

О ПАВЛОВСКОМ «ОХРАНИТЕЛЬНОМ» ТОРМОЖЕНИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И О ТОРМОЖЕНИИ ЗАСТОЯНОМ

И. В. ВИННОГРАДОВ

Всем психиатрам хорошо известна и понятна павловская мысль об «охранительном» значении тормозных процессов у больных шизофренией. И. П. Павлов характеризует это торможение по существу самого механизма его действия еще физиологическим, физиологической мерой защиты. И. П. Павлов склонен был думать, что охранительное торможение у больных шизофренией является неограниченным во времени. Им описан случай с 22-летней продолжительностью. Однако, анализируя недавно найденную в архивных материалах историю болезни этого больного по статье В. И. Великжанина (Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, т. 60, вып. 4, 1960), можно прийти к заключению, что его выздоровление носило все же характер относительной ремиссии с элементами необратимого снижения личности. В связи с этим невольно возникает мысль: не потеряло ли торможение у описываемого больного, длившееся

более 2 десятков лет, свои целебно-охранительные свойства и не приобрело ли оно свойства «застойные», «инертные», т. е. патологические. О возможности существования патологической инертности, т. е. застойности тормозного процесса И. П. Павлов писал неоднократно. Рядом авторов указывается на изменяемость процессов торможения у больных шизофренией в зависимости от течения болезни, в частности, нами (Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, т. 6, вып. 6, 1956) описано резкое ослабление внутреннего торможения у больных шизофренией в остром психотическом состоянии и его восстановление при выходе больного в состояние ремиссии.

Целью настоящего исследования является попытка экспериментального выяснения характера торможения у больных шизофренией, всегда ли оно «охранительное» или же в некоторых случаях «инертное», «застойное», т. е. патологическое.

Этот вопрос важен практически. Если «охранительное» торможение целебно и его надо углублять, то патологическое торможение, наоборот, надо устранять. Ведь известны случаи улучшения у давно болеющих шизофренией после устранения торможения электросудорожной терапией. Мы собираемся специально обработать эти случаи.

По-нашему, если торможение «охранительное», т. е. близкое к физиологическому, то должна быть сохранной его хорошая подвижность. А если торможение «инертное», «застойное», то, видимо, подвижность его несомненно снижена. В качестве критерия подвижности тормозного процесса мы испытывали скорость наступления угасательного торможения. У больных с давностью заболевания от 2—3 месяцев до 1—1,5 года угасательное торможение развивалось с 3—4-го раза применения условного раздражителя. Это указывает на хорошую сохраняемость подвижности торможения, в этих случаях мы имеем дело несомненно с павловским «охранительным» торможением у больных шизофренией. Обычно эти больные хорошо поддавались современным активным методам лечения. У больных же с давностью заболевания от 5 до 12 лет угасательное торможение развивалось значительно медленнее, оно наступило лишь при 12—13-м применении условного раздражителя без

соответствующего подкрепления. В отдельных случаях угашение наступало лишь при повторном эксперименте на следующий день (в общем на 20-м разе применения условного раздражителя). Это указывает на «инертность», «застойность» торможения у больных с большой давностью заболевания. В большинстве случаев эти больные плохо поддавались лечению.

Исследование проводилось на сосудистых условных рефлексах по плетизмографической методике. Мы пытались добиваться очень трудной экспериментальной задачи, а именно: вырабатывать запаздывающий условный сосудистый рефлекс, с отставанием на 60 секунд. При выработке запаздывающих условных рефлексов, как известно, нервной системе приходится сбалансировать 2 нервных процесса: торможение — в первую половину времени действия условного раздражителя и возбуждение — во второй его половине. Скорость выработки запаздывания, т. е. скорость наступления торможения, в первой фазе действия условного раздражителя и его планомерный переход в возбуждение во второй фазе действия условного раздражителя является несомненно испытанием на подвижность тормозного процесса. В классических павловских опытах на собаках отставление безусловного подкрепления от начала действия условного раздражителя длится 3 минуты. По данным многих авторов, и моих в том числе, 1—2 минуты мы наблюдаем развитие тормозного процесса, который в 3-ю минуту сменяется возбуждением. Иногда торможение наблюдается первые 90 секунд, а возбуждение занимает вторые 90 секунд.

В нашей работе вырабатывали запаздывающий рефлекс у здоровых (для сравнения), у недавно заболевших больных шизофренией и больных шизофренией с давними сроками заболевания. После выработки условного запаздывающего сосудистого рефлекса пытались угашать его. Вот наши числовые результаты.

У здорового субъекта сильного типа высшей нервной деятельности, хорошо уравновешенного, но с несколько пониженной подвижностью нервных процессов условный запаздывающий рефлекс на 60 секунд удалось выработать с 42-го сочетания на 11-й экспериментальный день. Необходимо отметить, что нам впервые удалось получить запаздывающий условный рефлекс в исследо-

ваниях на людях, в форме, полностью воспроизводящей классические павловские опыты с запаздыванием на собаках. А именно: при отставлении на 60 секунд этот период времени строго делился на 2 половины, на 2 фазы действия: первую, тормозную, фазу, в первые 30 секунд и вторую фазу с возбуждением во вторые 30 секунд. Если учесть, что мы работали с подкреплением теплом (прикладыванием к руке стакана с горячей водой) и период возбуждения выражался дугой кверху при записи на кинопленке, то торможение первых 30 секунд соответственно графически на кинопленке выражалось дугой книзу, которая автоматически записывалась пером, скрепленным с Маревакской капсулой (рис. 1).

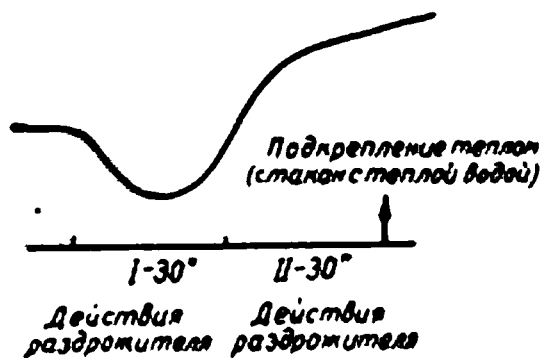


Рис. 1. Схема действия раздражителя.

мограмме выражалось дугой книзу, которая автоматически записывалась пером, скрепленным с Маревакской капсулой (рис. 1).

У больных шизофренией с недавним сроком заболевания, до 1 года, запаздывающий рефлекс вырабатывался с середины 50-х сочетаний (с 54-го—56-го сочетаний), а у больных со сроком заболевания свыше 2-х лет запаздывающий рефлекс вырабатывался лишь к 80-м сочетаниям.

Приводим выписку из истории болезни больной Д., у которой запаздывающий рефлекс выработался с 54-го раза.

Д., 24 лет, поступила в клинику 2 марта 1963 г., выписалась 7 апреля 1963 г. Повторное поступление и заболевание. Впервые заболела в 1962 г., лечилась в клинике 2 месяца и вышла в состоянии ремиссии.

Больная не замужем, окончила полную среднюю школу и курсы кройщиков.

При поступлении доступна контакту, активно отвечает на вопросы. В течение последней недели перестала спать, часто плакала. На работе стало казаться, что о ней говорят, в чем-то ее подозревают, говорят, что она «психически» больная. Когда смотрела кино, то ей казалось, что убивают не в кино, а на самом деле убивают ее родителей.

В последние дни больная вяла, большей частью лежит в постели с закрытыми глазами, часто плачет, избегает вступать в контакт, стала неохотно отвечать на вопросы, скрывает свои переживания.

Считает, что на работе за ней следят, подозревают в чем-то, смеются над ней.

Диагноз: шизофрения, паранойдная форма. Через месяц выписалась в состоянии ремиссии после лечения. Эксперименты поставлены в первые дни пребывания в клинике.

Приводим выписку из истории болезни больной С., у которой запаздывающий рефлекс выработался только к 80-ым сочетаниям.

С., 22 лет, поступила в клинику 9 марта 1963 г., продолжала находиться в клинике 25 мая 1963 г.

Больная поступила в клинику повторно. Больна около 3 лет. Жалоб не заявляет, все время лежит в постели, закрывшись с головой, при беседе некстати улыбается, кладет пальцы в рот, гримасничает, отвечает тихим, монотонным голосом.

В последующие дни продолжает безучастно лежать в постели, окружающим не интересуется, ни с кем не общается, ответы на вопросы односложные. Сама зашла в кабинет врача, ничего не сказала, стояла и улыбалась, закрывая рот рукой. По-прежнему жалоб никаких, не может дать о себе связанных сведений, вяла, апатична, стереотипна.

Диагноз: шизофрения в дефектной стадии. Лечение не улучшает состояния. Эксперименты поставлены в первые дни пребывания в клинике.

То же самое и при угашении запаздывающего рефлекса: у здорового он угас до 2 нулей подряд на 13 и 14-м применении условного раздражителя без подкрепления, у недавно заболевших шизофренией на 16 и 17-м, а у больных, болеющих свыше 2 лет, на 18 и 19-м применении. Интересно отметить, что при угашении запаздывающего рефлекса сначала угашалась, исчезала вторая положительная фаза рефлекса, а затем исчезала и первая тормозная фаза, наступало полное угашение запаздывающего рефлекса. Выше даны цифры полного угашения. Цифры же исчезания, угашения второй положительной фазы запаздывающего рефлекса следующие: у здорового с 7 и 8-го раза, у недавно заболевших шизофренией с 8 и 9-го раза, а в случаях заболевания свыше 2 лет с 15 и 16-го раза. Этими всеми данными лишний раз подчеркивается «инертный», «застойный» характер торможения у больных шизофренией с большой давностью заболевания.

В истекшем году наш сотрудник А. А. Кирпиченко, работая с больными шизофренией, отметил интересное наблюдение, что дифференцировочное торможение быстрее и легче вырабатывается у больных шизофренией с недавним сроком заболевания, чем у больных с боль-

шим сроком заболевания. Вот его факты: дифференцировка вырабатывается с 4 и 5-го раза у недавно заболевших шизофренией, а у больных с давностью заболевания свыше 2 лет с 13—14-го или с 14—15-го применения дифференцировочного агента. Нельзя не видеть во всех этих последних исследованиях доказательства наличия у больных шизофренией с большим сроком заболевания не «охранительного» торможения, а торможения «инертного», «застойного». Наши исследования охватывают 71 случай заболевания шизофренией.

В ы в о д ы:

1. У больных шизофренией наряду с торможением «охранительного» характера может наблюдаться в ряде случаев «инертное», «застойное», т. е. патологическое торможение.

2. На наличие у больных шизофренией инертного, застойного торможения указывают:

а) замедленное наступление угашения условных рефлексов;

б) замедленная выработка запаздывающих условных рефлексов;

в) замедленное угашение условных запаздывающих рефлексов;

г) замедленная выработка дифференцировочного торможения.

3. Случаи «застойного», «инертного», т. е. патологического торможения у больных шизофренией наблюдаются, главным образом, при более длительных сроках заболевания (свыше 2 лет).