

ВВЕДЕНИЕ

Уже в течение нескольких лет у меня были планы написать книгу о шизофрении. Моя первая статья о трудах Блейлера (Bleuler), опубликованная в 1922 г. в продолжение великолепных работ гг. Тренеля и Эснара¹, вышедших в свет еще до начала войны, встретила благосклонный прием. В этих обстоятельствах появление более подробного изложения материала казалось вполне своевременным. По мере того как я продумывал план будущей работы, я все больше отдавал себе отчет в сложности стоящей передо мной задачи. Понятие шизофрении поставило столько разных проблем, что стало трудно, если не невозможно, все их детально изложить. Я должен был смириться с очевидностью: необходимо было решиться на ограничение объема рассматриваемого в книге материала.

Клиника шизофрении была мастерски описана самим Блейлером. На мой взгляд, с тех пор в это описание не было внесено никаких существенных изменений. Не были изменены и рамки, которые Блейлер определил для шизофрении как особого психического заболевания. Все попытки сузить или расширить эти рамки разбились о фундамент, на котором зиждется труд

¹ Trenel, «La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler», *Revue neurologique*, octobre 1912. A. Hesnard, «Les théories psychologique et métapsychiatrique de la démence précoce», *Journal de psychologie*, 1914. E. Minkowski, «La schizophrénie et la notion de maladie mentale sa conception dans l'œuvre de Bleuler», *Encéphale*, 1922. См. также E. Minkowski, «La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels», *Évolution psychiatrique*, t. 1, Paris, Payot, 1913. Кроме того, шизофрения была одной из главных тем XXX Конгресса психиатров и неврологов Франции и франкоязычных стран, состоявшегося в Женеве в августе 1916 г. С докладами там выступили сам Блейлер и А. Клод.

цюрихского психиатра. Мы имеем в виду весьма продолжительное наблюдение больных, позволившее ему по примеру Крепелина (*Kraepelin*) объединить в пределах одной нозологической единицы (на основе схожести основных черт, а также эволюции к специфическим терминальным состояниям) клинические картины, казавшиеся на первый взгляд совершенно не связанными. Таким образом, задача изложения клинической стороны шизофрении сводилась для меня лишь к верной передаче описания Блейлера. Допуская всю уместность подобной работы, тем более что главный труд Блейлера не был переведен на французский язык, я не смог, смиренно признаю это, принудить себя к подобному ученическому труду. Другие проблемы привлекали меня гораздо больше.

С точки зрения клиники Блейлер был продолжателем Крепелина. Введенный последним термин «раннее слабоумие» под влиянием Блейлера превратился в «шизофрению». Но речь шла не просто об изменении названия болезни. Важная глава современной психиатрии получила новую, *психопатологическую* ориентацию. Дело в том, что помимо клинического описания и новой классификации психических болезней, уже содержавшейся в работе Крепелина, понятие шизофрении показало себя особенно плодотворным с точки зрения общей психопатологии. Исследование механизмов шизофрении и психологический анализ особенностей поведения шизофреников столь же, если не еще более важны, чем клиническое описание новых случаев этой болезни. На решение именно этих проблем были направлены мои собственные исследования. Уступая своим предпочтениям, я совершенно естественно собирался предоставить им наибольшее место в этой книге. Отсюда подзаголовок: «Психопатология шизоидов и шизофреников».

Но здесь необходимо сделать еще несколько оговорок. Во Франции слишком часто ошибочно смешивали шизофрению с психоанализом. Следующий моде читатель, надеющийся найти в этой книге в первую очередь сведения по психоанализу, будет разочарован. Они занимают лишь очень незначительную ее часть. Впрочем, это вполне соответствует цели, которую я поставил перед собой. Блейлер, вполне признавая роль комплексов в генезисе симптомов, никогда не принимал чисто психоаналитическую концепцию шизофрении. Я вполне разделяю эту точку зрения. И на последующих страницах я попытаюсь показать, что понятие шизофрении содержит, помимо психоаналитических вопросов,

целый ряд психологических проблем более высокого ранга. Они, на мой взгляд, составляют наиболее интересную и важную часть нового понятия. Именно на них я делаю особый акцент, будучи убежден, что именно в этом направлении следует работать для создания общей теории исследуемого заболевания.

В одной из моих предыдущих работ¹ я выделил две стороны блейлеровского понятия шизофрении: психоклиническую, или структурную, и психоаналитическую. Первая, писал я, связана с исследованием того, как основные феномены живой личности, определенные при изучении ее структуры, перестраиваются и ведут себя в отсутствие одного из них, как они реагируют на ущерб, наносимый в этом случае целостности личности, и какие патологические следствия из этого вытекают. Вторая сторона этого понятия связана с поисками в прошлом индивида событий, отразившихся на его настоящем и определивших психологическое содержание симптомов его заболевания. Эти две стороны, поначалу тесно связанные между собой, по-видимому, обречены на постепенную эволюцию во все более расходящихся направлениях.

Я стремлюсь особо выделить именно структурную сторону, ибо, по моему мнению, именно она является ключевой для решения проблемы шизофрении, и даже, возможно, вообще для будущей общей психопатологии. После рассмотрения в первой главе шизоидной конституции в последующих трех главах я излагаю данные, относящиеся к глубинной структуре психизма при шизофрении. Это наиболее важная часть данной работы.

Чтобы избежать недопонимания, я хочу несколько уточнить ее характер. Понятие шизофрении состарилось после своего рождения, и я состарился вместе с ним, возможно, даже еще быстрее. И, намереваясь написать эту книгу, я сразу же осознал, что мой стаж психиатра неудержимо побуждает меня дать не только историческое и объективное изложение, но и представить мое личное понимание проблемы. «Личное» означает здесь, очевидно, не «совершенно новое», но лишь «пережитое». Вдохновляясь идеями других, изучая и наблюдая больных, размышляя над полученными данными, я однажды пришел, сам не заметив как, к некой концепции шизофрении, которая составляла единое целое со всей моей научной мыслью и которую я не был в состоянии отделить

¹ E. Minkowski, «La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels», *op. cit.*

от моей личности, не мог сказать, что в ней было моим, а что мне не принадлежало. Поясню это. С одной стороны, ничего моего, так как все, к счастью, связано с работами других. Но, с другой стороны, это все мне казалось моим, так как я принимал только то, что прошло через фильтр моего собственного опыта, а затем было переплавлено в тигле моей мысли. Я хочу этим сказать, что здесь я представляю субъективный труд, который, однако, стремится быть как можно объективнее.

Сказанное, очевидно, не связано с вопросом о приоритете, чей бы он ни был. Отнюдь нет. Этим замечанием я просто хотел избавить читателя от поисков в этой книге точного изложения идей Блейлера. Для этого следует обратиться непосредственно к трудам моего учителя, которые, я надеюсь, будут скоро переведены на французский язык. Во многих местах я отклоняюсь от него, особенно под влиянием идей Бергсона. Я вижу первоначальное нарушение при шизофрении не в ослаблении ассоциативного мышления, но в утрате витального контакта с окружающей реальностью. Именно из этой утраты я пытаюсь вывести основные симптомы и наиболее характерные проявления шизофрении. Но, несмотря на это расхождение, я остаюсь «учеником» Блейлера. Я иду по вспаханной им борозде и, излагая концепцию шизофрении, которая, возможно, с некоторых точек зрения может показаться более «минковской», чем блейлеровской, я хотел бы, чтобы читатель этих страниц осознал прежде всего глубину изменений, внесенных в психопатологию идеями моего учителя, и широту его теоретической и практической деятельности.

В силу личного характера этой работы я не пытался привести исчерпывающе полную библиографию по этой теме. Статей по шизофрении сотни, а обсуждение слишком многих идей и мнений порой приводит к путанице. Тем не менее мне показалось полезным оставить несколько больше места для критического анализа французских работ по шизофрении, опубликованных в последние годы. Г-н Клод (*Claude*) и его ученики внесли большой вклад в распространение идей Блейлера. Без них эти идеи не были бы столь быстро изучены французской психиатрией, как это имело место в действительности. В то же время школа психиатрической больницы Сент-Анн в Париже внесла довольно значительные изменения в понятие шизофрении. Эти изменения не кажутся мне оправданными. Тем не менее они могут быть подвергнуты объективному обсуждению и способны углубить в том

или ином отношении наши знания об изучаемой болезни. Кроме того, я счел уместным в главе IV детально изложить мое видение этой темы, используя отчасти сделанные г-ном Клодом и его учениками наблюдения, которые представляют собой первоклассные клинические свидетельства.

Иногда понятие Блейлера трактуют как чисто «умозрительное». Поэтому вполне уместно отметить, пусть только кратко, глубоко терапевтическую природу труда Блейлера. Я сделал это в последней главе этой книги.

Современная психиатрия стремится установить все более тесный контакт с жизнью. Я следовал ее примеру в этой моей работе. Стремясь полностью сохранить ее строго научный характер, я по возможности пытался представить вещи так, чтобы книга была доступна всем тем, кто интересуется современными течениями в психопатологии. Я надеюсь, что некоторую пользу, прежде всего в сфере психологии, получит из моих исследований психолог, педагог, литератор или даже психиатр, который, даже отгородившись стенами клиники, остается большим психологом, чем он сам это допускает. Я хотел бы завершить это введение, поставив рядом два имени: Блейлера и Бергсона. Главным образом именно к ним восходят духовные истоки этой книги. Блейлер научил меня психиатрии. Бергсон своими работами показал, как следует подходить к основным феноменам нашей жизни. Только соединив идеи и советы, почерпнутые от каждого из них, я пришел к концепции шизофрении, которая изложена на страницах этой книги. К этим двум именам я присоединяю имя Кречмера, чьи исследования по шизоидной конституции привели, на мой взгляд, к наиболее значительному прогрессу в области изучения шизофрении после введения этого понятия Блейлером.

Глава I

ШИЗОИДНОСТЬ И СИНТОНΙΑ

Общие замечания

Морель в своем *Трактате* говорит «О темпераменте как о факторе психического расстройства»¹. Согласно ему, это качество темперамента признается всеми врачами. «Редко бывает так, что нервный темперамент с преобладанием болезненности, самыми необычными аномалиями морального чувства и интеллектуальных функций не является результатом передачи по наследству, или по крайней мере порочного воспитания, резкого изменения привычек... Очень большая восприимчивость и чрезмерная возбудимость — главные черты этих натур, примечательных контрастом своих хороших качеств и нетерпимых недостатков... Я уже говорил, что темперамент часто бывает наследственным, и в этом случае очень часто можно видеть, как нервное состояние переходит в психическое расстройство из-за самых незначительных и случайных причин, как физических, так и моральных... Я сам наблюдал, как во многих случаях нервные состояния превращаются в психические расстройства, и не могу не отметить справедливость свидетельств родственников пациентов о том, что *безумие их близких есть не что иное, как чрезмерное развитие обычных черт характера*... Действительно, во многих случаях невропатическое состояние можно рассматривать как инкубационный период безумия, но также не подлежит сомнению, что многие люди

¹ В.-А. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860.

всю свою жизнь находятся в подобном состоянии, никогда не переступая отделяющую разум от безумия демаркационную линию, которую подчас так трудно точно указать... В медицине невозможно определить эти недуги иначе как общим термином: *нервный темперамент, нервное состояние*».

В этих словах Мореля мы находим исток целой главы современной психиатрии, а именно проблему болезненной конституции или темперамента. Новейшее развитие этой темы подтверждает слова Мореля по всем пунктам, кроме последнего. Общие термины «темперамент», «нервное состояние» становятся все менее употребительными. Для того чтобы оставаться верным идее о том, что «безумие есть чрезмерное развитие обычных черт характера», необходимо следовать за прогрессом клинических наблюдений и дифференцировать нервный темперамент в согласии с принятой нозографической системой, т. е., по существу, каждому психическому заболеванию должен соответствовать некий конкретный темперамент. Поскольку нашей целью является общий обзор руководящих идей в области современной психиатрии, мы ограничимся здесь лишь несколькими примерами.

Крепелин полагает, что можно установить достаточно устойчивую связь между аномалиями характера, наблюдавшимися в прошлом у больных, и клиническими картинами их болезни. При этом он указывает, что определение этих аномалий затруднено из-за несовершенства нашей терминологии¹. Серье и Капгра², основываясь на своих исследованиях бреда толкования, подчеркивают значение параноидного характера в патогенезе этого вида бреда. Кальбаум (*Kahlbaum*), Хеккер (*Hecker*), Крепелин и Вильманс (*Wilmanns*), наряду с Дени (*Deny*) и Каном (*Kahn*), описывают циклотимию. В книге «Бред воображения»³ Дюпре и Логр говорят о мифопатической конституции и рассматривают бред воображения (по крайней мере, в его типичных случаях) как болезненное развитие конституциональной для данного индивида мифомании. Наконец, Кречмер в работе, вызвавшей оживленные дискуссии в немецкоязычной психиатрии,

¹ E. Kraepelin, *Psychiatrie*, 8th édition, 1913, vol. III, p. 923-925.

² Sérieux et Capgras, *La folie raisonnée*, Paris, Alcan, 1909.

³ Dupré et Logre, «Les délires d'imagination. Mythomanie délirante», *Encéphale*, 1911.

попытался разграничить рудиментарную, или сенситивную, паранойю (*sensitiver Beziehungswahn*) и паранойю обыкновенную на основе различий темперамента, найденных в анамнезе этих двух групп больных. Эти же различия наблюдаются и после появления явных признаков психоза в их клинических картинах¹.

Этих немногих примеров достаточно, чтобы показать, в каком направлении идут исследования: их цель — *проецировать на предшествующее появлению психоза прошлое индивида основные черты этого заболевания*. Это значит свести различия клинических картин к соответствующим различиям аномалий характера. С эпистемологической точки зрения это направление опирается на одну из самых солидных основ. Как легко заметить, оно стремится максимально минимизировать вариации и различия в установленных мыслью отношениях между наблюдаемыми фактами, пытаясь выявить устойчивость вещей и их прошлое. Вещи сейчас таковы, ибо они были такими прежде. Особенности психоза связаны с основными чертами темперамента до начала заболевания. Этот метод служит установлению качественной эквивалентности предшествующего и последующего. Он полностью соответствует общенаучному принципу причинности. Согласно своей природе, наш дух постоянно ищет в бесчисленных вариациях окружающего мира *идентичность вещей в потоке времени*. Утверждение этой идеи имеет для нас экспликативное значение, ибо объяснить некий феномен значит, в сущности, *познать его прошлое существование*².

Так, согласно общему принципу причинности, наши психиатрические исследования направлены в прошлое больного и стремятся найти в существовавших прежде особенностях его характера черты, существенные для нынешнего психоза. Таким образом, «нервный темперамент» дифференцируется параллельно с основными нозографическими рамками, разработанными в клинической практике. И наоборот, возможность проецировать клинические формы на различия темпераментов становится косвенным свидетельством относительной автономии этих форм.

¹ E. Kretschmer, *Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoïafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre*, Berlin, 1918.

² См. E. Meyerson, *Identité et Réalité*, Paris, 1912. Мы попытались дать обзор приложений идей Е. Мейерсона в психиатрии в: E. Minkowski, «*Similarité ou polymorphisme*», *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XIII.

В классификации психозов «генезис» начинает играть по меньшей мере столь же важную роль, что и терминальные состояния, значение которых так подчеркивал Крепелин в своей классификации¹.

Но «нервный темперамент» встречается не только у людей, которые рано или поздно в своей жизни проявляют признаки душевной болезни. Мы найдем его в обширной группе «психопатов». И совершенно естественно, что понятия, применявшиеся вначале лишь к аномалиям характера индивидов, ставших душевнобольными, будут проникать и в эту среду.

«Если, как мы только что видели, — писал Морель, — во многих случаях невропатическое состояние может рассматриваться как инкубационный период безумия, также не подлежит сомнению и то, что большое число людей страдает всю жизнь подобным состоянием, никогда не переходя границу с безумием, которую порой так трудно указать». Таким образом, нервный темперамент может существовать вне психоза, имея по отношению к нему некоторую автономию. Согласно Морелю, психиатрия как раз и занимается развитием этой идеи. Она проецирует нозографическую систему на обширную группу индивидов, обозначавшуюся до сих пор очень неточно такими терминами, как «психопаты», «аномальные характеры» или «странные личности», и стремится внести туда большой порядок.

Приведем только один пример. Блейлер, следуя новой ориентации, которую он дал понятию «шизофрения», значительно расширил рамки этой болезни. Она преодолевает у него границы явно выраженной душевной болезни и проникает в область аномальных характеров под названием «латентной шизофрении», которая, как он отмечает, встречается значительно чаще, чем «явная шизофрения», в чем можно убедиться на примере пациентов психиатрических больниц. Блейлер сохраняет для подобных случаев термин «шизофрения», рассматривая их тем самым как «болезнь», болезнь хотя и ослабленную, но все же болезнь. Тем не менее довольно часто у латентных шизофреников не находят ни малейшего следа развития заболевания. Их состояние несколько не ухудшается, и они умирают такими же, какими были всегда. Клиническая картина у них остается в сущности неизменной и сводится лишь

¹ См. подробнее в: E. Minkowski, «La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels», *op. cit.*

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава I. ШИЗОИДНОСТЬ И СИНТОНИЯ.....	10
Общие замечания.....	10
Шизоидия, циклоидия, шизотимия и циклотимия Кречмера. Шизоидия и синтония Блейлера.....	19
Человеческая личность по Дельмасу и Боллю	30
Проблемы психиатрии в связи с введением понятий «шизоидия» и «синтония».....	39
Шизоидия и шизофрения, конституция организма и болезнь.....	39
Шизоидность и синтония как основа шизофрении и маниакально-депрессивного психоза	44
Глава II. ОСНОВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И МЫШЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИКА.....	59
Витальный контакт с реальностью.....	59
Интеллектуальная деменция и шизофреническая деменция	66
Пространственное мышление шизофреников (патологический рационализм и геометризм)	78
Глава III. АУТИЗМ.....	98
Содержание психоза и аутизм.....	98

Глава IV. ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ. ПСИХИЧЕСКИЕ СТЕРЕОТИПЫ.....	129
Патологические фантазии.....	129
Критический анализ понятия шизомании. Нормальные и патологические фантазии	135
Патологическое недовольство и простая шизомания	143
Патологические сожаления. Интеррогативная установка	155
Шизофренические установки. Психические стереотипы	178
Глава V. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОНЯТИЯ ШИЗОФРЕНИИ.....	184
Схема безосновательной критики понятия шизофрении	184
Терапевтический характер понятия шизофрении.....	188
Практические приложения.....	192