder*.

Этим вопросом занимался также Voigt из клиники Крепелина. Он отмечает на детском материале эти 4 типа препсихотических особенностей шизофренов.

(Hiese исследовал истории болезни 347 больных шизофренов. У 220 находил в детстве психопатические особенности, которые он делит на три группы.

- 1) Замкнутые, тихие, молчаливые, несклонные к дружбе;
- 2) Вспыльчивые, стремительные, строптивые, упрямые и трудно воспитуемые;
- 3) Легко возбудимые, раздражительные и плаксивые.

У Künckel'я на основании изучения анамнестических данных 143 шизофренов получились следующие результаты: в $\frac{6}{7}$ всех случаев отмечались то единичные, то комбинированные симптомо-комплексы из типологии, представленной Крепелином. Автор подробнее останавливается на связи характерологических особенностей детства с картиной последующих шизофрений, аутичные дети чаще развивались в кататонические формы, асоциальные в гебефрении.

На этот факт существования шизоидных особенностей в детстве у шизофренов указывают и другие авторы Schultze (цитировано по Voigt'у) говорит, что от 50—70% больных шизофренией еще до болезни обнаруживали ряд психических особенностей, то робкие, тихие, замкнутые, то раздражительные и капризные.

Bleuler находил в $\frac{3}{4}$ % всех случаев личное предрасположение, которое выразилось в странном характере, аутизме и в отклоняющемся от нормы типе мышления.

В общем в описании препсихотической личности шизофренов большой разницы между авторами не отмечается; всюду препсихотические особенности очень близки к картине шизоидных психопатий. Расхождение лишь в оценке и в объяснении этих клинических фактов. Крепелин, а также Блейлер, Voigt, Künckel и др. расценивает эти особенности, как ранние симптомы болезни, видят в них влияние той же причины, которая вызывает D. praesox. Другие же считают их выражением особой шизоидной кон-

ституции, на фоне которой развивается позднее шизофренический процесс. Эта точка зрения Kahn'a, которой близки Schneider A. Lewi M., проф. Ганнушкин. Эти авторы снова выдвигают вопрос о существовании какой-то конституции, предрасполагающей к заболеванию шизофренией.

Разрешение этого вопроса тесно связано еще с проблемой существования шизофренического типа реакции. Существование шизофренических синдромов и при других душевных заболеваниях (чаще при психогенных психозах) признается многими авторами, разногласие возникает лишь при обосновании этого синдрома. Kahn считает его близкими к группе шизофрений. „Шизоидные типы реакции есть связывающее звено между шизофренией и шизоидом“. Шизофренический симптомо-комплекс обуславливается существованием особой конституции, предрасполагающей реагировать определенным способом. Porrer также описывает шизофренический тип реакции, как синдром, который внешне очень сходен с шизофренией; в отличие от Kahn'a он не считает его генотипически обусловленным, нет достаточных данных, пишет он, которые заставили бы нас решить, что симптоматические подобила могут быть сведены к одинаковым генотипическим основам“. Maueg-Gross, разбирая вопрос о шизофреническом типе реакции, спрашивает: „полезно ли запутывать этим новым термином психиатрическую диагностику?“ Из русских работ в этой области нужно отметить работу д-ра Детенкофа из клиники проф. Ганнушкина. Автор дает ряд случаев острых шизофренических вспышек, которые могут быть истолкованы, как шизофренический тип реакции на почве шизоидной конституции.

Проблема шизоидной конституции может найти некоторые опорные пункты в работах другого порядка, изучающих Kögrewau у шизофренов и шизоидов. Большинство авторов исходят из Кречмеровской типологии, проверяют ее на клиническом материале. Здесь можно отметить работы Haenskel'я Olivier, Sioli, Kloth, Meueg'a и др. Все эти авторы приходят к выводам, подтверждающим данные Кречмера.

Haenskel написал две работы о телесной конституции у шизофренов и циркулярных больных. В 1-й он приводит результаты исследования 100 больных шизофренией. На основании своих исследований приходит к выводам, которые в общем подтверждают Кречмера: 1) Значительное преобладание астенического и атлетического типа среди шизофренов при сравнительно незначительном проценте пикников и 2) значительная примесь диспластических признаков у них. В другой работе у 73 циркулярных больных преобладали пикнический Kögrewau и отсутствовали диспластические типы.

Olivier на основании исследования 125 больных шизофренов говорит о значительном преобладании у них астенического склада, в то время как пикников только 8%.

Исследования Sioli Kloth и Meueg'a дают в общем сходные результаты. Авторы исследовали 61 больного, (43 шизофренов и 18 циркулярных) и получили преобладание астеников-атлетиков у первых и пикников у вторых.

Еще целый ряд работ последнего времени подтверждают Кречмеровские результаты. (Соплюсь на работы Jacob und Moser, Mischel Rudolf und R. Weber, Wyrsh, von Rohden und W. Gründler и др. Из русских — работа д-ра Шуберт из клиники проф. Гиляровского.

Из работ, не подтвердивших Кречмеровских данных, можно отметить работы Kolle и Mollenhoff'a.

Kolle при исследовании 100 шизофренов находил одинаково часто пикнический и астенический Körperbau и незначительную примесь диспластических свойств. Вместе с тем он находил у пикников отдельные черты несоответствующие описанию Кречмера, т.-е. большой высотный диаметр черепа, широкие плечи с толстыми костями, толстые члены, бледное лицо, густой волосной покров на голове и др. Это дало право Кречмеру в ответной статье обвинить автора не только в диагностической, но и в логической погрешности. Неудивительно, пишет он, если „пикник“ Kolle часто встречается у шизофренов, он имеет мало общего с тем, что до сих пор было описано в пикническом Körperbau.

Работа Mollenhoff'a так же несколько расходится с тем, что было написано до сих пор. Среди исследованных им 180 шизофренов, он находит значительное преобладание нехарактерных и смешанных форм и очень небольшой процент выраженных типов: из 189 случаев — 103 случая нехарактерных.

Ewald на основании своего клинического материала подтверждает данные Кречмера лишь в отношении пикников и циклоидов. По мнению автора, пикнический Körperbau имеет какую-то связь с биолого-патогенетическими основами циркулярного психоза, но он не видит достаточных данных для связи шизофрении с определенной конституцией.

Интересно отметить работы, изучавшие случаи шизофрении с пикническим Körperbau (работы Шульца и Mautz'a). Оба автора указывают на своеобразное течение этих шизофрений, они имеют часто циклическое течение и дают более благоприятный исход.

Есть и др. работы об особенностях телесной конституции у шизофренов, которые шли независимо от Кречмера.

Beringer и Düser исследовали 200 случаев, выраженных шизофрений, и пришли к заключению, что евнухоидный тип сложная, гипоплазия половых желез у женщин, феминизм у мужчин здесь сравнительно часто встречаются. Ближе к этой работе исследованию Wil. Bausch'a, который исследовал соотношение Oberlänge и Unterlänge и приходит к выводу, что диспропорциональные формы чаще у шизофренов и эпилептиков. Автор не придает большого значения полученным результатам и считает необходимым дополнительные исследования на нормальных.

И в других исследованиях из соседних областей медицины (гинекологии, внутрен. болезней) также есть указания на связь шизофрении и шизоидной конституции с определенными телесными особенностями.

Гинеколог Mathes говорит о том, что он наблюдал среди своих пациентов шизоидные и циклоидные типы. У шизоидных типов отмечались явления инфантильности половой жизни. Такие же данные дает и Hirschfeld,

который среди пациенток с дисменорреей в 85% случаев имел шизоидов астенического типа. Fränkel среди 179 женщин с Dementia praecox в 72% наблюдал инфантилизм генитального аппарата.

Kronfeld также пишет о том, что среди психопатов с извращенной сексуальностью часто встречаются шизоидные типы с астеническим телосложением.

Ряд авторов занимались исследованием психических особенностей шизоидной группы путем экспериментально-психологических опытов. Здесь можно отметить работы Munz'a и Van der Horst'a. Munz исследовал 100 здоровых субъектов, (59 пикников циклотимиков и 41 астеников) по методу Роршаха и нашел, что у первых в ответах преобладают краски, цвета, а у вторых движения. Van der Horst исследовал психический темп у больных шизофреников, а также у здоровых шизотимиков и циклотимиков, приходит к выводу, что у шизофреников и шизоидов более порывистый и быстрый темп, у циркулярных и циклоидов более медленный и замедленный.

Вопрос о биолого-патогенетической основе шизоидной психопатии недостаточно освещен в литературе и только намечается некоторыми авторами. В работе Кречмера для решения его нет достаточных данных: он высказывает ряд теоретических соображений и не придает им большого веса. Не отрицая значения церебральных моментов в отношении типов темпераментов, он считает наиболее приемлемой гумморальную точку зрения.

Темпераменты представляют ту часть психики, которая, по-видимому, находится гумморальным путем в корреляции со строением тела. Здесь принимается во внимание не только эндокринные железы, но и весь химизм крови в том виде, как он обусловлен большими железами брюшной полости и в конечном счете всеми тканями тела. Темперамент человека относительно от состояния его мозга зависит от двух химических гормональных групп, из которых одна стоит в связи с диатетической скалой аффектов, другая — психэстетической. Шизоиды и шизофреники дают частые дисфункции половых желез и др. частей эндокринного аппарата; напротив, у циркулярных и циклоидов симптоматология находится в какой-то связи с общей экономией организма, веса тела и жировым обменом веществ.

Эвальд в своей книге „Temperament und Character“ возражает Кречмеру, указывая на то, что понятие темперамент и характер у него не резко отграничены. Часть того, что Кречмер понимает, как темперамент, Эвальд называет характером. Каждый человек по Эвальду имеет и Temperamentanlage и Charakteranlage. Темперамент находится в связи с количественными колебаниями био-тонуса (количественными колебаниями в обмене веществ и регулирующим его эндокринным аппаратом). Характер обусловлен структурными особенностями нервной системы и эндокринного аппарата, которые и предопределяют индивидуальный тип реакций. Маниакально-депрессивный психоз есть болезнь темперамента; при шизофрении имеется заболевание структурного характера. Если исходить из объяснения Эвальда — теряется возможность противопоставления шизоидов и циклоидов: при гипоманиакальном темпераменте может быть шизоидный характер.

Церебральная локализация шизоидных психопатий защищается А. Schneider'ом и М. Loewi (обе работы из клиники Клейста). М. Loewi объясняет шизоидную психопатическую конституцию врожденной слабостью определенных мозговых частей (Kleinhirn—Basalgangli—Stirnsystem) тех систем, которые являются анатомическим субстратом шизофренического процесса по Kleist'у. При врожденной аномалии этих путей здесь имеется locus minoris resistentiae к разнообразным вредным факторам эндогенного и экзогенного порядка. Таким образом, общностью локализации объясняется биологическая близость шизоида и шизофрении.

А. Schneider также полагает, что шизоидные психопаты представляют недостаточность одной или нескольких мозговых систем, недостаточность в форме аномалии развития. Нарушение этих систем вследствие каких-нибудь влияний, вероятнее всего эндотоксического характера, вызывают развитие психотического процесса.

С другой стороны и представители анатомической локализации не отрицают значения эндокринного аппарата в картине шизоидных психопатий. Связь шизоидной конституции с какими-то эндокринными расстройствами является несомненной, на это указывает сходство клинической картины пубертатных изменений с психофизическими особенностями шизоидных психопатий.

Таково современное состояние вопроса „о шизоиде“. В целях объективности и полноты изложения мы старались осветить все существующие точки зрения по этому вопросу. Обзор наш потому оказался длиннее, чем мы полагали. На основании представленного материала мы считаем возможным выдвинуть следующие основные положения.

1) Границы шизоидных типов взяты у Кречмера (в Körperbau und Charakter“) слишком широко; понятие шизоид слишком расплывчато и неопределенно.

2) Необходимо более точное отграничение шизоидной группы, во-1), от других форм психопатий, во-2), от шизоидного типа реакции, встречающегося как физиологический феномен в пределах нормальных вариаций (для последней группы желательно иметь термин взятый не из психиатрии).

3) Определение шизоидный психопат может быть оставлено лишь для небольшой группы психопатических личностей. Тип шизоидного психопата почти совпадает с тем, что описано Крепелином как Versprochen. Существование шизоидных психопатов в этом узком смысле слова признается многими авторами.

4) Группа шизоидных психопатий имеет какое-то отношение к шизофрении; за это говорят: во-первых последственно-биологические — данные, большое количество шизоидных психопатов в семьях шизофренов и, во-вторых, сходство преемственной личности шизофренов с клинической картиной шизоидных психопатий.

5) Взаимоотношение шизоидного психопата и шизофрении не таково, как оно представлено Кречмером: здесь разница не только

количественная, но и качественная. Поскольку шизоидный психопат есть выражение конституциональной аномалии, а шизофрениа болезненный процесс с определенной деструктивной тенденцией, обе эти клинические формы имеют в своей основе различные биолого-патогенетические факторы.

6) Близость шизоидного психопата и шизофрениа, сходство в их клинической картине лучше всего объясняется их общей локализацией в определенных мозговых системах. В 1-м случае (шизоидн. психопат) дело идет о врожденной аномалии этих систем, во 2-м — разрушение их шизофреническим процессом.

7) Наследственно биологическое толкование близости шизоида и шизофрениа сводится к признанию наличия каким-то ген, фенотипическим выражением которых является шизоидный психопат.

II.

Переходим к рассмотрению клинического материала. Представленные нами ниже 6 случаев шизоидных психопатий выделены нами на материале Школы-Лечебницы Детской Психоневрологической клиники Н. К. З. Принимая во внимание дифференциально-диагностические затруднения, возникающие при отграничении шизоидной психопатии от препсихотической и постпсихотической личности шизофренов, мы остановились лишь на случаях длительно нами прослеженных и с подробными анамнестическими сведениями. Другие менее выраженные формы из нашего клинического материала, могущие представить некоторые диагностические сомнения, мы здесь не берем. Все случаи шизоидных психопатий относятся к мальчикам в возрасте от 11—14 лет. Среднее время пребывания в школе 2—3 года.

Случай 1. Мальчик Ш. 13 лет, еврей из интеллигентной семьи. Наследственность: отец 63 лет, страдает грудной жабой; мягкий, сердечный, раздражительный, бывает вспыльчивым и грубым; патологически мнительен. Дед по отцу умер от рака. Старшая тетка нервна, мнительна, капризна; дочь ее страдает вязкими состояниями. Дядя фантазер, мало приспособленный к жизни. Мать страдает подагрой; впечатлительна; в молодости были немотивированные страхи, боялась пустой комнаты, в настоящее время считает себя более спокойной. Дед по матери грубый, раздражительный; выпивал. Бабка умерла от туберкулеза.

Мальчик последний ребенок в семье. При зачатии отцу 50 лет, матери 40; роды за две недели до срока. Физическое развитие правильное, из прошлых болезней отмечается лишь корь и аппендицит. Рос в материально-обеспеченной семье, был окружен заботливостью семьи. С раннего детства мальчик беспокоит родителей: он не такой как все дети. Еще в колыбели повышенная возбудимость, особая чувствительность к звуковым раздражениям, вздрагивает при каждом шуме. В 2 года обнаружил абсолютный слух, в 4 года читает. Робкий, пугливый, боязливо сторонится детского общества, мнительен, частые психосоматические жалобы, любит говорить о болезни. Усиленный интерес к вопросу о смерти, когда жвидит гроб или речь зайдет о покойнике, сильно волнуется, говорит о себе: „я верно долго жить“ не буду. Послушен и тих, пассивен, самостоятельно ни за что не берется. Бродит бесцельно, иногда дурачится; окружающих забрасывает нелепыми вопросами. Много раз повторяет одно и то же, успокаивается лишь, когда получит исчерпывающий ответ. Аппетит неиз-

жед, сон беспокойный, вскрикивает по ночам, боится темноты и привидений. В 6 лет был случайно оставлен один в комнате, сильно перепугался, кричал, с тех пор страх одиночества и запертой двери. В это же время отмечается усиленный онанизм. С 7 лет мальчика начинают учить грамоте и музыке (на скрипке). Учился дома с учителем, был очень рассеян, не хватало выдержки, труднее всего давалась арифметика, в музыке подвигался быстро, но занимался без охоты. В 1920 году принят в консерваторию, по классу скрипки, числится там на хорошем счету; успешность его тормозится неспособностью к систематической работе. В 1923 году поступил в Школу-Лечебницу нашей клиники. Жалобы родителей сводились к навязчивым состояниям и плохой работоспособности мальчика. Начало всех этих явлений мать относит к раннему детству, нарастания их в течение всей жизни не отмечалось, наоборот общее впечатление таково, что с годами мальчик выравнивался.

Статус. По росту и весу выше своего возраста, телосложение правильное, пропорциональное; тип астенический, долихоморфный, узкая, длинная грудная клетка; лицо удлиненное с мелкими чертами; мышечная система и подкожный жировой слой умеренно развиты; кожа на лице матовая, неравномерно окрашена, местами более красные пятна; кожа на туловище более плотна, эластична, ни сухости ни резкой потливости не отмечается; кисти рук цианотичны, влажны и холодны на ощупь, волосы темные, густые, растут низко, вторичные волосы выражены надобко. Polyadenitis. Щитовидная железа — норма, половые органы развиты больше чем соответствуют возрасту. Со стороны внутренних органов: в легких — выдох над правой верхушкой, сердце — легко возбуждимо, тоны чисты; аппетит понижен, изредка поносы.

Нервная система: черепно-мозговые нервы в норме; зрачки равномерны, реакция живая; сухожильные рефлексы в норме, кожные вялые, глазоочный понижен, чувствительность разных видов — норма, красный дермографизм резко выраженный. Движения не ловки, неуклюжи, грубая сила мышц достаточна. По скале д-ра Озерского отстал на 4 года. Походка неуклюжая, несколько связанная; мимика вялая; речь не достаточно модулированная.

Лабораторные исследования крови. Гемоглобина 80%, эритроцитов 4.700.000, лейкоцитов 7.200; лейкоцитарная формула отклонений от нормы не представляет, кроме небольшого лимфоцитоза. Исследования вегетативной нервной системы показало лабильность обеих систем. Реакция Вассермана отрицательна, реакция Abderhalden'a отрицательна с testes и thyreoidea.

Иска. статус. При исследовании приветлив, вежлив. В манере держаться робость и неуверенность. Не спокоен, масса лишних движений, иногда тикообразные подергивания в лице. Сразу понимает вопрос и отвечает охотно. Горлоплавая быстрая речь, неотчетливая, как бы щедит сквозь зубы. Лишь внешне доступен. Прячет свою мысль в обилии слов, вводных и вычурных выражений. На вопрос, как тебе живется, ответ: „не знаю, может быть хорошо, может быть хуже, вообще люди по разному живут“, нравится ли ему прочитанная книга? „Мне кажется, что нравится, но вообще я не знаю, общий принцип чтения таков, что увлекаешься“. Формулируя какую нибудь мысль, идет длинным обходным путем, резонирует и отвлекается на абстрактное, однако разлаженности и бессвязности мышления нет. Среди ассоциаций преобладают внутренние и координированные. Логические процессы вполне удовлетворительны. Умозаключение не страдает. При установлении различия и сходства отмечает существенное, определение даже отвлеченных понятий дает удачно (например, красота: „вид предмета в приятной для глаза форме“, разница между твердостью и упрямотом: „упрямото без всякой причины, твердость из принципа“). По данным лабораторного исследования, по скале Вине дает + 2 года, по методу проф. Россолимо средняя высота профиля 8,6.

О себе говорит: „я не такой как все, как другие мальчики: они сильно напрактикованы в играх, меня не берут, характер детей таков, что

выбирают сильных". Способен к самоанализу и критике; себя считает нервным: „я никогда не мог отказаться от страха, раньше я боялся волков, привидений, теперь боюсь, чтобы меня не заперли в комнате, особенно если она тесная, часто лежу и думаю, а вдруг дома-чтонибудь случилось, вдруг там пожар, мне особенно страшно когда я в спальне". Отмечает у себя явления навязчивости и автоматизма: „часто у меня в голове вертится слово, никак не могу отвязаться, то вдруг задумаю, если я это не сделаю, то со мною что-нибудь случится. Мне трудно начать что-нибудь, долго przygotowляюсь, а потом трудно оторваться".

В учреждение поступает охотно, легко подчиняется школьному режиму, откликается на все предложения работать, но все делает неумело, крайне медлителен и неуклюж. В детской среде сразу вызвал насмешливое отношение, держится больше общества маленьких. Настроение то безразлично вялое, то повышеннодурашливое, без конца болтает, рифмует слова, гримасничает, раз'игрывает из себя шута; отмечались периоды более возбужденного состояния, прыгал, скакал по кровати, кривлялся.

Всегда нелепый и навязчивый, пристает к ребятам, надоедает взрослым своими бесконечными вопросами. В течение зимы всех встречал вопросом: „где ваш халат" или „отчего вы без халата". Шутки его большей частью рифмованы, отмечались перевертывания, часто несколько раз повторяет одно и то же слово. Не может видеть равнодушно развязанных шуток, подойдет и завяжет. Аффективная жизнь внешне бедная, вялая, ничем не интересуется; в часы свободные от занятий бесцельно бродит. В свой внутренний мир не выпускает, но его отдельные тонкие замечания, так резко диссоциирующие с его обычной нелепостью, его чутье ко всему красивому, частое упоминание в своих стихах о каком то мире грез — все это заставляет думать о том, что за внешней вялостью скрывается более богатое содержание. Музыкально одарен: когда играет, весь меняется; это знающий, уверенный, тонко чувствующий человек. Обладает способностью к живописи, преподаватель относит его к группе высоко одаренных детей. Пишет стихи не оригинальные по замыслу, но звучные. Выраженных аффектов, повышенной раздражительности не отмечалось. Наиболее уязвимое место, это чувство своей неполноценности. Мучительно переносит насмешливое отношение к себе детей. При обиде весь с'ежается, резко бледнеет, на глазах навертываются слезы.

Сексуален, одно время усиленно онанировал, отмечается пристрастие к диванным шалостям, любит двусмысленные шутки.

В школе отстает от группы. Продуктивность его незначительна, ему мешают: 1) резкая медлительность, автоматизм, прилипание к одной какой-нибудь теме, 2) неспособность к усилию и напряжению, требуемых для систематической работы.

За время 2-летнего пребывания в Школе - Лечебнице окреп физически, стал охотнее заниматься физическими упражнениями. Со стороны психики резких изменений нет, стал несколько проще и спокойнее, но и теперь периодами попрежнему дурашлив и нелеп. В школьной работе есть достижения, стал несколько самостоятельно сделанных работ. Хорошо подвигается по классу живописи, делает хорошие успехи в музыке.

Резюме. Неполноценная дисгармоничная личность; смесь тонкой психики и нелепой дурашливости. Высокая одаренность при общей неполноценности. Симптоматология: склонность к автоматизму и навязчивым состояниям, при слабости сознательно-целевой воли. *Minderwertigkeitsgefühl* с склонностью к аутистическим реакциям. Интеллект нормальный, мышление правильно, отмечается резонерство, медлительность, *Haftenbleiben*. Из данных физического статуса астенический *Körperbau*, Лабильная вегетативная нервная система. Моторная недостаточность, неловкость и угловатость движений, вялая мимика.

Течение — стационарное без резких колебаний с небольшим улучшением.

Диагноз. Психопатическая личность. Шизоид (Verschroben.)

Случай 2-й. Мальчик Р. 10½ лет из интеллигентной семьи, еврей. Наследственность: отец врач, способный научный работник, физически здоровый, рассеянный, вспыльчивый, несколько странный, „всегда в нем было что-то непонятное“ (так говорит о нем его жена). Дед по отцу умер от порока сердца, дядя по отцу страдал эпилепсией, другой дядя увлекающийся, порывистый, несколько странный по своему образу мыслей, часто бывали импульсивные поступки. Мать 34 лет здоровая. Дед по матери в возрасте 35 лет заболел какой-то душевной болезнью, по описанию близкой к шизофрении; умер душевно-больным; по боковой линии деда один случай самоубийства. Бабка умерла при явлениях паралича, страдала болезнью сердца. По боковой линии бабушки — один случай психического заболевания (шизофрения) и два случая самоубийства. Дядя по линии матери с 35-летнего возраста страдает душевной болезнью, которую диагностировали как циклотимия.

Мальчик первый ребенок в семье, беременность и роды норма, физическое развитие правильно. Из болезней перенес дифтерит, корь, воспаление легких. Материальные условия были удовлетворительны. Был здоровым,мышленым ребенком, 5 лет научился читать, охотно читал все, что ему ни попадалось. 6 лет был отдан в детский сад, 8 лет в лесную школу, где проявил себя как трудно воспитуемый ребенок: не подчинялся режиму, срывал занятия всей группы, были нелепые импульсивные поступки. Однажды, рассердившись на одного мальчика, толкнул его в пруд. В школе с ним не справлялись и в 1922 году направили его в школу-лечебницу нашей клиники. Мать характеризовала его тогда как вялого, апатичного, легко подчиняющегося чужому влиянию и неспособного к систематической работе.

Статус. По росту и весу выше всего возраста; питание удовлетворительно. Телосложение ближе к астеническому типу. Диспластичен, длинные тонкие руки нелепо качающиеся, уплощенная длинная грудная клетка, сутулый. Удлиненное лицо с выдающимся на нем толстым широким носом и большим вялым ртом. Незначительный верхний прогнатизм. Мускулатура вялая, очертания мышц не намечены. Кожа тонкая, гладкая. Руки и ноги цианотичны, влажны и холодны; часто потеет. Волосы на голове темные, жесткие, густые; терминальных волос нет. Из лимфатических желез увеличены шейные и подчелюстные, щитовидная железа норма. Половой орган не большой, яички спущены в мошонку. Грудная железа прощупывается. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Нервная система: Черепно-мозговые нервы в норме; зрачки равномерны, реакция на свет несколько вялая. Сухожильные рефлексы слегка повышены, кожные живые, рефлексы слизистых оболочек в норме. Патологические рефлексы отсутствуют. Симптом Ашнера положительный. Чувствительность норма, слух слегка понижен, зрение норма. Активные движения угловаты, неуклюжи, порывисты; тонкие и дифференцированные движения ему плохо даются, плохо пишет, не продвигается в рисовании. По скале д-ра Озерецкого отстает на 2½ года. Много лишних движений (синкенизии). Походка вялая, неуклюжая, развешенная, делает то слишком большие, то маленькие шаги, осанка вялая. Отмечается небольшая гипотония. Мимика вялая, почти маскообразная. Не всегда соответствует эмоциональным движениям. Некоторая парамимия: при смехе лицо невеселое, печально покорное. Голос с гнусавым оттенком. Лаборат. исслед.: реакция Вассермана отрицательная. Реакц. Абергамыдена отрицат. с testes и thyreoidea. Исследовали вегетат. нерв. системы мало резко выраженную ваготонию. Картина крови не представляет отклонений от нормы.

Псих. стат. При поступлении обращает на себя внимание своей неуклюжестью и неповоротливостью, сразу делается посмешищем в детской

среде. Ведет себя нелепо: гримасничает выкрикивает какие-то ругательства. Без конца рифмует, в первый же день сказал одной девочке: „у тебя большой живот, в нем родится бегемот“; себя назвал козлом, а других детей коровами, баранами и ведет себя соответствующим образом, трясет головой, бодается. Импульсивен в своих поступках: вдруг подойдет к товарищу и начнет его колотить. Отмечались и нелепые поступки: забрался однажды на окно верхней уборной и помочился оттуда на стоящий внизу обеденный стол. Спрошенный о мотиве поступка, ответил: „не знаю, мне так сильно захотелось и об этом не стал думать“. Резонер много рассуждает и стереотипен в своем многословии. Всегда рассказывает об одном о том же: о войне 12-го года. В самом процессе рассказывания есть элемент навязчивости, если его прервать он не успокоится и выждет удобную минуту и снова начнет свое повествование с малейшими подробностями. Преобладающее настроение апатичное, ничем не заинтересован, в играх пассивен, подчиняется другим, играет без „души“, без аффективного заряда. В классе занимается неохотно, не интересуется ни работой, ни ее результатом, взятую работу не доводит до конца, выполнение вялое, порывистое, беспорядочное.

При исследовании мало доступен, вяло, апатично, монотонным голосом рассказывает о себе: „я всегда немножко неуклюжий был, я не играл в физические игры, а в такие, что можно без товарищей“. Там же спокойно, не меняя ни голоса ни тона, говорит, что его исключили из школы: „я баловался больше всех, дурачился, смеялся, учительницу назвал „кобылой“; Страхов у себя не отмечает; из явлений навязчивости говорит о том, как часто какое-нибудь слово вертится в голове и не дает покоя. На вопрос, что его интересует, сразу отвечает „больше всего люблю книги“. В беседе сразу улавливает суть поставленного вопроса. Мысль свою формулирует правильно, логические операции ему даются легко. Есть способность к отвлеченному мышлению, но отмечается склонность к мудрствованию и резонерству. Ассоциации правильны, координированы. При свободных ассоциациях часты ассоциации по созвучию: ципать, толкать, брыкать“. По данным лабораторного исследования дает интеллект выше нормы. По Бине + 4 года. По кр. методу Россолимо все плюсы.

Из дневниковых записей за эти три года течение данного случая представляется в следующем виде: Первые два, три месяца без резких изменений. Очень медленно приспосабливается к окружающей обстановке и лишь постепенно втягивается в общую детскую жизнь. К концу первого года пребывания в школе становится спокойнее, начинает подчиняться режиму. Во время классных занятий дисциплинирован, интересуется работой и хорошо успевает; в свободное время меньше неожиданных выходов. Попрежнему малообщителен, держится в стороне от детей. Стал однако значительно живее. Принимает участие в детских спектаклях. Режиму учреждения подчиняется; бывает раздражителен, но видимо старается сдерживать себя. Стал менее неуклюжим, принимает участие в гимнастике и в ручном труде.

Резюме. С ранних лет вялый, неуклюжий, „нескладный“ ребенок. Одинок в детской среде. Нелепое поведение, дурашливость, странные импульсивные поступки. Интеллект выше нормы, с склонностью к отвлеченному мышлению. Хорошая продуктивность в школьных занятиях, большой интерес к книге. Со стороны соматических особенностей астенический Körperbau с диспластическими особенностями. Нервная система: Резко выраженная моторная недостаточность, неуклюжая походка, вялая осанка, гипотония суставов, вялая почти маскообразная мимика, гнусавый голос.

Течение. Отмечается резкое улучшение за последние два года.

Диагноз. Психопатическая личность, пизонд (Verschroben).

Случай 3. Мальчик Д. 12 лет, из интеллигентной семьи, русский. Наследственность. Отец музыкант, замкнутый, мнительный, чрезвычайно застенчивый, часто заикается, общителен лишь в небольшом интимном кругу; слабохарактерен, внушаем, к жизни мало приспособлен. Дед по отцу умер от рака. Бабка замкнутая, властная, неуживчивая, подозрительная, скупая. Дядя энтузиаст, авантюрист хвостун. Мать здорова. Дед по матери умер от прогрессивного паралича; дядя замкнутый угрюмый, странный, патологически скупой; другой дядя способный музыкант и математик, неровный в поведении, то восторженный, то вялый.

Мальчик 1-й и единственный ребенок в семье. Физическое развитие правильно. Рос здоровыммышленным ребенком. 5 лет научился читать. Все быстро запоминал. С ранних лет (3 года) родители стали замечать что ребенок „странный“. Поражала в нем его рассеянность, быстрое пере-скакивание с предмета на предмет, иногда немотивированные поступки, вдруг выбрасывает вещи за окно, часы, ложечку. Периодически увлекается чем нибудь и занимается этим всецело. С 6 лет вдруг стал придумывать длинные арифметические вычисления, через 3 месяца бросил, с 7 лет стал сочинять песенки. Способный в занятиях, в детской среде слывет за дурачка; большая неуверенность в себе, внушаемость по отношению к внешним влияниям. 10 лет впервые поступил в школу, служит шутком и посмешищем для товарищей, хотя учится лучше других. В 11 лет отмечается влюбленность в девочек. Выбирает твердых, волевых, которые над ним издеваются. В это же время отмечаются навязчивые темы разговора, резонерство, ко всем пристаёт и даёт прозвища. В 1923 году был помещен в Школу-Лечебницу нашей клиники. Мать, дававшая сведения о ребенке, отмечает, что ухудшения в поведении мальчика с детства и по настоящее время не наблюдалось; скорее мальчик с течением времени становится лучше, начинает больше интересоваться практической жизнью.

Статус. По росту, весу, объему груди, окружности головы на два года превышает свой возраст. Телосложение астенического типа, отношение конечностей к росту больше нормы, приближается к евнухоидному типу. Шея длинная тонкая, конечности худые, плечи опущены, грудная клетка плоская; мускулатура и подкожный жировой слой слабо развиты, кожа гладкая, эластичная; волосы жесткие, густые, волнистые, местами клочки седых волос. Терминальные волосы отсутствуют. Половые органы соответствуют возрасту; внутренние органы — норма. Нервная система: черепно-мозговые нервы — норма. Сухожильные рефлексы коленный и ахиллов несколько повышены, кожные вялые; патологические рефлексы отсутствуют; конъюнктивальные и глоточные рефлексы живые. Чувствительность N. Слух и зрение хорошие; зрачки равномерны, реакция живая. Мышечный валок намечается, дермографизм белый. Движения обильны, суетливы, много лишних движений. Походка неуклюжая, угловатая; мимика вялая.

Лабораторные исследования. Реакция Вассермана отрицательная. Исследование вегетативной нервной системы дало: лабильность обеих систем, парадоксальную реакцию на пилокарпин. Картина крови не представляет отклонений от нормы.

Псих. статус. При исследовании обнаруживает большой запас сведений, хорошие математические способности. Общий уровень развития выше своего возраста. По Бине соответствует 15 годам. Память хорошая, но неравномерная; хорошо запоминает числа и слова, путает лица. Ассоциации быстрые, задержек не отмечается; много внешних ассоциаций; временами отмечается автоматизм, прилипание к одной и той же теме. Разлаженности мышления нет. Логические процессы правильны. Хорошо устанавливает различие и сходство, правильно умозаключает. Есть склонность к навязчивому мудрствованию. „Почему в школе мало детей, почему меньше девочек“ и т. д., пристаёт до бесконечности, добивается исчерпывающего ответа. Держит себя непринужденно, не смущается новизной обстановки. Очень болтлив и в то же время замкнут и скрытен, не любит говорить о своих переживаниях. Когда речь заходит лично о нем, он или отмалчивается, ходит на другую тему.

В школе играл роль шута, дурачился, придумывал детям прозвища, какие-либо игры с ними у него не налаживались. Внушаем, легко подражает всем. Настроение всегда несколько приподнятое. Аффективная жизнь уплощена, ко всему относится поверхностно, ничто не захватывает его глубоко, и горе и радость — все не падало. В нем нет грубых эгоистических чувств, он не жаден и не зол. К родителям привязан. Большой фантазер, живет в мире своих фантазий, часто забывает действительность. Галлюцинаций и бредовых идей не отмечалось. Наблюдались навязчивые состояния, навязчивый счет. В театре ему вдруг приходит в голову сосчитать, сколько там народу. Придумывает для этого особые способы, считает после закрытия дверей, а в аятракте бежит прибавить опоздавших, считая их по пальцам; наблюдался и навязчивые страхи (боялся мух). В классе не может сосредоточить свое внимание на занятиях. Нет способности к сознательному усилию. Он или автоматически подчиняется другим, или бессознательно нарушает дисциплину, задавая не относящиеся к делу вопросы. Предоставленный самому себе однообразно играет в мяч, делая при этом всякие вычисления высоты подпрыгивающего мяча. Любит игру в шахматы. Есть музыкальные способности, хороший слух. Занятия по гимнастике, ритмике и ручному труду ему не даются. За последние два года резких изменений не отмечается. В 24-м году поступил в музыкальный техникум и хорошо там успеваает.

Резюме. Характерными особенностями данного случая являются: несколько повышенное дурашливое настроение, склонность к стереотипии и нелепому мудрствованию, внушаемость, автоматизм, навязчивый счет, навязчивые страхи, некоторая уплощенность эмоций. Интеллект по данным лабораторного исследования выше нормы. Из соматических особенностей можно отметить астенический тип сложения, евнухоидные особенности, высокий рост. Выраженная моторная недостаточность.

Течение стационарное, без резких колебаний.

Диагноз. Психопатическая личность. Шизоид (Verschroben).

Случай 4. Мальчик С., 12 лет, русский, из интеллигентной семьи. Наследственность — отец страдает навязчивыми состояниями, тяжелый по характеру, неуживчивый, упрямый. Дет по отцу упрямый, своевольный, тяжелый в семейной жизни. Бабка нервна, страдала навязчивыми состояниями, постоянно лечилась. Тетка психологически мнительная, эгоцентрична. Мать слабохарактерная, мягкая, частые боли невралгического характера. Мальчик родился в срок в асфиксии (перекручивание пуповины). Физическое развитие шло правильно. Из болезней перенес: ветреную оспу, коклюш.

Рос вялым ребенком, всегда больше среди взрослых, детей избегал, мотивируя тем, что ему не интересно; не любил игрушек. Всегда был замкнут, жил своим внутренним миром; уж очень рано имел свое сложившееся мирозерцание. Умственное развитие шло хорошо: 5 лет сам научился читать, письмо ему труднее давалось; охотно читал все, что ни попадалось; любил каламбурить, подшучивать над другими. Отличался своей раздражительностью, капризами, сон был беспокойный, часто ночные страхи. В школу поступил 10 лет, с товарищами не сходил, особенно презирал и ненавидел девочек. С родителями был ласков и нежен. Вообще же озлоблен и неуживчив, не любил людей. С 1923 года появляются навязчивые состояния и страхи. Часто высказывает опасения, что случится что-нибудь плохое. Беспокоится о матери, когда она уходит. В 1924 году поступил в Школу-Лечебницу нашей клиники.

Статус: По росту соответствует возрасту, питание ниже среднего, телосложение слабое, выражено астенического типа. Кости длинные, тонкие. Грудная клетка плоская, длинная. Плечи опущены. Лицо удлинённой формы с мелкими чертами. Мускулатура вялая, очертания мышц не намечены.

Жировой слой скудный, кожа гладкая, бледная. Руки и ноги влажны, слегка цианотичны. Волосы темнорусые, мягкие. Терминальных волос нет. Лимфатические железы увеличены Polyadenitis, щитовидная железа в норме, яички спущены в мошонку, Penis соответствует возрасту. Со стороны внутренних органов — ослабленное дыхание под правой верхушкой. Частые тоны сердца; легкая возбудимость сердца. Желудочно-кишечный тракт: пониженный аппетит, частые колиты. Нервная система: черепно-мозговые нервы в норме; повышенные сухожильные рефлексы на верхних и нижних конечностях, брюшные вялые, рефлекс Cremaster'a в норме. Зрачки средней ширины, реакция живая. Чувствительность всех видов в норме. Зрение и слух норма. Красный дермографизм быстро получается и долго держится. Движения медленные, неуклюжие. Осанка вялая, держится сутуло, походка несколько неуклюжая. Мимика осмысленная, адекватная переживаниям, голос высокий, визгливый.

Психический статус. Мало доступен, недоверчиво подозрителен при исследовании. Выражение лица напряженно-серьезное, иногда кривая улыбка; тон взрослого человека. В беседе обнаруживает хорошую ориентировку в окружающем. Большой запас сведений, но знания его поверхностны и отрывочны. Речь льется плавно, не затрудняется в подыскивании слова. Логические операции правильны, ответы удачны. При установлении различия и сходства сразу улавливает существенное. Хорошо дает определение абстрактных понятий, охотно пускается в рассуждения, любит говорить о „высоких материях“. По данным экспериментально-психологического исследования дал высокий интеллект. По шкале Бине на 2 года выше возраста. По методу психологических профилей пр. Россомо дает высокий профиль. При хорошо развитом мышлении отмечается некоторый элемент навязчивости, часто топчется на месте; прилипает к какой-нибудь теме. Ассоциативные процессы правильны.

В школу поступил охотно, медленно и плохо приспосабливается в новой обстановке. Не сходится с детьми, не принимает участия в играх. Настроение апатичное, иногда несколько угнетенное, с оттенком озлобленности. Преобладает какой-то отрицательный чувственный тон к жизни и людям: „все ему не нравится, все его обижает“, продолжительная ненависть и злоба к обидчикам его. Сам любит зло поддуть, исподтишка задевает детей. Товарищами не любим. Постоянно резонирует, все критикует, много говорит о справедливости, сам же резко эгоцентричен, всюду отстаивает свои интересы. Прежде чем приступить к какой-нибудь работе, долго рассуждает, действует неохотно. Склонен копаться в себе. Резко бросается в глаза его крайняя медлительность; медленно ест, одевается; во всякой работе последний. Несмотря на достаточный интеллект, в школе продуктивность его не велика, благодаря низкому психическому тону и неспособности к напряжению; мешает в работе также медлительность, автоматизм и навязчивость мышления. В занятиях связанных с физическими упражнениями и ручной умелостью отстает от других детей (физкультура, ручной труд, рисование). За все время наблюдения резких изменений в психике мальчика не наблюдалось.

Резюме. Интравертированный тип, (аутистическая установка внутрь себя). Мышление абстрактного типа. Наклонность к резонерству. При хорошем интеллекте продуктивность понижена, благодаря низкому психическому тону. Эгоцентричен. Повышенная самооценка, очень легко уязвимое самолюбие. Общий фон эмоциональной жизни раздражительно-угрюмый, иногда с параноидальным оттенком. Наклонность к навязчивым состояниям. Со стороны соматической: слабое телосложение астенического типа. Явления туберкулезной интоксикации. Со стороны нервной системы: повышение сухожильных рефлексов, недостаточность двигательной сферы.

Течение стационарное.

Диагноз. Психопатическая личность, шизопд (Verschroben). Часть психастенических черт может быть объяснена туберкулезной интоксикацией.

Случай 5. Мальчик К. 13 лет, русский, из интеллигентной среды.

Наследственность: отец умер 43 лет при явлениях мiliaryного туберкулеза. Был одаренный человек, писал стихи. Тяжелый по характеру, скрытный, злопамятный, раздражительный, неустойчивый, азартный игрок в карты. Дед по отцу — неуравновешенный беспринципный, властный, деспотичный. Бабка — экзальтированная, взбалмошная: разошлась с мужем имея 13 человек детей; дядя — беспутный и ленивый, азартный игрок в карты. Тетка странная, эксцентричная. Мать — 40 лет, считает себя здоровой. Дядя по матери страдает эпилепсией.

Мальчик родился здоровым. В полтора месяца появилась экзема, которая продолжалась до 4 лет, после чего осталась сухость кожи. Раннее детство протекло тяжело, частые кишечные расстройства, болел рахитом.

Физическое развитие правильно. Из болезней перенес корь, плеврит. С детства enuresis nocturna (до 12 лет). Рос слабым впечатлительным ребенком, всегда среди взрослых, товарищей не любил. Играл один, сам придумывал игры. Был раздражителен, капризен, настойчив в своих требованиях, часто кемотивированное упрямство. Очень болтливый, с трех лет стал рифмовать. Читать научился в 5 лет, читал запоем все, что попадалось. В школе начал учиться с 8 лет, хорошо успевал. С детства ночные страхи. С 1921 года стал более раздражительным, дерзким, упрямым. В Школу Лечебницу поступил в 1922 году.

Статус. По росту соответствует 15 годам, но весу — своему возрасту. Длинноногий, узкоплечий, узкогрудый. Телосложение слабое, астенического типа. Лицо большое вытянутое, неправильные черты лица; шея длинная, тонкая; плечи приподняты, узкие. Курная грудь, правосторонний сколиоз. Мускулатура вялая, плохо развита, подкожный жировой слой скуден. Кожа серовато-бледная, чрезмерно сухая, толстая, грубая, шелушащаяся; слизистые бледноватые. Увеличены бронхиальные железы; щитовидная железа в норме; половые органы соответствуют возрасту, вторичные половые признаки отсутствуют. Со стороны внутренних органов выдох правой верхушки, анемические шумы на венах, в остальном норма.

Нервная система. Повышенные сухожильные рефлексы, патологических нет; кожные рефлексы и рефлексы слизистых оболочек в норме. Зрачки равномерны, реакция живая; черепномозговые нервы — норма. Дермографизм слабозеровый, вяло возникающий. Смычком Aschner'a положительный. Походка несколько нервная, подпрыгивающая. Движения угловатые, иногда размашистые, иногда как бы заторможенные и сдержанные. Но скале д-ра Озерецкого — отстает на 2½ года. Мимика осмысленная, несколько вялая. Голос низкий, хриплый. Слух и зрение в норме. Сон спокойный.

Данные лабораторного исследования. Кровь — гемоглобин 75%, эритроцитов — 4.730.000, лейкоцитов — 7.600.000. Лейкоцитарная формула, кроме лимфоцитоза, отклонений от нормы не имеет. Реакция Abderhalden'a с щитовидной железой и testis дана отрицательный результат. Реакция Вассермана отрицательна. Исследование вегетативной нервной системы дало небольшую симпатикотомию. Рентгенологическое исследование черепа не дало никаких отклонений от нормы. По поводу сухости кожи, мальчик был направлен в кожную клинику, где диагностировали ichthyosis levis дегенеративного происхождения.

Псих. стат. Охотно подвергается исследованию. Тон и манеры взро- слого человека. Корректен, сдержан в движениях, обращение утрировано- светское. Речь по годам литературна, витиевата. Частые афоризмы и каламбуры. Себя характеризует как уравновешенного, спокойного: „я очень сдержан, — говорит он, — раньше был нервный, были какие-то

страхи, он их плохо помнит. Подробно рассказывает о своем раннем детстве, помнит, что не любил играть с товарищами, сам придумывал игры. Больше всего правилось фантазировать: „в камне жили какие-то существа, которые делились на три типа, каждый со своим названием“. В течение нескольких лет он считал себя связанным с каким-то существом, сначала это была муха, а потом человек: „я хорошо помню этот дом и квартиру, где они жили. Однажды у этого существа родился сын, и с тех пор я каждый год в определенный день праздновал день рождения сына“. Словоохотливый и легко доступный в начале исследования, сразу замкается, когда речь заходит об его интимных переживаниях, сразу недоверчив, скрытен, скуп на слова. В беседе обнаруживает большую педантичность. Развит не по летам. Большой запас сведений в общественно-политических вопросах, высказывает свои убеждения, которые, как он говорит, для него священны: „если факты говорят против моего убеждения, я должен постараться найти ошибку в этих фактах“. Мышление правильное, достаточно полное и ясное, выражено абстрактного типа. Лучше оперирует отвлеченными понятиями, схемами, чем конкретными образами. Ответы слишком растянуты. Отмечается наклонность к резонерству, мудрствованию и к излишней детализации, например, на вопрос: „что такое чашка?“ ответ: „чашка предмет, сделанный из стекла или глины, имеющий выемку, употребляемый для питья“; — стол? — ответ: „кусок дерева, применяемый только для домашнего обихода, обязательно имеющий площадь и несколько ножек“.

По экспериментально-психологическим исследованиям обнаруживает интеллект выше нормы.

В школе держится особняком, к детям относится снисходительно или насмешливо, не пользуется у них авторитетом. Они его называют „говорящим“, не припадает участия в детских играх. Настроение спокойное, без резких колебаний и аффективных всплесков. Часто вял и апатичен. Отмечались также периоды возбужденного состояния, тогда двигается более обычного, дурачится, пристаёт ко всем. Он сам так описывает эти состояния: „находят иногда такие минуты, когда начинаю болтать, говорить глупости, потом сам отшучусь к этому отрицательно, но не всегда могу справиться; меня настаёт что-то“. На фоне спокойного настроения и некоторой аффективной вялости резко контрастирует его страстная привязанность к матери; он порывисто нежен с ней, ласкается, и провозжает со слезами на глазах. Режаму в общем подчиняется, лишь изредка обнаруживает вспышки упрямства; какое-то немотивированное упорство в мелочах. Педагог предлагает подвигнуться за обеденным столом, он заявляет: „я принципиален и педантичен и потому не подвигнусь“. В классе работает усердно. Педантичен, аккуратен; бескомпромиссен там, где требуется ручная умелость; ручной труд, гимнастика ему не даются. В свободное от занятий время, если не читает, то бродит бесцельно. Ничем самостоятельно не занимается; надоедлив, навязчив, пристаёт с бесконечными повторяемыми вопросами. Неоднократно спрашивал всех встречных: „сколько голосов получили различные партии на английских выборах“; „какие лучшие породы кроликов“ и т. д. Пишет нелепые записки врачам и педагогам, вложил одному из врачей в карман билет: „почетный член общества жареных собак“, в другой извещает, что „собирается читать лекцию о количестве питательных веществ, содержащихся в вате“. На ряду с этим пишет хорошие доклады на политические темы, печатает содержательные статьи в детском журнале, и некоторые из них даже говорят о литературной одаренности мальчика (стиль публициста, с юмористическим уклоном). За время пребывания в школе отмечается значительное улучшение: стал более спокойным и работоспособным, менее неуклюж, работает в столярной мастерской, иногда даже принимает участие в уроках гимнастики и ритмики.

Резюме. Интеллект выше нормы; можно говорить также о некоторой литературной одаренности. И на ряду с этим впечатлительные чего-то странного, чудаковатого. Это впечатление создается

благодаря наклонности к нелепому мудрствованию и частым приступам дурашливости. В области эмоций общий спокойный аффективный тон и, вместе с тем, сильная нежность к немногим близким лицам. Со стороны соматики: высокий рост, телосложение евнухоидного типа, астенический Körperbau, сухость кожи (Ichtyosis levis), явления туберкулезной интоксикации. Первая система: повышенные сухожильные рефлексы, манерная подпрыгивающая походка, вялая мимика, моторная недостаточность.

Диагноз: психопатическая личность пизоид (Verschroben).

Случай 6. Мальчик П. 12-и лет из интеллигентной семьи, русский. Наследственность: отец патологически рассеянный Правдивый, честный, даровитый, писал стихи и рассказы, способный к математике. Дед по отцу — самодур, деспот, плохой семьянин. Бабка — капризная, своенравная. Дядя — талантливый математик. Тетка — пианистка. Мать эгоистичная, сварливая, азартно играла в карты, не интересовалась детьми; в возрасте 30 лет обнаружила „клептоманию“: брала вещи у знакомых, крада в магазинах. Музыкально одарена, выступала в концертах. Импровизирует.

Мальчик родился в срок, физическое развитиешло правильно. Из перенесенных заболеваний отмечает: скарлатину, корь. С раннего детства был тихим ребенком; больше сидел по углам, набегал детей, не любил ласкаться. Был неуклюжий „медвежонок“, горбился, плохо бегал, очень редко шалил. С малых лет отличался своей рассеянностью, часто задумывался, смотрел в одну точку. Чуткий, мягкий, правдивый; всегда послушный, но нередко бывали приступы немотивированного упрямства, тогда с ним ничего не сделаешь. Умственные способности удовлетворительные. В школе начал учиться с 8-и лет. Занимался вяло, ничем особенно не интересовался, шел средним учеником. Отличался большим упорством в работе, если займется чем-нибудь — трудно оторвать. Жил в хороших материальных условиях до шести лет. Моральная обстановка была тяжелой, был заброшен матерью. В 6 лет был взят сестрой на воспитание, у которой жил до 12 л. Очень рано мальчик стал обнаруживать музыкальные способности, особую впечатлительность к звукам. В 3 года уж сам подбирал на рояле. Систематически музыке не обучался до 1922 года, когда был помещен в Школу Лечебницу нашей клиники.

Статус. По росту соответствует возрасту, питания ниже среднего; худощав. Телосложение: тип невыраженный ближе к астеническому, длинноногий. Плечи широкие прямые, сутулый, отстоящие лопатки. Незначительный правосторонний сколиоз. Грудная клетка плоская, длинная. Подкожно-жировой слой и мускулатура выражена удовлетворительно Polyadenitis. Половые органы соответствуют возрасту, вторичные половые признаки отсутствуют. Со стороны внутренних органов: реакий выдох в области правой верхушки. Частый пульс. Первая система: Черепные нервы в норме, зрачковая реакция живая, сухожильные рефлексы живые, особенно коленные; кожные и рефлексы слизистых оболочек в норме. Патологических рефлексов нет. Красный дермографизм. Положительный симптом Aschner'a. Чувствительность всех видов в норме. Зрение и слух — норма.

Движения несколько медленные, сдержанные. Походка раскачивающаяся. Мимика вялая.

Лабораторные исследования. Картина крови: гемоглобина 70%, красных кровяных шариков 4.350.000, белых—7.400. Лейкоцитариза формула; значительный лимфоцитоз. Исследования мочи не дало ничего патологического. Реакция Вассермана отрицательная. Реакция Abderhalden'a — с цитовидной железой и testes — отрицательна. Исследование вегетативной нервной системы показало лабильность обеих систем.

Статус. При поступлении в школу очень медленно приспосабливается к новой обстановке, избегает детского общества, мотивируя тем, что они ему мешают думать, слишком шумят. При исследовании поза напряженная,

лицо серьезно сосредоточенное, ощущая на себе чужой взгляд, становится еще более пасторожке. Мало доступен, скуп на слова, сильно затрудняется при подыскивании слова. Достаточно ориентирован в окружающем. Ассоциации его правильны, преобладают смысловые. Логические операции удовлетворительны, хорошо обобщает, правильно умозаключает, отмечается только некоторая медлительность; По скале Вине соответствует 15-летнему возрасту. При исследовании по методу психологических профилей дал хорошее внимание, удовлетворительную память и достаточные высшие процессы (осмысление и комбинирование). В классе усидчив, старателен, терпеливо и упорно работает, напряженно сосредоточенно вслушивается в слова преподавателя. Занимается неравномерно, то очень долго, в течение нескольких часов сидит над работой, то вдруг, несмотря на кажущийся сосредоточенный взгляд, уходит в себя, не слышит обращенного к нему вопроса. Патологически рассеян, внимание отвлекается не внешними, а какими-то внутренними моментами. Вне уроков ходит одиноко сторбившись, не делая попыток сближения с детьми; взгляд рассеянный. Молчалив, иногда не делится своими мыслями. В обращении с другими деликатен, мягок. При внешней вялости гиперэмотивен и чуток. Глубоко чувствует красоту в природе. Очень остро переживает малейшую обиду, сразу плачет, стремится уединиться. Перенесенные неприятности помнит длительно. Эмоции его глубоки. Привязан к сестре. Получив от нее письмо, прячется в укромном уголке, чтоб его прочесть, избегает читать его при свидетелях, терпеливо дожидается, пока его не оставят одного. Правдив, педантичен, всегда стоит на принципиальной точке зрения. В столкновениях с товарищами никогда не уступит, мелочен, не умеет повать случайности, недоразумения. Режиму учреждения подчиняется. Резкого негативизма, как и *Befehlsparthomathie*, не наблюдалось. В классной работе отмечается склонность к автоматизму: занявшись работой (переписыванием) не может ее бросить. Музыкально одарен, имеет хороший музыкальный слух, богатую музыкальную память, недурные пластические способности. В течение 2½ лет пребывания в школе, втянулся в общую детскую жизнь, принимает участие в детских организациях, стал более живым и подвижным, часто играет с детьми, охотно занимается гимнастикой. В игре оживляется, имеет бодрый, веселый вид. Попрежнему замкнут, молчалив. К товарищам ровное и спокойное отношение, ни с кем не близок. Сделал большие достижения в классных занятиях и в музыке.

Резюме. Маленький старик, замкнутый, молчаливый. Стремление к одиночеству и тишине, чтобы уйти в свой внутренний мир. Внешне вял и апатичен, в то же время впечатлительный чуткий, склонный к глубоким переживаниям. Интеллект нормальный. Продуктивность интеллектуальной работы несколько тормозится патологической рассеянностью и склонностью к автоматизму. Музыкально одаренный. Телосложение слабое, явления туберкулезной интоксикации. Моторная недостаточность, несколько выравнивавшаяся в последнее время.

Течение: значительное улучшение за время пребывания в Школе-Лечебнице. **Диагностика:** Психопатическая личность, шизоид. (*Verschroben*).

Несмотря на различные клинической картины, приведенных нами случаев, мы считаем возможным выделить то общее, что объединяет всю группу шизоидных психопатий. Оно сводится к след. особенностям:

1. Своеобразный тип мышления а) склонность к абстрактному и схематическому (Привнесение конкретного не повышает, а лишь затрудняет мыслительные процессы). в) Эта особенность мыслительных процессов часто сочетается у них с склонностью к резонерству и нелепому мудрствованию (см. сл. 1, 2, 4 3, 5). Последнее кладет своеобразную печать чудачества (*Verschrobenheit*).

2. Аутистическая установка. Все дети этой группы держатся особняком в детской среде, трудно к ней приспособляются и никогда не сливаются с ней целиком. Сл. 1, 2 и 3, сразу при поступлении в школу делаются посмешищем среди детей. Сл. 4 и 5, несмотря на то, что общий уровень их значительно выше остальной детской массы, не пользуется там авторитетом, их называют „говорильня“. Сл. 6, сам избегает детского об-ва, оно его травмирует.

Наклонность к одиночеству, нелюдимость отмечается у всех этих детей с раннего детства. Они держатся дичком, избегают шумных игр, предпочитают им фантастические рассказы и сказки.

3. В области аффективной жизни, некоторая уплощенность и поверхность эмоций (сл. 2, 3, 5). Последняя часто сочетается с тем, что удачно названо Кречмером психэстетической пропорцией настроения. Эта смесь анестетического и гиперстетического элемента может быть прослежена во всех наших случаях. В 1-м случае — аффективная вялость и чрезмерная чувствительность в одно и то же время, во 2-м случае — на фоне выраженной аффективной вялости повышенная раздражительность, доходившая до сильных аффективных вспышек (то что Блейзер назвал судорога и паралич аффекта). 5-й случай — общий спокойный эмоциональный тон, аффективная вялость и, вместе с тем, экзальтированная нежность к немногим близким лицам 4-й сл. — угрюмый, ворчливый анзагтроп и нежный, ласковый, любящий сын.

4. Далее следуют особенности, как: а) склонность к автоматизму (сл. 1, 2, 3, 4 и 6), проявляющаяся в прилипании к начатой работе, негибкая психика, с трудом приспособляющаяся к новому, в) импульсивные целеные поступки (сл. 1, 2, 3), с) дурасильность в поведении, склонность к рифмованию, стереотипному придумыванию новых слов (сл. 1, 2, 3, 5), д) склонность к навязчивым состояниям (сл. 1, 2, 3, 4), е) повышенная внуязаемость (сл. 1, 3 и 6). Выраженного негативизма мы не наблюдали. Немотивированное упрямство в двух случаях (сл. 5 и 6).

5) Во всех наших случаях можно было отметить выраженную моторную недостаточность; неловкость, неуклюжесть, угловатость движений, обилие лишних движений, синкенизии (сл. 1, 2, 3 и 4). Недостаточность мимики и выразительных движений, малверность (сл. 2, 4, 6). Особенности речи: Недостаточно модулированная речь (сл. 1, 2, 3).

По вопросу о соотношении Кёргегвай и психического склада, наши данные как будто подтверждают установленный Кречмером

соматопсихический синдром: все наши шизоиды астенического телосложения. Но принимая во внимание, что наш материал относится к пренубертатному возрасту, когда в норме преобладают астенико-диспластические типы, мы не считаем возможным придавать какое-либо значение нашим данным. То же относится и к часто встречаемому у нас сочетанию туберкулезной интоксикации с шизоидной конституцией. Последнее не является показательным, в виду большого процента туберкулеза и среди других детей.

Описанная нами симптоматология шизоидных психопатий близка к тому, что дано Кренелином в его типе Verschroben и Кречмером в шизоидной группе. Основные признаки шизоида: данные Кречмером, как аутизм и психэстетическая пропорция, проходят красной нитью и через все наши случаи. Но что является у нас наиболее характерным и что всегда служило нам опорным пунктом дифференциальной диагностики, — это отмеченные выше особенности психомоторной сферы и отчетливо выраженная моторная недостаточность. Эти данные, проверенные на большом клиническом материале, могли бы иметь значение для решения вопроса о биолого-патогенетической подкладке шизоидной психопатии. Моторная недостаточность, сопровождающаяся целым рядом других симптомов, как слабость мимики и выразительных движений, особенности речи и голоса, может быть рассматриваема, как аномалия развития определенных мозговых систем. Таким образом, на основании клинических данных удалось бы подвести биолого-патогенетический фундамент под понятие „шизоид“. Сходство внешней картины шизоидных психопатий и шизофрении тогда можно было бы объяснить их общей локализацией. Наши данные слишком немногочисленны, что бы прийти к каким-нибудь выводам, но они достаточны, чтобы поставить этот вопрос.

Дифференциальную диагностику случаев шизоидной психопатии приходится проводить в нескольких направлениях. В более тяжелых случаях, с более обильными шизоидными симптомами, возникает вопрос об отграничении их от шизофрении. Исключить шизофренический процесс нам удалось на основании отсутствия прогрессивности течения: Во всех наших случаях шизоидные симптомы имели свое начало в раннем детстве. Дальнейшее их развитие идет параллельно с ростом личности и не дает никаких поводов к диагностике шизофренического сдвига. Ни в одном из наших случаев мы не имели понижения интеллекта, которое могло бы вселить подозрение о шизофренической деградации. Все наши случаи прослежены в течение нескольких лет. В 1-м случае имеются большие достижения в смысле живописи и музыки, 2-й — хорошо успеваает в школе и значительно выравнивается по характеру, 3-й несмотря на свою чудаковатость и нелепость, хорошо успеваает в музыкальном техникуме.

Не менее трудными в дифференциально-диагностическом отношении являются остальные три из приведенных нами случаев, которые приходится дифференцировать с нормой.

Отдельные шизоидные особенности нередкое явление и у нормального ребенка. Дети часто гримасничают, стереотипно повторяют одно и то же слово, придумывают новые слова и т. д. Многие авторы указывают на существование кататонических особенностей у детей, склонность к perseverациям, эхололии, стереотипии в рисунках и т. д. Widermuth проводит параллель между расщеплением личности шизофрена и тем состоянием двойственности, которое наблюдается у нормального ребенка. Симптомы негативизма и повышенной внушаемости чаще других встречаются в детском возрасте.

Наиболее выпуклы и обильны шизоидные особенности, в так называемых критических периодах детства. Такими являются возраст 3—4 лет, 7-летки и в особенности пубертатный возраст.

Клиническая картина пубертатных изменений очень напоминает выше описанную симптоматику шизоидных психопатий. Пубертатный период характеризуется отрывом от действительности, повышенной фантастикой, стремлением ко всему отвлеченному, к философствованию и мудрствованию (период „философской интоксикации“ по Ziehen'у). Ziehen, Lange, Schneider и др. авторы отмечают в пубертатном периоде ряд кататонических симптомов: склонность к стереотипии, вычурности и напыщенности стиля к странному построению фраз. Lange отмечает у девочек дурашливость в поведении, манерничанье, застенчивость; у мальчиков грубость, отказ от всех обычных традиций, склонность заниматься „высокими проблемами“.

По соматическим особенностям пубертатный период близок к тому, что описано у шизоидных психопатов: астенический Kögbergbau, диспластические особенности, неравномерность развития отдельных членов, преобладание Unterlänge и др.

Характерной особенностью этого периода являются еще расстройство моторной сферы. Движения неловки, угловаты; дети в этом периоде все роняют, опрокидывают, часто спотыкаются. Подробно останавливается на этом вопросе „моторного кризиса“ Homburger. Он отмечает, что все эти расстройства очень сходны с тем, что мы имеем у шизофренов, и рассматривает их как расстройства экстрапирамидной системы. В пубертатном периоде это расстройство временное, при шизофрении длительное.

Из приведенного обзора пубертатных изменений видно, что их легко смешать с шизоидными психопатиями. Во всех наших случаях шизоидные особенности начинаются с раннего возраста и не могут быть истолкованы, как психофизические особенности пубертатного периода.

Далее при дифференциальной диагностике шизоидных психопатий приходится принять во внимание, что отдельные шизоидные симптомы могут возникнуть и экзогенным путем. Сюда относятся прежде всего психопатические изменения характера под влиянием энцефалита и др. мозговых заболеваний и отравлений. О постэн-

дефальтитических изменениях характера существует большая литература. На ряду с расстройствами в моральной сфере и дистимическим симптомокомплексом, отмечались и кататонические явления (из русских авторов см. работу М. О. Гуревича).

О „шизоидизации“ характера под влиянием наркотиков пишет М. Я. Серейский.

В детской практике очень часто приходится наблюдать сдвиги характера в смысле шизоидного симптомокомплекса под влиянием длительно действующих психогенных факторов (влияние плохой среды и воспитания). К этой группе относятся дети, с ранних лет жившие в детских домах, плохо поставленных, и лишенные любовного ухода. У них часто отмечается эмоциональная тупость, негативистические выходы. Этот тип детей был описан в Берлине Крамер'ом. Д-р Сегалов назвал его „приютское одичание“. (Нами этот тип был описан в 1923 году в работе „Материал Врачебно-Наблюдательного пункта в психиатрической обработке“).

В большинстве наших случаев экзогенный момент можно исключить на основании подробного изучения личного анамнеза: 1) отсутствие патогенных факторов, как в форме мозговых заболеваний, отравлений или влияние дурной социальной среды и 2) стационарное состояние симптомов, все они существуют с раннего детства.

В литературе детских психопатий шизоидные типы (или Verstroben по Кренеляну) описаны не были. Rinderknecht (из клиники Блейлера) описывает несколько случаев, имеющие некоторые общие черты с шизоидными психопатами (все они в возрасте выше 16 лет). Это субъекты, у которых уже в раннем детстве отмечается аутизм, склонность к негативистическим поступкам, частые гебефреинические или кататонические состояния возбуждения. После пубертатного возраста появляется антисоциальные тенденции. Автор называет эти случаи Kriminelle Heboide и относит их к особой группе шизофрении, не имеющей тенденции прогрессивности и не дающей исхода в слабоумие.

Близким к случаю Rinderknecht является тип антисоциальных субъектов, описанных Meggendorfer'ом под названием Parathymie. Автор также считает эти случаи особой разновидностью шизофрении. В этой последней работе так же, как и у Rinderknecht, понятие шизофрении берется очень широко. Признак, который мы считаем характеризующим шизофрению. — прогрессивность является здесь необязательным.

Исходя из такого расширенного понимания шизофрении, и наши случаи могли бы быть некоторыми авторами занесены в число латентных и легких шизофрений. Является вопрос, что дает клинической психиатрии такое расширенное понимание шизофрении. Облегчает ли оно психиатрическую диагностику или поведет еще к большей путанице и смешению понятий. В последнее

время снова подымается вопрос об отграничении шизофрении. „Понятие шизофреники переходит в повседневность“, пишет Эвальд, „шизофреники мы встречаем на каждом шагу; это повело к тому что психиатры перестали понимать друг друга, что один называет нормальным, другой считает уже шизотимиком и шизоидом; там где один видит реактивную лабильность и психопатические черты, другой говорит о шизоиде и шизофреники“.

В спорном вопросе о шизоидных психопатиях наш детский материал является очень показательным. Процессы шизофренической дегенерации гораздо демонстративнее у ребенка: здесь шизофренический процесс дает больше ущерба, так как наряду с разрушением зрелой психики происходит еще процесс недоразвития зачатков.

Тем более поучительны случаи, подобные нашим, где, при раннем появлении шизоидных симптомов и при стационарном их состоянии, не только нет признаков упадка психики, но идет постоянный рост и прогресс личности.

Прослеженные нами случаи заставляют нас прийти к выводу, что существует группа психопатов, имеющих в своей клинической картине некоторые общие черты с шизофренией (шизоидные психопаты), которые однако значительно отличаются от нее по своему патогенезу.

Вопрос о биолого-патогенетической подкладке этих форм в настоящее время не идет дальше отдельных гипотез. Наиболее соответствует клиническим фактам то предположение, что в основе шизоидных психопатий лежит врожденная недостаточность тех систем, которые страдают и при шизофреническом процессе под влиянием других факторов.

В заключение выражаю благодарность проф. М. О. Гуревичу за руководство в работе.

Л и т е р а т у р а.

1. *Bleuler*. Handbuch der Psychiatrie.
2. *Bleuler*. Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. ZNpt B. 78.
3. *Bleuler*. Kretschmers Buch „Körperbau und Charakter“. Refer. Allg. Zeit für Psych.
4. *Beringer* und *Düser*. Über Schizophrenie und Körperbau ZNpt BD, 69.
5. *Bunke*. Die Auflösung der Dementia praecox.
6. *Birnbaum*. „Körperbau und Charakter“. Refer. Klinisch. Wochen. 1922, № 1.
7. *Bausch*, W. Untersuchungen über Körperbau und Psychosen, ZNpt. 94.
8. *H. Claude, A., Borel et G. Robin*. „La constitution schizoïde“. L'Encéphale. 1924, № 4.
9. *H. Claude, A. Borel et G. Robin*. „Démence précoce, schizomanie et schizophrénie“. L'Encéphale, 1924, № 3.
10. *H. Claude, E. Minkowschi et Tissv*. Contribution à l'étude des mécanismes schizoïdiques. L'Encéphale. 1925.

11. *Detenhoff*. „Über die Schizoide Konstitution“. Monat. für Psychiatrie. BD 55.
12. *Ewald*. „Schizoid, schizophrenie und Schizothymie“. ZNPt BD, 66.
13. „ „Temperament und Charakter“. 1924.
14. „ „Die Biologischen Grundlagen vom Temperament und Charakter und ihre Bedeutung für die Abgrenzung der Man. depr. Irres.“ ZNPt, 77.
15. *Ewald*. „Schizoid und Schizophrenie im Lichte lokalisatorischer Betrachtung“. Monat. für Psych. BD, 55.
16. *Гашушкин, И. Б.* Постановка вопроса о шизофренической конституции.
17. *Grubbe*. Historische Bemerkungen zum Problem Charakter und Körperbau.
18. *Гуревич, М. О.* „Об изменениях характера у детей в связи с органическими заболеваниями мозга“. Вопросы педологии и детской психоневрологии.
19. *Haenckel*. Körperbaustudien an Schizophrenen ZNPt, 89.
20. „ „Körperbaustudien an Zirculären, ZNPt, 92
21. *Hoffman*. Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen, 1921.
22. „ „Vererbung und Seelenleben.
23. „ „Schizothym. — Cyclothym. ZNPt, 82.
24. *Hombarger*. Über die Entwicklung der Menschlichen Motorick und ihre Beziehung zu den Bewegungstörungen der Schizophrenen.
25. *Kahn*. Schizoid und Schizophrenie im Erbgang, 1923.
26. „ „Zur Frage des Schizophr. Reactionstypus“. ZNPt, 61.
27. *Kehrer und Kretschmer*. „Die Veranlagung zur Seelischen Störungen“, 1924.
28. *Kraepelin*. Psychiatrie. 8 Auflage. IV Band.
29. *Kolle*. Ein Betrag zum Thema „Körperbau und Charakter“. Archiv für Psych. B. 72.
30. *Kolle*. „Erwiderung auf die Bemerkung Kretschmers zu meiner Arbeit, der Körperbau der Schizophrenen“. Arch. für Psych. 73.
31. *Kretschmer*. „Körperbau und Charakter“.
32. „ „Das Konstitutionsproblem in der Psych.“ Klinische Woch. 1922, № 1.
33. *Kretschmer*. „Konstitution und Rasse“.
34. „ „Bemerkungen zu der Arbeit von Kolle über Körperbau der Schizophrenen“ ZNPt, 92
35. *Kramer*. „Die Bedeutung von Milieu und Anlage“.
36. *Künckel*. „Die Kindheitsentwicklung der Schizophrenen“. Monat. für Psych. B. 48.
37. *Jacob und Moser*. „Messungen zu Kretschmers Körperbaulehre“. Arch. für Psych. B. 70.
38. *Lange, S.* „Katatonische Ercheinungen im Rahmen Manischer Erkrankungen“.
39. *Loewi, M.* „Dementia praecox und interm. psych. Schicht“.
40. *Mautz*. „Über Schizophrenie mit pyknischen Körperbau“. ZNPt B. 86.
41. *Mayer Gross*. „Zum Problem des Schizophrenen Reactionstypus“ ZNPt B. 76.
42. *Möllenhoff Th.* Zur Frage der Beziehungen zwischen Körperbau und Psychose. Arch. f. Psych. B. 71.
43. *Mischel Rudolf und R. Weber*. „Körperbau und Charakter“. Arch. f. Psych. B. 71.
44. *Meggendorfer*. Klinische und genealogische Untersuchungen über Moral insanity. ZNPt B. 66.
45. *Munz*. Die Reaction des Pyknikers im Rorschachschen Psychodiagnost. Versuch. ZNPt.
46. *Olivier*. Der Körperbau der Schizophrenen. ZNPt B. 80.
47. *Popper*. Notits zu Kahn's „zur Frage des Schizophrenen Reactionstypus“. ZNPt . 66.

48. *Rönderknecht, G.* Über Kriminelle Heboide.
49. *Von Rohden, T. und W. Gründler.* „Über Körperbau und Psychose“. ZNpt B. 95.
50. *Rüdin.* Zur Vererbung und Entstehung geistiger Störungen, 1923.
51. *Schneider, A.* Über Psychopathien im Dem.-praecox familien Allg. Zeutsch. f. Psych. B. 79.
52. *Schneider, Kurt.* „Die Psychopatischen Persönlichkeiten“.
53. *Schultz.* Schizophrenie mit pyknischen Körperbau“. ZNpt. B. 88.
54. *Sioli, Kloth, Meyer.* „Die Lehre Kretschmers über Körperbau und Charakter“.
55. *Sioli und Meyer.* Bemerkungen zu Kretschmers Buch „Körperbau und Charakter“. ZNpt 80.
56. *Stern, Piper.* Zur Frage der Bedeutung der Psychophysischen Typen Kretschmer's. ZNpt B. 84.
57. *Stern, Piper.* Kretschmers psychophysischen Typen und die Rassenformen in Deutschland. Arch. für Psych. B. 67.
58. *Strohmayr.* Zur Genealogie der Schizophrenen und des Schizoids ZNpt B. 95.
59. *Stierwald.* Erkennung und Behandlung der Psychop. im Kindesalter. ZNpt B. 45.
60. *Сергейский, М. Я.* „Конституция наркоманов“. Труды психиатр. Клиники. 1924 г.
61. *Севаков, Т. Е.* „Примотское одичание“.
62. *Widermuth.* Schizophrenen Zeichen bei gesund. Kind.
63. *Willmans.* „Die Schizophrenie“. ZNpt, 78.
64. *Шуберт, М. Ю.* Психофизич. типы у душевнобольных. Журнал психологии неврологии и психиатрии.
65. *Zichen.* „Das Seelenleben der Jugendlichen“.
Примечание. ZNpt — Zeit für die ges. Neur, und Psych.
-