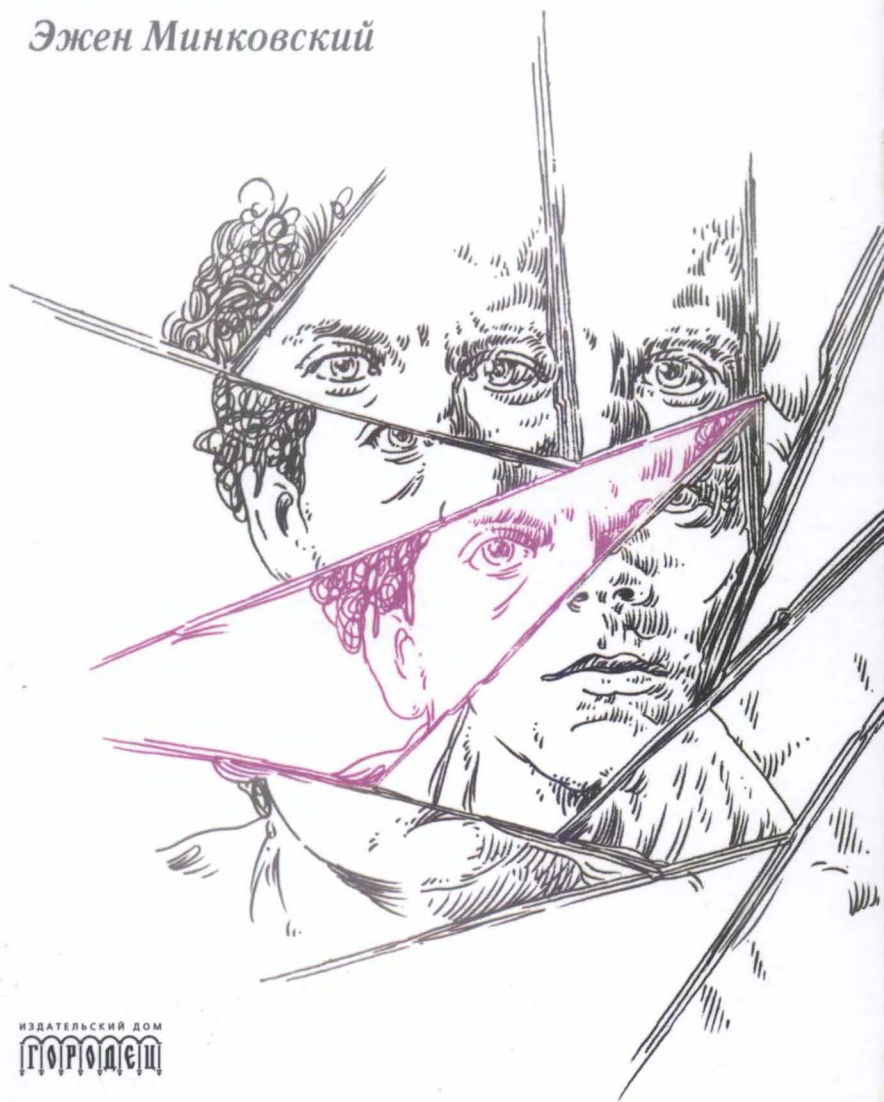


ШИЗОФРЕНИЯ

ПСИХОПАТОЛОГИЯ ШИЗОИДОВ и ШИЗОФРЕНИКОВ

Эжен Минковский



Эжен Минковский

ШИЗОФРЕНИЯ

ПСИХОПАТОЛОГИЯ
ШИЗОИДОВ
и ШИЗОФРЕНИКОВ

Eugène Minkowski

LA SCHIZOPHRÉNIE

PSYCHOPATHOLOGIE
des SCHIZOÏDES
et des SCHIZOPHRÈNES

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

ГОРГОДЕЦ

Москва

УДК 159.9
ББК 88.5
М61

Перевод с французского Юрия Ромашева

Минковский Э.

М61 Шизофрения. Психопатология шизоидов и шизофреников — М.: ИД «Городец», 2017. — 208 с.

ISBN 978-5-906815-77-4

Читателю предлагается классическая работа выдающегося французского психиатра. В ней, пожалуй, впервые в истории мировой психиатрии был последовательно применен современный структурный подход к описанию шизофрении. Предложенная автором система определений для шизоидных расстройств остается практически неизменной и по настоящее время. Одновременно с этим в книге дан и ретроспективный анализ истории вопроса.

Книга будет интересна не только практикующим психиатрам, психологам и студентам, но и широкому кругу читателей, интересующихся происходящим в мире бессознательного.

ББК 88.5

ISBN 978-5-906815-77-4

© ИД «Городец», 2017
© Ю. А. Ромашев, 2017

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 Эснара*, 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

* 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.

разбились о фундамент, на котором зиждется труд 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 содержащейся 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 работ* 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

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

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 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 гл. 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 СИНТОНИЯ

Общие замечания

Морель в своем *Трактате* говорит «О темпераменте как о факторе психического расстройства»*. 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 всю свою жизнь находятся в подобном состоянии, никогда не переступая отделяющую разум от безумия демаркационную линию, которую подчас

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

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 терминологии*. Серье и Капгра**, 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»*** 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, попытался разгра-

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

** Sérieux et Capgras, *La folie raisonnante*, Paris, Alcan, 1909.

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

ничить 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 картинах*.

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***.

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

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

** 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.

практике. И наоборот, возможность проецировать клинические формы на различия темпераментов становится косвенным свидетельством относительной автономии этих форм. В классификации психозов «генезис» начинает играть по меньшей мере столь же важную роль, что и терминальные состояния, значение которых так подчеркивал Крепелин в своей классификации*.

Но «нервный темперамент» встречается не только у людей, которые рано или поздно в своей жизни проявят 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 больший 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

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

хотя и ослабленную, но все же болезнь. Тем не менее довольно часто у латентных шизофреников не находят ни малейшего следа развития заболевания. Их состояние нисколько не ухудшается, и они умирают такими же, какими были всегда. Клиническая картина у них остается в сущности неизменной и сводится лишь к особому поведению. В этих случаях речь не идет о каком-то болезненном процессе. Термин «врожденный недуг» был бы здесь значительно уместнее. Тем самым, удаляясь от идеи эволюционирующей болезни, мы все больше приближаемся к идее болезненной конституции. Латентная шизофрения Блейлера уступает место (по крайней мере, частично) шизоидии Кречмера. Ниже мы поговорим о ней подробнее.

Параноидные, циклотимические, мифоманиакальные и другие темпераменты встречаются в жизни, не обязательно приводя к крайностям в виде психоза.

Однако мы должны спросить себя, имеет ли разумное основание этот метод, состоящий в сущности в калькировании классификации аномальных характеров по образцу классификации психозов? Нам представляется совершенно естественным связать, как мы это только что сделали, существенные черты психоза с особенностями темперамента, проявлявшимися у больного до его недуга. Но имеем ли мы право действовать таким же образом, когда речь идет уже не об одном и том же индивиде, но об аномальных характерах, встречающихся практически везде в мире?

Именно здесь появляется понятие *наследственности*. В современной психиатрии оно начинает занимать все более важное место. Данное утверждение следует уточнить. Несомненно, в психиатрии проблема наследственности существовала всегда. Но мы не собираемся говорить здесь о социальном значении генеалогических исследований, в широком масштабе проводимых в наши дни для нахождения законов, управляющих наследственной передачей психозов. Нам важно в первую очередь то, что эти исследования должны сыграть также другую роль в нашей науке. В области эндогенных психозов они служат прежде всего для формирования и прояснения наших клинических понятий. Среди огромного разнообразия клинических картин психических заболеваний мы пытаемся все четче различать главное и второстепенное, чтобы в результате прийти к рациональной классификации психозов. Вплоть

до настоящего времени этиологический подход остается неосуществимым. Возможно, он никогда и не станет таковым в этой области. Во всяком случае, наши нынешние знания недостаточны с этой точки зрения. Мы до сих пор не знаем ничего точно о подлинных действующих причинах большинства психических заболеваний. Мы даже не знаем, где их искать. Следовательно, необходимо прибегнуть к другим методам.

Сопоставление различных форм психических нарушений, изучение их эволюции, терминальных состояний, к которым они приводят, симптомов, которые могут появиться случайно в каждой из этих форм, чтобы позднее уступить место другим патологическим проявлениям, позволяет нам осуществлять некий выбор и, отвлекаясь от живописной картины душевных болезней, открывать в множестве наблюдаемых симптомов несколько черт, действительно характерных и существенных для изучаемой формы заболевания.

При этом, однако, совершенно естественно стремиться к максимальным гарантиям. В этих обстоятельствах всякая новая проверка наших гипотез может быть воспринята только с удовлетворением. Одну из подобных проверок дает понятие «близкой наследственности». Очевидно, что, в отличие от случайных признаков, всякая существенная черта наследственного психоза должна постоянно проявляться, переходя из поколения в поколение. Именно таким образом понятие наследственности призвано занять свое место в выработке наших нозографических концепций. Возникшие в ходе клинических наблюдений понятия, можно сказать, очищаются и консолидируются, пройдя проверку генеалогическими исследованиями. По существу, они не могут обойтись без этой проверки. В одной из наших работ мы показали, какую роль сыграло понятие близкой наследственности в трудах Крепелина и как оно стало одним из существенных факторов его концепции раннего слабоумия*. Мы не станем останавливаться здесь на этом пункте. Добавим лишь, что Блейлер** в этом смысле изобилует соответствующими указаниями и даже еще дальше распространяет

* E. Minkowski, «La genèse...», *op. cit.*

** E. Bleuler, «Mendelismus bei Psychosen, speziell bei der Schizophrenie», *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1917.

этот принцип, утверждая, что исследования наследственности призваны дать основу классификации шизофрении. Это утверждение, кажущееся вначале парадоксальным, отнюдь не является таковым. Если какая-то особенность заболевания сохраняется в поколениях и постоянно проявляется в одной и той же семье, то она должна иметь устойчивое биологическое основание и ее следует рассматривать как главную отличительную черту, позволяющую выделить эту семейную разновидность шизофрении. И мы готовы уже сейчас сказать: *будущее психиатрии как науки в большой степени основывается на генеалогических исследованиях наследственности душевных болезней*. Во всяком случае, в наши дни не обладает сколько-нибудь значительной ценностью всякое сделанное лишь на основании нескольких клинических наблюдений изменение нозографических понятий, прошедших через фильтр генеалогических исследований.

Теперь мы не удивляемся, видя, как идея близкой наследственности все больше распространяется и охватывает все то, что может рассматриваться как «анормальное» в изучаемой семье, т. е. и больных, и обыкновенных «психопатов». Конечно, она делает это не догматически, вполне учитывая другие данные, полученные нашей наукой. Но в тесном сотрудничестве с ними она становится одной из путеводных нитей в наших исследованиях.

Нетрудно заметить, что эта идея тоже основана на принципе причинности. Здесь мы, в сущности, как и прежде, пытаемся на основе принципа идентичности во времени установить сходство вещей и их предыдущее существование с той лишь разницей, что теперь этот принцип выходит за рамки одного индивида и относится к значительно более широкому кругу, а именно к семье, или скорее к целому генеалогическому дереву. Таким образом, пытаясь перенести наши нозографические правила в область анормальных характеров, мы лишь подчиняемся глубинной потребности нашего духа.

Впрочем, рассуждения иного порядка, особенно в области шизофрении, ведут к тем же проблемам. И здесь мы не можем обойти их молчанием.

Бесспорно, именно Рудину принадлежит в наши дни заслуга выдвижения на первый план психиатрических исследований о наследственности. Он опубликовал в 1911 г. свой первый труд

на эту тему*, после чего его исследования приобрели широту, которую они не знали никогда прежде. Отправной точкой он выбрал закон Менделя, попытавшись применить его в психиатрических исследованиях. В 1911 г. Рудин опубликовал свою первую статью на эту тему. После этого под влиянием Рудина из мюнхенской клиники вышло большое количество важных трудов. Мы не сможем упомянуть здесь все. Скажем только, что закон Менделя**, примененный к наследственной передаче психических

* Rudin, «Einige Wege und Ziele der Familienforschung mit Rücksicht auf die Psychiatrie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1911. После этого было опубликовано много книг и статей. См. библиографию в: E. Kahn, «Erbbiologische Einleitung», *Handbuch der Psychiatrie*, herausgegeben von Prof. Dr. Aschaffenburg, Franz Deuticke, 1925.

** Мы позаимствовали из статьи Boven, «L'érédité en psychiatrie» (*Encéphale*, 1924) следующие пояснения:

Если скрестить два растения, принадлежащие к одной разновидности и отличающиеся друг от друга лишь одним признаком, например, цветом, который у одного, например, белый, а у другого красный, то все их непосредственные потомки, так называемые гибриды, будут одного и того же цвета. При скрещивании гороха с красными цветками и гороха с белыми цветками получается горох только с красными цветками. А скрещивание двух гибридов первого поколения производит горох как с красными, так и с белыми цветками. Иначе говоря, два противоположных цвета в поколении родителей появляются здесь наряду друг с другом. В случае душистого горошка красные и белые цветки находятся в соотношении 3:1. Я сразу же добавлю, что эти три красных цветка не будут одинаковы, так как только один из них будет чистого красного цвета, тогда как два других, хотя и идентичные по внешнему виду, несут в себе скрытый белый цвет. Отметим это соотношение 1:3, точнее, 1:2:1. Аллеломорфной парой называется пара с противоположными признаками (красный и белый цвет родительского поколения (P.) гороха). Красный цвет, преобладающий в первом поколении (F¹), называется *доминантным*, или явным, а белый цвет — *рецессивным*, или латентным. Монохромность всех непосредственных результатов скрещивания называется законом или правилом единообразия, а появление рецессивного цвета в следующем поколении (F²) — законом дивергентности, сегрегации или расщепления. Соотношение 1:3 или 1:2:1 называется пропорцией Менделя.

болезней, поставил проблему аномальных характеров, и при этом в форме, согласующейся с той, что мы изложили на предшествующих страницах. Все занимавшиеся этой темой были согласны в том, что раннее слабоумие проявляло себя в передаче по наследству как рецессивный признак. Как мы знаем, в этом случае гетерозиготы несут в зародыше данный признак, который внешне никак не проявляется. Он в известной пропорции проявляется только в потомках. Дело происходит так, когда имеется простой признак, как, например, в случае цвета цветка. Когда же речь идет о таких сложных феноменах, как психоз, наследственная передача признаков может происходить не совсем так. В частности, гетерозиготные индивиды могут проявлять вонне свою герминативную структуру какой-нибудь особой чертой. Здесь, конечно, речь не идет о явно выраженном психозе. Это удел гомозиготных индивидов. Самое большее, речь могла бы идти об особенностях поведения, которые мы привыкли обозначать

Мендель истолковал эти факты, выдвинув следующую гипотезу. Каждое растение формируют два вклада: отцовский и материнский. Оно рождается слиянием двух гамет, мужской и женской.

Например, белый горох получается от гамет, обладающих признаком белого цвета, и гамет, рожденные от него, обязательно имеют этот признак.

Теперь, если скрестить горох с красными и белыми цветками, то каждый гибрид будет иметь признак и того, и другого цвета. Ибо (и именно в этом суть гипотезы Менделя) эти признаки, подобно материальным частицам, неразрушимы и, сохраняя свою целостность и независимость, не могут слиться друг с другом. В свою очередь, гибридное растение, обладающее аллеломорфной парой, имеет 50% гамет, имеющих один или другой признак. При скрещивании с гибридом такой же герминативной структуры случай, т.е. закон вероятности, управляет спариванием гамет и формированием соотношения 1:2:1, характерным для F^2 . Действительно, скрещивание типа «белый — красный + белый — красный» дает случайные варианты «белый + белый», «белый + красный», «красный + белый», «красный + красный», т.е. 1:2:1.

Гомозиготами называются гаметы, а по расширению и индивиды, чьи признаки однородны, чисты и без примесей в отношении и двух составляющих их частей. Гетерозиготами называются гаметы, имеющие противоположные признаки.

в повседневной жизни как «анормальные характеры». Последние, тем не менее, основываются на присутствии того же источника, что и изучаемый психоз, и обязательно должны иметь довольно большую схожесть с ним. Эти рассуждения биологического порядка вновь приводят нас к изучению анормальных характеров, предполагая по умолчанию постулат об их схожести с изучаемым психозом.

Резюмируя, мы можем сказать следующее.

Существует центробежное движение, имеющее отправной точкой клиническую психиатрию, которое постепенно проникает в обширную область анормальных характеров, перенося туда выработанные в клинической практике нозографические рамки и стремясь применить их к классификации этих характеров. Это движение основывается на причинном принципе схожести и предшествования в становлении и опирается на генеалогические исследования.

Это движение, тем не менее, еще делает остановку перед, надо сказать, довольно искусственным барьером, отделяющим нормальное от анормального. Его руководящий принцип, однако, слишком мощен, чтобы барьер долго оказывал сопротивление. Поток этого движения должен с необходимостью рано или поздно его преодолеть.

Это то, что происходит в наши дни почти одновременно в разных местах. Кречмер* и Блейлер**, а также Дельмас и Болл***, продолжатели трудов Дюпре и его школы, преодолевают этот барьер. Нозографические рамки будут служить теперь основой изучения поведения личности, именуемой нормальной. Мы вкратце рассмотрим идеи этих авторов и попытаемся определить значение каждой из них.

* E. Kretschmer, *Körperbau und Charakter*, 2th édition, Berlin, Springer, 1922.

** E. Bleuler, «Die Probleme der Schizoïdie und der Syntonie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie*, Bd. LXXXVIII, 1922.

*** Delmas et Boll, *La personnalité humaine*, Paris, Flammarion, 1922.

Шизоидия, циклоидия, шизотимия и циклотимия Кречмера. Шизоидия и синтония Блейлера

В области эндогенных психозов Крепелин противопоставлял две крупные нозографические единицы: раннее слабоумие и маниакально-депрессивный психоз. Это противопоставление в полной мере есть и у Блейлера, с той только разницей, что раннее слабоумие он называет шизофренией. Этот последний термин, относящийся, по существу, к тем же клиническим случаям, которые Крепелин называл ранним слабоумием, ориентирует их интерпретацию в новом направлении. *Отношение больного к окружающей среде* все больше и больше становится одной из основных черт диагностики, различающей две крупные нозографические единицы, о которых идет речь. Конечно, ритм больного маниакально-депрессивным психозом слишком быстр по сравнению с нашим, но мы легко следим за поверхностными ассоциациями по несходству или сходству, заставляющему его легко перескакивать от одного предмета к другому. Мы также видим, как каждое слово и каждый жест его собеседника, можно сказать, поглощаются волнующимся океаном его мысли, как они на какой-то момент привлекают его внимание, вызывают молниеносное появление нескольких новых ассоциаций, исчезающих столь же быстро, как появились, чтобы уступить место новой идее. Всякий предмет из его окружения может на мгновение повлиять на ход его мысли. Таким образом, он находится *в постоянном контакте со своим окружением*. Его веселость, экспансивность, каламбуры, неожиданные ассоциации не вполне чужды и нам. Они порой заставляют нас смеяться от чистого сердца. Несмотря на его психическое заболевание, мы сохраняем с ним хороший эмоциональный контакт. Также и страдающий меланхолией никогда не теряет полностью интереса к своему окружению и, несмотря на монотонность и бедность своей мысли, несмотря на не оставляющее его состояние печали, мы легко находим вход в его психизм. Его нравственные страдания, его отчаяние, его печаль сохраняют человеческий аспект, схожий с нашим, и мы не перестаем все время расточать ему одни и те же ободряющие и добрые слова, интуитивно понимая, что, по сути, ему от нас ничего больше не надо и что он за них нам благодарен.

Совершенно иначе ведут себя шизофреники. Окружающее, по-видимому, их уже больше не затрагивает. Их оцепенение и немота, равно как и проявления двигательной активности или скачки и остановки их мысли кажутся нам непостижимыми. Мы не понимаем этих больных и не имеем с ними *эмоционального контакта* (*affektiver Rapport* Блейлера). Каждый психиатр знает, что инстинктивно он ведет себя совершенно по-разному с больным маниакально-депрессивным психозом и с шизофреником. И очень часто, особенно после того как Блейлер ввел понятие шизофрении, он делает свое собственное поведение элементом диагностики, стараясь понять, существует или нет эмоциональный контакт между ним и его пациентом.

Таким образом, поведение по отношению к внешнему миру становится одним из главных, если не главным признаком, отличающим шизофрению от маниакально-депрессивного психоза. В современной психиатрии понятие витального контакта с реальностью делает это положение вещей еще более очевидным. Мы здесь только упомянем о нем, а подробнее поговорим в следующей главе.

Отличительный признак, о котором шла речь, служит отправным пунктом у Кречмера*. Нужно прочитать книгу Кречмера, чтобы понять все богатство его содержания. Здесь мы не сможем исчерпать эту тему и коснемся ее только в общих чертах.

Опираясь на данные, собранные в личном и семейном анамнезе очень большого числа больных, Кречмер выделяет среди аномальных характеров шизоидов и циклоидов, а затем, переходя к нормальным индивидам, говорит о шизотимии и циклотимии. Можно говорить о двух параллельных нисходящих рядах: с одной стороны, маниакально-депрессивный психоз, циклоидия, циклотимия, а с другой стороны, шизофрения, шизоидия и шизотимия**.

* E. Kretschmer, *Körperbau und Charakter*, op. cit. См. также недавнюю диссертацию Д. Финкельштейна: D. Finkelstein, «La constitution schizoïde», Paris, Jouve et C^e, 1926.

** Е. Кречмер использует понятия циклотимии и шизотимии как общие термины для обозначения совокупности нормальных или патологических явлений, принадлежащих к этим рядам.

Двумя характерными реакциями циклоида являются веселость (гипомания) и печаль. Обычно он очень легко переходит от одного состояния к другому под влиянием как экзогенных, так и эндогенных причин. Напротив, он никогда не бывает «нервным» в обычном смысле этого слова, ибо «нервная» реакция является уже реакцией утраты контакта с реальностью. Циклоид переходит от веселости с потребностью распространять ее вокруг к печали с сопровождающим ее чувством мучительной подавленности. Эти два элемента присущи в различных пропорциях всем индивидам данной группы. Это то, что Кречмер называет «диатетической пропорцией или пропорцией настроения» (*diathetische oder Stimungsproporzion*) у циклоида.

Подобно тому как циклоидный темперамент осциллирует между веселостью и печалью, шизоидный темперамент тоже движется между двумя полюсами. Этими полюсами для него являются эмоциональная гиперестезия и анестезия (*reizbar und stumpf*). Симптомы гиперестезии следует подчеркнуть особо, ибо в отличие от индифферентности и других признаков анестезии, вплоть до настоящего времени в психологии шизотимического направления их не принимали во внимание в достаточной мере.

Впрочем, чтобы объяснить шизоидию следует повторять не то, что шизоид или слишком восприимчив, или слишком безразличен, но что он и то, и другое вместе. Таким образом, он во всем подобен шизофренику. Блейлер показал, что даже в психизме старых шизофреников психиатрических лечебниц, своей неподвижностью внешне напоминающих мумии, что рассматривалось как наиболее полное выражение их эмоциональной неменяемости, даже в их психизме есть элементы гиперестезии. Эти элементы связаны со старыми «комплексамися»*. Когда реальность случайно выводит их из этого состояния, мы наблюдаем резкие, неожиданные и неистовые реакции. Также у старых

* В области патологического психизма мы называем «комплексом» группу воспоминаний, представлений или идей, несущую большую эмоциональную нагрузку и лишенную связей, которые в нормальном состоянии соединяют ее с психическим миром индивида. Роль комплексов в психопатологии шизофрении мы рассмотрим подробнее в III главе.

шизофреников, казавшихся совершенно безразличными и навсегда застывшими, наблюдаются порой настоящие взрывы эмоций, так что в большинстве случаев мы совершенно не в состоянии ответить на вопрос о границах подлинной эмоциональной неменяемости и о том, чем, по сути, в их поведении является «аффективный спазм» (*Affektkramp*).

У шизоидов мы находим (сохраняя, естественно, должные пропорции) ту же самую смесь гиперестетических и анестетических факторов. Их соотношение определяет у шизоидов то, что Кречмер называет «психоэстетической пропорцией».

Но одни только печаль и веселость, подавленное или жизне-радостное состояние, гиперестезия или анестезия не могут исчерпать психологический портрет индивида, каким бы он ни был. Человек в жизни не только ощущает и испытывает эмоции. Он работает, действует, надеется, стремится к своим идеалам, размышляет, сердится, отказывается, протестует или смиряется. У циклоидов все психические проявления имеют особый нюанс. В отличие от шизоида, в глубине своей души циклоид всегда и везде взаимодействует со своим окружением, никогда не теряя с ним контакта.

Гипоманиакальный циклоид может прийти в ярость, но эта его вспышка — нечто мощное и живое. Он взрывается, а потом все опять приходит в норму. Волна гнева спадает так же быстро, как она поднялась. Контакт с жизнью не прекращается ни на мгновение. Гнев циклоида — это гнев, дающий ему разрядку, так же как и его смех или слезы. Совершенно иной способ бытия у шизоида. Придя в состояние гнева, он с трудом может из него выйти. Вершина волны превращается у него в плато. Внешние реакции могут быть значительно слабее по сравнению с предыдущим случаем, но возбуждение длится непомерно долго. Своими словами и жестами шизоид только поддерживает свое внутреннее раздражение. Он будоражит самого себя. Он не позволяет другим никаких возражений или объяснений и не вносит никаких корректив в свое душевное состояние. Он культивирует его больше, чем следует. Но время идет, причина гнева уже заслонена другими событиями, уже давно следует разрядить ситуацию. Но шизоид остается поглощенным своим состоянием, он будто обездвижен в присутствии жизни,

которая не ждет и продолжает идти своим путем. Шизоид остается в стороне и теряет ней контакт*.

Циклоид может быть молчаливым, но в его молчании нет ничего тягостного, оно не создает ту холодную и мрачную атмосферу, которая окружает молчаливого шизоида. Циклоид молчит не потому, что не хочет ничего говорить, и не потому, что ему нечего сказать окружающим, но просто из-за того, что предпочитает иногда хранить молчание. Улыбка или умеренный жест оживят это молчание и, несмотря на отсутствие слов, контакт с окружением никоим образом не будет разорван. Такого человека охотно назовут молчаливым, но никак не холодным, высокомерным, несуразным или глупым.

Депрессивные циклоиды нередко стремятся вести нравственный образ жизни, но, в отличие от шизоидов, это никогда не вырождается у них в чисто рациональную доктрину, неукоснительно, без всяких исключений применяемую в равной мере к себе и к другим. Напротив, с их стороны всегда можно надеяться на глубокое понимание реакций, мотивов и образа жизни окружающих их людей, основанное на доброте и снисходительности. Возможно, циклоиды не будут способны, как некоторые шизоиды, на великие жертвы ради какой-либо воспринятой ими Идеи, но они никогда не будут холодны, безучастны или высокомерны по отношению к слабостям других. Это, однако, никоим образом не значит, что они готовы все принять, все простить или занять позицию безучастного наблюдателя. Они умеют соблюдать во всем верную меру — это

* Возможно, то, что мы говорим о раздражительности шизоидов, нельзя найти текстуально в трудах Кречмера. Мы добавили это, будучи убеждены, что ни в чем не исказили его мысль. Мы делали это и прежде, в нашем мемуаре «*Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich*» («Психиатрические впечатления от пребывания в Цюрихе»), *Ann. medico-psych., février 1923*, где в обобщенном виде представили идеи Кречмера и Блейлера на эту тему. Когда стремишься проникнуть в мысль другого человека, чтобы сделать ее своей и использовать в дальнейшем, иногда позволительно передавать ее более свободно и лично. По сути, это естественно. Излишняя верность «тексту» рискует превратить эту мысль в мертвую букву. Здесь тоже никогда не бывает слишком много «синтонии».

то, что делает отношения с ними столь приятными и дорогими. Они всегда остаются «человечными» в самом высоком смысле этого слова.

Циклоиды находят удовлетворение в труде, и часто среди них можно найти людей большой практической энергии. Но эта энергия подвижна и гибка, она умеет понимать обстоятельства и приспособливаться к ним. Она не имеет ничего общего с тем слепым и опасным упорством, которое встречается у некоторых шизоидов.

«Циклоид живет в унисон с окружающей его средой и потому в нем нет доведенного до предела противоречия между «я» и его окружением. Он не восстает против этого окружения, не пытается изменить его *любой ценой*, согласно установленным им раз и навсегда жестким принципам, которые считаются им непреложными. Он не ощущает трагического разлада между ним и реальностью, так как живет в окружающих его вещах, его личность сливается и растворяется в них, он живет, чувствует и страдает вместе с ними»*. Он, можно сказать, замешан на другом тесте по сравнению с шизоидом, который обладает природной предрасположенностью к трагическому и в любых обстоятельствах доводит до крайних пределов антитезу «я и окружающий мир», живя потому в атмосфере постоянного конфликта с окружением. Его холодный эгоизм и безмерная гордость, а также постоянная потребность в самоанализе держат его в постоянном напряжении, делая его жизнь сущим адом.

В сущности, циклоид всегда остается общительным, даже когда он мало доверяет людям или предпочитает жить один, ибо для него уединиться никогда не означает оставаться отделенным от среды. Напротив, шизоид почти всегда нелюдим. Он таков отчасти из-за того, что его гиперестезическая душа стремится к слишком ярким краскам и громким звукам, к слишком резким ударам повседневной жизни. Он замыкается в себе, предпочитая свой внутренний мир и свои мечтания активной эмоциональной внешней жизни. Он пренебрегает контактами с другими людьми также и по причине своей эмоциональной анестезии. Он не испытывает в этом никакой потребности и совершенно не заинтересован

* E. Kretschmer, *Körperbau und Charakter*, op. cit., p. 102.

в подобных контактах. Также (и это самый частый случай) его поведение определяется одновременно двумя перечисленными выше факторами, в той или иной пропорции, как мы указывали, встречающимися у всех шизоидов.

Существуют также шизоиды, которые, в отличие от тех, о ком говорилось выше, вначале кажутся общительными. Но в их отношениях с другими есть что-то поверхностное. Им не хватает эмоциональной ноты, которая так необходима в жизни. Среди этих шизоидов мы находим беспечных и ироничных индивидов, посещающих самых разных людей, так как у них нет каких-то явных предпочтений. Им, в сущности, безразлично, с кем они общаются. Индивидуальные различия нисколько не выделяются для них на общем сером фоне, которым в их глазах является человечество. Но мы также найдем среди них умелых и активных не знающих отдыха бизнесменов, которые благодаря труду достигают успеха, движимые потребностью продемонстрировать свою значительность и доминировать над другими людьми. Однако очень часто они совершают в жизни промахи, промахи по большей части психологического порядка, ибо, постоянно контактируя с людьми, они, по сути, их совершенно не знают, а точнее, не понимают. Они всегда готовы отрицать и презирать все, что отличается от их собственного образа жизни. Кроме того, они не чувствуют нюансов индивидуальных различий. Порой они ведут себя как слепые. При общении с ними ситуация всегда остается неясной в эмоциональном плане. Между ними и другими людьми находится как бы «стеклянная стена» (Кречмер). Эту стену они сами иногда чувствуют, и тогда о ней говорят. Что касается синтона, то он «разбивает нос» об это стекло каждый раз, когда имеет дело с шизоидом. Его потребность жить в унисон с другими не находит отклика. Он чувствует себя несчастным, и у него постоянно складывается впечатление, что он все еще не смог проникнуть на всю «глубину» в душу своего «друга», даже когда эта «глубина» представляет собой лишь холодное отрицание и пустоту. Дела не обстоят лучше, когда встречаются два шизоида. Шизоид допускает лишь собственный способ бытия, и теперь уже наличествуют два стекла вместо одного, и иногда они оба разбиваются вдребезги.

В одной нашей работе* мы писали: «Отшельник, ушедший от мира, но любующийся закатом солнца на пороге своей хижины или наслаждающийся пением птиц, имеет значительно больше элементов синтонии, чем тот, кто, окруженный спутниками, несет свою скуку и праздность от одного злачного места к другому». Этот пример полностью согласуется с тем, что только что было сказано о различиях двух рассмотренных темпераментов.

Мы находим те же, но лишь несколько меньшие различия в области нормальной психики. Как мы уже видели, Кречмер говорит здесь о цикло- и шизотимии, употребляя эти два понятия в качестве общих терминов для групп нормальных и патологических явлений, принадлежащих, соответственно, к рядам маниакально-депрессивного психоза и шизофрении. Впрочем, нигде в этих рядах не исключается полностью ни шизотимия, ни циклотимия. Чистые типы встречаются не так уж часто. Черты шизоидии и циклоидии могут наблюдаться, сосуществуя друг с другом, у одного и того же индивида. Поэтому встречаются ассоциированные психозы, которые можно интерпретировать как сочетание симптомов маниакально-депрессивного психоза с шизофренией. Кречмер во всех этих случаях говорит о «смесях».

Таково в общих чертах содержание труда Кречмера в том, что касается классификации характеров. Мы, однако, оставили в стороне ту его важную часть, которая не связана непосредственно с темой нашей книги. Здесь мы ее только упомянем. Первая половина книги Кречмера посвящена проблеме взаимоотношения характера и физической конституции человека. Кречмер считает, что один или несколько хорошо определенных физических типов однозначно соответствуют шизотимическому или циклотимическому ряду. Одни и те же типы регулярно встречаются у больных, психопатов и нормальных людей, принадлежащих к одному и тому же ряду. Это обстоятельство служит еще одним доказательством существования тесной связи всех ступеней одного ряда и подтверждает то мнение, что особенности психики, наблюдаемые в каждом из этих рядов, несмотря на видимые различия, являются выражением одного главного характера — циклотимии или шизотимии.

* «Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich», *op. cit.*

Здесь мы не можем рассмотреть эту тему подробнее. Укажем только, что помимо наследственности, которая занимает в исследованиях Кречмера очень большое место, для подкрепления своих данных об идентичности наблюдаемых психологических явлений у душевнобольных, психопатов и нормальных людей, принадлежащих к одной группе, он вводит новый внешний фактор в виде близости их физического типа. Его заключения очень хорошо подтверждаются.

Блейлер* вносит поправки в термины, используемые Кречмером. Понятия шизоидии и шизотимии, с одной стороны, и циклоидии и циклотимии, с другой, не вполне эквивалентны. Первые относятся к поведению в отношении окружающей среды, а вторые связаны прежде всего с идеей протекающих во времени циклических изменений. Поэтому стали необходимы некоторые уточнения. Для маниакально-депрессивного психоза и соответствующих ему темпераментов характерен не столько фактор чередования или цикличности, сколько то, что во всех состояниях сохраняется контакт с реальностью. Сам Кречмер очень определенно подчеркивал это в своих описаниях. Все эти индивиды, в противоположность шизофреникам и шизоидам, не теряют способности жить в унисон с окружающей их действительностью. Термин «синтония» значительно лучше передает главную черту их поведения. Вот почему именно его предпочел Блейлер. Шизоидность и синтония становятся теперь двумя функциями или, как пишет Блейлер, двумя *витальными принципами*, взаимодействие которых управляет нашим отношением к событиям, людям и предметам окружающей среды. Они могут сочетаться в разных пропорциях, определяя тем самым особенности каждого индивида.

Для иллюстрации психологического значения этих двух понятий, приведем следующий пример**. Два молодых человека собираются в воскресенье совершить прогулку в горах. Один из них радуется перспективе провести день вдали от городского шума. Его воображение рисует картину залитой солнцем природы, которой он сможет насладиться высоко в горах. Он покупает газету.

* E. Bleuler, «Die Probleme der Schizoïdie u. Syntonie», *op. cit.*

** «Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich», *op. cit.*

Метеорологический прогноз обещает во второй половине дня туман и дождь. Но его желание провести этот день среди деревьев и скал столь сильно, что он старается забыть о только что прочитанном прогнозе. Он не перестает надеяться на то, что метеорологи ошиблись. И когда в горах его застигает дождь и вместо яркого солнца он видит лишь тучи и туман, юноша с досадой возвращается домой: вылазка в горы не удалась. Другой молодой человек также читал газету, неблагоприятный прогноз не остался им незамеченным, но он вовсе не собирается по этой причине менять свои планы. Имеет значение только одно: решение пойти в горы. Раз решение принято, он его исполняет, он идет прямо к цели, не обращая внимания на возникшие новые обстоятельства. Ни дождь, ни туман уже не смогут его остановить. Но разве их не предсказали метеорологи? Вечером он довольный возвращается домой: он осуществил принятое решение. С внешней стороны поведение обоих юношей одинаково. Сравнивая с его поведением третьего молодого человека, который отправился на прогулку, но, прочитав метеопрогноз, тотчас вернулся назад, такой образ действий можно назвать легкомысленным. Однако психологический фон в первых двух случаях совершенно разный. Один из молодых людей хочет слиться с природой и окружающей средой, другой в точности соблюдает принятое решение и отклоняет всякое внешнее влияние, способное его изменить, сколь бы оправданным оно ни было. У первого преобладают элементы синтонии, поведение второго хорошо соответствует понятию шизоидии.

Конечно, мы не судим о человеке по одной его реакции или по одному его жесту. Однако если в разных жизненных ситуациях особенности поведения, которые мы только что обсуждали, будут повторяться, отличие шизоида от синтона будет вырисовываться перед нами все более определенно. «Если я что-то решил, необходимо исполнить это любой ценой, — сказал нам один из наших друзей, — и даже тогда, когда в ходе осуществления замысла моя интуиция говорит мне, что я избрал плохой путь и, продолжая им идти, я нанесу вред самому себе. Но это сильнее меня. Я не могу остановиться, до самого конца я остаюсь под властью принятого решения. Впрочем, у нас в семье все такие», — добавил он. Синтон, который существует в постоянном контакте с окружающей

средой и, стремясь к поставленной цели, умеет привести свое поведение в соответствие с реальными обстоятельствами, не превращая свои поступки в дело принципа и не пытаясь сломать стену непреодолимых обстоятельств, никогда не стал бы так говорить. Впрочем, эта шизоидная нотка проявлялась у нашего друга не только в сфере воли, но и в его симпатиях и антипатиях, его реакциях, а также давала о себе знать перед лицом как серьезных, так и незначительных событий повседневной жизни, одним словом, отражалась на всем его существе.

Таковы синтон и шизоид. Если теперь мы посмотрим на все примеры, которые позаимствованы у Кречмера и Блейлера или же приведены нами, то без труда увидим (и это следует помнить, если мы хотим давать себе отчет в реальном значении обсуждаемых новых понятий), что ни шизоидию, ни синтонию нельзя связать с какой-либо из черт, которыми мы обычно описываем характер человека, такими как доброта, энергия, общительность, честность, простота, раздражительность и т. д. Шизоидия и синтония располагаются, так сказать, между этими чертами характера, придавая каждой из них особую окраску и определяя специфику взаимоотношений индивида с окружающей его средой. Шизоид может иметь репутацию доброго, честного, общительного, энергичного, мягкосердечного человека, таким же могут считать и синтона, но они будут очень различаться в нюансах, в том, что в жизни является, по сути, самым существенным. Синтон обладает *интуицией меры и границ*. Он постоянно это демонстрирует. Эта интуиция «сглаживает повсюду углы» и позволяет многое понять и многое предвидеть, иногда даже слишком многое. Жизнь синтона можно также уподобить волнам (*runde, wellige Linie*, как говорит Кречмер), волнам, добавим мы, по которым индивид может порой уплыть слишком далеко, не став еще крепко на ноги, чтобы утвердить свое «я» и преуспеть в жизни. Жизнь шизоида напоминает прежде всего прерывистую, нерегулярную зигзагообразную линию с острыми углами (*zackige, abrupte Linie*), линию, порой утомляющую глаз, но оставляющую значительно более четкую траекторию, чем волны синтона. Дело в том, что синтония смягчает в жизни то, что в шизоидии имеет острые углы, а шизоидия призвана углубить то, что слишком поверхностно и нечетко

в синтонии. Конфликт синтона — это поиск своего «я», которое постоянно кажется ускользающим. Он слишком поглощен тем, что его окружает. А конфликт шизоида в том, что он ищет доступ к реальности, к которой ему постоянно не удается проложить дорогу.

Человеческая личность по Дельмасу и Боллю*

Всегда полезно сопоставлять новые понятия со старыми того же рода, особенно если методы, использовавшиеся для их разработки, были теми же самыми. Ибо в том, что касается метода, существует, как мы скоро увидим, удивительная близость между работами Кречмера и Блейлера, с одной стороны, и обзором Дельмаса и Болля «Человеческая личность», с другой. Именно поэтому мы на некоторое время отклонимся от нашего предмета и поговорим об этой работе немного подробнее.

Дельмас и Болль начинают свое исследование с различения двух больших групп психических заболеваний: вызванных болезнью психозов и врожденных психопатий. Психозы, вызванные болезнью, всегда являются приобретенными, результатом воздействия какого-либо вредоносного агента (например, токсикоинфекции). Они затрагивают прежде всего интеллектуальную сферу и не связаны с врожденной предрасположенностью больного. Напротив, аномалии функционирования психики при врожденных психозах передаются по наследству. Они нарушают не интеллект, но эмоциональную и деятельную сферу индивида. Каждый врожденный психоз представляет собой развитие какой-либо разновидности нарушения психического равновесия. Врожденных психопатий наблюдается столько, сколько существует видов этого нарушения. Последние сейчас хорошо известны, определены и классифицированы под общим названием психопатических конституций. Их классификация повторяет классификацию врожденных психозов. Таким образом, пяти врожденным психозам, выбранным Дельмасом и Боллем в качестве исходной точки — паранойе, нравственному помешательству, мифомании, мании-меланхолии и патологической гиперактивности (психозу гиперактивности) — соответствуют пять врожденных психопатий:

* Delmas et Boll, *La personnalité humaine*, op. cit.

параноидная, перверсивная, мифоманиакальная, циклотимическая и гиперэмотивная.

Вплоть до этого пункта Дельмас и Болль следуют работам французских психиатров, посвященным патологическим конституциям. Однако они делают шаг вперед, преодолев барьер между патологией и нормой и распространяя пять упомянутых выше рядов на область нормальной психики, подобно тому как Кречмер и Блейлер делали это в отношении маниакально-депрессивного психоза и шизофрении. «Психопатические конституции появляются лишь как гипертрофии или атрофии нормальных психических способностей, и классификация этих конституций позволяет классифицировать способности, подчеркивая то, что эти две группы различаются только степенью, но не природой»*.

Каждой психопатической конституции соответствует определенная психическая способность. Тем самым психопатология становится плодотворным методом открытия и классификации эмоциональных и деятельных способностей человеческой личности. Согласно Дельмасу и Боллю, это *единственный* метод, давший заметные результаты в этой области и способный, по-видимому, привести к подлинному синтезу психологии, тому синтезу, который многие психологи и психиатры, принимая во внимание относительную неудачу психофизики и психофизиологии, признают идеей химерической или, по крайней мере, преждевременной**.

Пяти врожденным психозам, также как пяти психопатическим конституциям, соответствуют пять основных аффективно-активных предрасположенностей. Они таковы: жадность, доброта, общительность, активность и эмоциональность. Между психозами, болезненными конституциями и предрасположенностями разница состоит лишь в степени гипертрофии или атрофии нормальных факторов. Гипертрофия жадности ведет к параноидальной конституции, атрофия доброты — к перверсивной конституции и т. д.

Аффективно-активная сторона личности индивида образована фиксированным раз и навсегда соединением этих пяти предрасположенностей. Их сила и взаимодействие вносят свой вклад

* Ibid., p. 23–24.

** Ibid., p. 18.

в особенности поведения каждого человека и, таким образом, могут служить основой для классификации темпераментов и характеров.

Теперь мы ясно видим, что метод Дельмаса и Болля совершенно тот же, что и метод Кречмера и Блейлера. В обоих случаях мы приходим к общим психологическим понятиям, отправляясь от нозографических данных. Эта схожесть свидетельствует о ценности используемого метода. Напомним, что, основанный на идеях схожести и предсуществования, он удовлетворил нашу потребность в выполнении принципа причинности, и потому его обособенность не подлежит сомнению. Однако полученные результаты расходятся. Пять рядов с одной стороны, и только два — с другой. Кроме того, эти ряды совершенно разные. Мы вновь сбиты с толку. Противоречат ли абсолютно друг другу эти две попытки, сделанные, в сущности, в одном и том же духе? Необходимо ли выбирать между этими двумя методами? Что касается нас, то мы так не думаем. Напротив, нам кажется полезным искать то, что каждый из них может содержать ценного и значимого.

Невозможно исчерпывающим образом рассмотреть эту проблему. Ее критический анализ совершенно выходит за рамки этого обзора. Мы ограничимся здесь только несколькими общими замечаниями. Дельмас и Болль относят раннее слабоумие к психозам, вызванным болезнью. Однако исследования наследственности заставляют нас допустить присутствие некоего врожденного фактора в патогенезе этого заболевания. По-видимому, дело здесь не просто в предрасположенности в смысле малой сопротивляемости вредоносным экзогенным агентам, но в некоем формирующем факторе, способном определить конкретный аспект психоза. Существованием этого фактора не следует пренебрегать в случае раннего слабоумия (шизофрении), там, где речь идет о врожденных психопатиях, и даже там, где показано, что раннее слабоумие не могло возникнуть без воздействия внешней причины. По-видимому, это так и для эпилепсии*. Здесь также для

* E. Minkowska, «Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères, en particulier à celui de l'épileptoïdie», *Annales médico-psychologiques*, juillet 1923.

психиатрии невозможно обойтись без генеалогических исследований. Это, однако, не единственный пункт, который мы должны здесь обсудить.

Дельмас и Болль считают, что существует пять аффективно-активных предрасположенностей. Психопатические конституции и психозы являются лишь гипертрофией или атрофией последних. В принципе, каждая предрасположенность может отклоняться в двух направлениях: усиления и ослабления. Следовательно, эти пять предрасположенностей должны породить удвоенное число, т. е. десять патологических конституций, а значит, десять психозов. Но в действительности их существует только пять. Это делает всю конструкцию неполной. Чтобы устранить эту трудность, Дельмас и Болль приводят рассуждения практического характера.

Следует считать, что относительная важность этих двух отклонений была определена практикой жизни. Именно практическая жизнь индивида и коллектива привела к тому, что подобную гипертрофию стали рассматривать как патологию, т. е. как нечто губительное для ее носителя или всего его рода из-за реакций, которые она может вызвать, а соответствующую атрофию считали просто аномалией темперамента по причине отсутствия какого-либо вредного эффекта. Это так в случае гиперэмоциональности, нередко приводящей к печальным результатам, и обычно безобидной бесстрастности, равно как и в случае паранойи и соответствующей ей безучастности*.

Гипертрофия общительности порождает мифоманиакальную конституцию, а затем и мифоманиакальный психоз. Атрофия этой способности не ведет так далеко, тем не менее,

...она приводит подчас к значительным неудобствам. Это подтверждает также негативный оттенок понятий «цинизм» или «чрезмерная вольность», которым часто сопутствует некорректность, невежливость и даже наглость**.

Но разве полная безучастность не может быть столь же пагубной для индивида и коллектива, как и чрезмерная жадность?

* Delmas et Boll, *La personnalité humaine, op. cit.*, p. 57.

** Ibid., p. 60.

По крайней мере, если говорить о безучастных индивидах, то не предстают ли они такими из-за того, что их желания не стимулируются больше вызовами внешней жизни? Не идет ли иногда в этих случаях речь о шизоидах? И точно так же циники, строго применяющие принцип истинности, нисколько не заботясь об окружающем мире и переходя границы, диктуемые интуицией, не должны ли они быть причислены к той же категории? Кречмер во всех этих случаях относит их к шизоидам.

Таким образом, в самой системе Дельмаса и Болля еще есть место для рассуждений другого рода. Однако представляется невозможным ввести туда полностью понятия синтонии и шизоидии и согласовать их с основными линиями этой системы. Дело в том, что шизоидия и синтония лежат в другой плоскости. Мы попытаемся сейчас это показать.

Шизоидия и синтония ведут себя как *две противоположности*: одна разрывает жизненно необходимый контакт с реальностью, а другая его сохраняет. Основанная на этом классификация темпераментов, сколь бы бедна она ни была, представляется полной и образует некую *систему*. Самое большее, можно еще допустить модификацию контакта с окружающей средой, характеризующую, в противоположность шизоидии, слишком большим участием в ней. Эта модификация может быть реализована всем образом жизни и, в частности, вязкой эмоциональностью эпилептоидной или глишироидной конституции (от греч. γλισχρος — вязкий), объявленной г-жой Минковской* конституциональной основой эпилептических проявлений по аналогии с шизоидией и синтонией в их отношении с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом.

Правда, Дельмас и Болль говорят нам, что предлагаемый ими подход представляется им точным и полным, так что число выделенных факторов не может быть увеличено**. Но перечислим еще раз эти пять аффективно-активных предрасположенностей: жадность, общительность, доброта, активность, эмоциональность.

* F. Minkowska, «Recherches généalogiques,...», *op. cit.*, и «Le problème de la constitution vu à travers les recherches généalogiques, son importance théorique et pratique». *Évolution psychiatrique*, t. II, Paris, Payot, 1927.

** Delmas et Boll, *La personnalité humaine*, *op. cit.*, p. 38.

Если рассматривать их самих по себе, то соединяющая их друг с другом связь не выступает в явном виде. Возможность добавить к ним иные предрасположенности вовсе не исключена. Тогда следует ли рассматривать представленную схему как полную и окончательную? Сама по себе она таковой не кажется. Авторы, однако, считают, что это именно так. Они основывают свою систему на совершенной другой серии данных. В результате ряда психофилогенетических рассуждений они связывают ее с первичными биологическими свойствами, такими как питание, размножение и моторика. Четвертое свойство, восприимчивость, сопоставляется интеллектуальным способностям*.

На этот раз классификация имеет более солидное основание. Упомянутые биологические факторы, по-видимому, действительно представляют все основные элементарные свойства жизни. Но в то же время вся концепция аффективно-активных предрасположенностей и вместе с ней концепция человеческой личности получает чисто натуралистическую и биологическую ориентацию. Конечно, мы несколько не ставим это в вину Дельмасу и Боллю, которые первыми признали полезность и оправданность подобных концепций. Но единственна ли она, является ли их подход лучшим способом изучения человеческой личности и ее положения в мире?

Биологическая ориентация преобладает в исследовании Дельмаса и Болля и определяет идеи, которые они развивают об эволюции и жизни человеческой личности. Согласно им, приобретенная личность «с течением времени соединяется с врожденной личностью, не меняя, однако, первоначальной природы последней, которая по существу остается неизменной».

По мере того как человек вступает в контакт с окружающей его средой и под влиянием своих аффективно-активных предрасположенностей, а также с помощью интеллекта пытается приспособиться к внешним событиям и использовать их, его личность не остается неизменной. Она вынуждена меняться не в своей изначальной природе, но в способе своей манифестации, иными словами, в своем поведении**.

* См. схему на с. 81 в упомянутой книге.

** Delmas et Boll, *La personnalité humaine*, op. cit., p. 114.

Человек приобретает знания, накапливает воспоминания, обогащает свой опыт, приобретает привычки, устанавливает правила поведения и, приводя в движение все эти приобретения, равно как свои врожденные предрасположенности и способности, он стремится *как можно лучше приспособиться к окружающей среде, в которой живет*. Тем самым он проходит три стадии своей эволюции: жизнь пассивную, стихийную и сознательную. Последняя стадия представляет собой «стремление сочетать две предыдущие жизни и все более адекватно приспосабливаться к окружающей среде»*.

Таким образом, взаимодействие между индивидом и средой сведено к чисто биологическому фактору адаптации. Но исчерпываются ли этим существующие в жизни сложные корреляции между человеческой личностью и миром, определяющие непрерывный прогресс того и другого?

Мы можем сказать, что если действительно адаптация была единственным фактором эволюции человеческой личности, то она давно была бы завершена. Уже давно человек и мир находились бы в состоянии равновесия, участвуя все более пассивно в вечном движении звезд. Но это не так и никогда так не будет. Дело в том, что в нашу жизнь мощно вмешивается фактор совсем другого рода: *расцвет личности*. Человек не только приспособляется, он *творит*, и в это творческое усилие он вовлекает всю Вселенную, заставляя ее постоянно прогрессировать. Он стремится наложить свою печать на окружающую среду, освободить себя от пут, которые она налагает на его природу, свести свою адаптацию к строгому минимуму, к границе, которую нельзя безнаказанно преступить... ибо по другую ее сторону находится пропасть, пучина, в которой совершается помрачение разума. В наше время мы не можем игнорировать ни этот аспект человеческой личности, ни проблемы, которые он ставит перед нами. Не озаглавил ли Бергсон одну из своих главных работ *Творческая эволюция*? Но цитируя философский труд в работе по психиатрии, не выходим ли мы в значительной степени за пределы нашей науки? Некоторые вполне готовы это утверждать. Они будут и соответственно судить

* Delmas et Boll, *La personnalité humaine, op. cit.*, p. 104.

наши усилия. Но всякая хорошая философия преподносит ценные психологические уроки. Психиатрия не может не обращать на это внимания. От этого она, конечно, ничего не потеряет, но, безусловно, многое приобретет.

Впрочем, те же самые идеи появляются в другой области человеческой мысли, которая уже значительно ближе нашей науке. Достаточно вспомнить о том большом значении, которое в своих рассуждениях общего порядка крупный нейробиолог Монаков придает *стремлению к совершенствованию (Trieb zur Vervollkommnung)**. Согласно ему, это стремление характеризует все живые существа, и потому его следует относить к другим основным инстинктам в качестве самостоятельной единицы. Таким образом, ряд биологических свойств, на которых гг. Дельмас и Болль основывают свое понятие аффективно-активных предрасположенностей, возможно, не исчерпывает основные черты биологического становления.

Понятия шизоидии и синтонии, напротив, учитывают эту сторону жизни индивида. Именно в развитии личности вечная антитеза «я и мир», источник конфликтов и раздоров, но также и самых больших и чистых радостей, выступает во всем своем драматизме. То, как индивид воспринимает эту антитезу, которую он интегрирует в свою жизнь, составляет одну их самых существенных черт его личного развития. Здесь применимы понятия шизоидии и синтонии, касающиеся поведения индивида по отношению к окружающей среде в целом. И в этом мы видим неоспоримое преимущество.

Все это, очевидно, не означает, что одни только эти понятия призваны исчерпать всю проблему. Напротив, мы полагаем, что сопоставление понятия эмоциональной конституции, разработанного французской школой (Дюпре и его последователями) с тем, что Кречмер называет гиперестетическим полюсом шизоидной конституции, представляет очень большой интерес. Достаточно вспомнить, что весьма характерные психопатические феномены, такие как истинные навязчивые состояния, не понята в исследованиях Кречмера, избравшего предметом своего

* Monakow, *Gefühl, Gesittung und Gehirn*, Wiesbaden, 1916.

рассмотрения лишь оппозицию маниакально-депрессивного психоза и шизофрении, а также соответствующие конституции. Мы не собираемся здесь, конечно, обсуждать ни очень сложную проблему психологической структуры навязчивых состояний, ни нозографические отношения, существующие между этими состояниями и рассматриваемыми двумя психозами. Мы просто хотим сказать, что требуется прежде всего различать гиперестетические реакции шизоидов и гиперэмотивную конституцию. Более чем вероятно, что речь здесь идет о различных врожденных факторах, способных при чрезмерном развитии привести и к различным психопатическим реакциям.

В отношении этой темы мы ограничимся тем замечанием, что гиперэмотивный индивид ощущает свою гиперэмотивность как затруднение, как слабость. Он пытается ее преодолеть, просит помощи у других, когда она угрожает стать чрезмерной. Шизоид значительно больше сливается со своей гиперестезией, соединяет с ней идею своей личности и едва ли не видит в ней превосходство над другими людьми. Гиперэмотивный индивид охотно *прячется* от жизни, от которой он робеет и которой боится. Гиперестетический шизоид, чтобы, так сказать, уберечься от ударов жизни, *полностью удаляется* от нее. Он держится на расстоянии от людей, не спрашивает ни у кого советов и замыкается в своей башне из слоновой кости, чтобы оставаться наедине со своей чувствительной душой и со своей «аристократической» высоты наблюдать за остальными. Истинно навязчивое состояние всегда ощущается гиперэмотивным индивидом как нечто ему чуждое, как некий паразит, проникший ему в психику. Он *борется* против него. Феномены навязчивого состояния там, где они проявляются у шизофреника, имеют совершенно другой характер. Больной идентифицирует себя с ними значительно больше и привлекает всю свою «логику», чтобы показать их обоснованность. Мы еще вернемся к этой теме в следующей главе.

Какова бы ни была, впрочем, эта разница, понятия шизоидии и синтонии, с одной стороны, и понятия, рассмотренные Дельмасом и Боллем, с другой, остаются принадлежащими двум различным плоскостям. Они не вполне взаимозаменяемы. В сущности, это заключение вытекает из всего того, что было сказано

выше. Формулируя его, мы рассмотрим задачу, которую определили как завершённую. Здесь наша главная цель — попытаться упорядочить различные концепции современной психиатрии. Только так мы избежим противопоставления друг другу концепций, находящихся в различных плоскостях, сможем ограничить число чисто словесных дискуссий и, наоборот, соединим все на первый взгляд разнородные усилия ради одной цели: прогресса нашей науки.

Добавим сразу же, что понятия шизоидии и синтонии не претендуют на универсальность и способность решить все проблемы. С нашей точки зрения, попытаться, например, свести наблюдаемые различия между жителями севера и юга к этим двум понятиям, было бы бесполезным ребячеством. Хотим ли мы этим сказать, что русский большой синтон, чем француз, так как у него эмоциональная атмосфера становится часто целью в себе. Он ее культивирует, видя в ней даже смысл жизни, и во многих случаях в ущерб действию, тогда как у французского эмоциональность всегда подчинена прагматическому динамизму, который ее направляет и ограничивает? Конечно, нет. Вне всякого сомнения, тонкие нюансы, относящиеся к отличиям эмоционального мира разных народов, точнее передаются другими понятиями, наполненными большей жизнью и большим разнообразием. Да, термины «шизоидия» и «синтония» действительно применимы к нормальной жизни. Но они выведены из нозографических концепций и, таким образом, связаны лишь с некоторыми сторонами жизни. Этим мы хотим сказать, что, применяя их к нормальной психике, мы делаем это *в качестве психиатров*, т. е. пытаемся выявить в ней особенности, которые можно было бы поставить в соответствие с нашими клиническими понятиями. Это уже очень хорошо, ибо вместо того чтобы повсюду искать патологию, как это некогда делали психиатры, мы, напротив, пытаемся сблизить патологию с нормой. Но мы не только психиатры, и нормальная жизнь не единственный источник психических нарушений. Вот почему в жизни, в настоящей жизни, наши понятия быстро оказываются неудовлетворительными, реальность постоянно выходит за их границы.

Проблемы психиатрии в связи с введением понятий шизоидия и синтония

Шизоидия и шизофрения, конституция организма и болезнь

В наши клинические исследования и анализы теперь все больше проникает важный элемент — *предрасположенность, или конституция организма*. В этом отношении психиатрия следует эволюции общей патологии. В наших предыдущих работах мы показали, как формировались концепции раннего слабоумия Крепелина и шизофрении Блейлера, которые рассматривались как «психические болезни». Вплоть до настоящего времени мы полагали, что патологический процесс может проникать в здоровую личность как некая внешняя сила и затем продолжать свою разрушительную деятельность, беря на себя все наблюдаемые симптомы. Теперь ситуация изменилась. На сцену выступила конституция организма. Она, можно сказать, предопределяет все основные черты будущего психоза, который является не чем иным как чрезмерным развитием нормального характера. Сегодня существует тенденция разделять понятие шизофрении как психической болезни на два фактора разного порядка. Первый — это шизоидия — врожденный, по преимуществу специфический фактор, более или менее неизменный в течение жизни индивида. Второй — это по своей природе эволютивный вредоносный фактор, способный быть причиной патологического процесса в психике. Сам по себе он не обладает ясно выраженной спецификой. Он более индифферентен, и вызываемая им клиническая картина определяется прежде всего конституцией организма, в котором он действует. Соединяясь с шизоидией, он трансформирует ее в *специфический патологический процесс — шизофрению*, который в конечном счете ведет к характерному для этого заболевания дефицитарному состоянию.

Более углубленный анализ данных, относящихся к наследственной передаче шизофрении, по-видимому, подтверждает этот взгляд. Этот анализ показывает, что шизофрения имеет дигибридный характер, т.е. для ее появления необходимо

одновременное существование двух разных зародышевых элементов.

Эжену Кану* принадлежит заслуга в том, что он отстаивал необходимость разделения понятие шизофрении на эти два фактора. Каким бы схематичным ни был этот шаг, им не стоит пренебрегать, так как он, как мы увидим, во-первых, дает ориентиры для биологической интерпретации наследственного способа передачи изучаемых психических явлений, а во-вторых, ставит перед нами важные и интересные проблемы.

Действительно, хотя эволютивный фактор шизофрении является наиболее частым способом патологической активации шизоидной конституции, он не обязательно единственный. Иногда мы находим симптомы шизофрении (кататония и др.) и при других заболеваниях, таких как, например, прогрессивный паралич. И тогда нужно определить, не свидетельствует ли личный или семейный анамнез таких больных о наличии у них «шизоидного» фактора. Присутствие этого фактора объяснило бы появление этих необычных симптомов. Он мог вызвать их под активирующим влиянием прогрессивного паралича. Исследования, предпринятые в этом направлении, позволили получить очень интересные данные**. В наши дни интерес к этому вопросу растет в связи с новыми клиническими фактами, наблюдавшимися при лечении прогрессивного паралича прививкой малярии. Мы имеем в виду больных, которые, пройдя это лечение, демонстрировали ослабление специфических симптомов прогрессивного паралича, но имели при этом нарушения, во всем схожие с шизофренией. Здесь также можно исследовать, могут ли эти, на первый взгляд, поразительные факты объясняться наличием у этих индивидов шизоидной конституции.

* E. Kahn, «Ueber die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, die Systematik und die Aufbau der Erscheinungsformen des Irreseins», *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, Bd. 74, 1920, и *Schizoïdie und Schizophrenie im Erbgang*, Berlin, Springer, 1923.

** См. в качестве одного из первых исследований в этом направлении работы J. Pernet, «Ueber die Bedeutung von Erbllichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse» (Влияние наследственности и личного анамнеза на клиническую картину прогрессивного паралича), thèse de Zurich, 1917.

Таким же образом, исследуя психические нарушения, вызванные летаргическим энцефалитом, можно попытаться установить сходство между этими нарушениями и теми, что дают клиническую картину классических психозов*, а потом, прежде анатомо-патологических проблем, исследовать, до какой степени это сходство может быть сведено к существованию схожих конституций в этих двух сериях фактов.

Напротив, сосуществование шизоидии с патологическим фактором циклической природы могло бы вызывать, в силу того же принципа, периодическую форму шизофрении, а тот же циклический фактор в сочетании с «синтонией мог бы лежать в основе маниакально-депрессивного психоза.

После того как первоначальный энтузиазм прошел, мы должны спросить себя, определяется ли шизоидная конституция действительно у *всех* шизофреников? Некоторые случаи, по-видимому, опровергают подобное заключение. Шизофрения иногда проявляется у индивидов, которых нельзя квалифицировать как шизоидов. Если эти констатации будут впоследствии подтверждены, то потребуются уточнить гипотезу, приписывающую формирующую роль при заболевании исключительно конституции.

Очевидно, есть только один путь решения всех этих проблем. Это путь эмпирический. Только клиническое наблюдение, подкрепленное генеалогическими исследованиями, может со временем дать удовлетворительный ответ на все эти вопросы. Впрочем, здесь мы не можем углубляться в эту тему. Мы хотели только кратко упомянуть эти вопросы, поскольку, на наш взгляд, значение нового понятия определяется не только количеством объясненных фактов, но и числом, и важностью поставленных им вопросов. Упомянутые проблемы достаточно свидетельствуют о важности понятия шизоидии.

И, наконец, еще одно замечание. Если взглянуть на все сказанное выше, то нетрудно увидеть, что концепции шизоидии и шизофрении четко отделены друг от друга. Одна связана с врожденным

* H. Steck, «Contribution à l'étude des séquelles psychiques de l'encéphalite léthargique», *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XIV et XV, 1924.

фактором и тем самым принципиально неизменна у конкретного индивида. Другая относится к болезни, которая может прогрессировать и действительно прогрессирует, когда защитные механизмы организма не могут ей противодействовать. Вот почему, когда м-ль Паскаль и г-н Ж. Давесн в недавней статье* пишут, что «Блейлер особенно хорошо описал группу *больных*», шизоидов, потерпевших поражение в борьбе с болезнью и укrywшихся в дальних уголках психизма, чтобы продолжать жить в своей несбывшейся мечте», они далеки от верной интерпретации концепции Блейлера. А добавляя: «Клод и его последователи принимают понятие шизоидной конституции, но показывают, что она не вызывает психоз», они не учитывают все сказанное Кречмером, Блейлером, Каном и другими и, если я не ошибаюсь, в большой степени искажают мысль мэтра школы клиники Сент-Анн, о которой мы поговорим подробнее в последующих главах.

Тем не менее, сколь бы отчетливой ни была граница между концепциями шизоидии и шизофрении, трудности, как это всегда бывает, не заставляют себя ждать. Каждый индивид эволюционирует в течение жизни, становится зрелым, стареет. Хотя его поведение остается в главных чертах одним и тем же, в нем могут происходить значительные изменения. Жизнь с ее неизбежными ударами, как говорится, формирует характер. Периоды особенно активные как с биологической, так и с психологической точки зрения, такие как половое созревание и старение, не могут не оставлять глубоких следов. И это общее правило относится к шизоиду так же, как и к любому индивиду. Шизоид, оставаясь шизоидом всю свою жизнь, не будет в пятнадцать лет в психологическом плане таким же, как в тридцать или семьдесят лет. Его шизоидия будет эволюционировать вместе с ним. Кречмер в этом плане говорит о *смещении психоэстетической пропорции* (*Verschiebung der psychaesthetischen Proportion*), смещении, которое в подавляющем большинстве случаев происходит в сторону анестезии. Тем самым подвергается

* Mlle Pascal et M.J.Davesne, «Anaphylaxie mental spontanée, psycholloïdoclasie», constitutions psychopathiques et phénomènes de sensibilisation», *Presse médicale*, 21 novembre 1925.

** Выделено нами. — *Прим. авт.*

сомнению понятие шизоидии как неизменного фактора. Конечно, относимые на счет шизоидии изменения не превосходят по своему масштабу тех, что происходят с возрастом у всех человеческих созданий и не являются чем-то «патологическим». Это все кажется совершенно понятным, но, к сожалению, только в теории, ибо кто на практике может сказать об эмоциональной анестезии при ее заметной акцентуации в момент полового созревания, идет ли здесь речь только о смещении психоэстетической пропорции или же о проявлении истинной шизофрении? И тогда не наблюдаем ли мы на самом деле последствия предыдущих приступов шизофрении у взрослых, квалифицируемых на основании аномалий их характера как шизоидов в смысле Кречмера? Кречмер вполне отдает себе отчет в этой трудности и не перестает повторять, что очень трудно, если не невозможно с психологической точки зрения отделить то, что имеет характер психоза, от непсихотической шизоидии.

Эта трудность, совершенно естественно служит исходной точкой критики, адресованной Кречмеру. Приведем только несколько примеров. Бумке* считает, что шизоидия Кречмера теряет смысл, если из нее можно вывести и то, что является нормой, и то, что, по сути, есть лишь ослабленная форма шизофрении. Берце** также полагает, что в большинстве случаев шизоидия есть не что иное, как ослабленная форма шизофрении. Он хотя и сохраняет понятие шизоидии, но значительно ограничивает сферу его применимости. Берце применяет его только к психопатам особого типа с «апперцептивной гиперчувствительностью психоцеребральной системы», способным впоследствии стать настоящими шизофрениками.

Но каков бы ни был результат этого спора, даже если в конечном счете шизоидия Кречмера будет рассматриваться в целом как ослабленная форма шизофрении, о чем свидетельствуют данные патологоанатомических, биохимических и других исследований, даже в этом случае противопоставление понятий шизоидии и шизофрении будет полезно. Поэтому есть все основания сохранять

* Bumke, «Die Auflösung der Dementia praecox», *Klinische Wochenschrift*, 1924, № 11.

** Berze, «Schizoïdie, Schizophrenie, Dementia praecox», *Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psychiatrie*, 1925.

пока это понятие, как оно есть, не забывая при этом, что шизоидия Кречмера представляет собой принципиально неизменный фактор, тогда как шизофрения является болезнью. И между ними нет места для какого-то нового понятия. Оно только усложнило бы проблему.

Шизоидность и синтония как основа шизофрении и маниакально-депрессивного психоза*

А. Изменение ориентации. Понятия шизоидии и синтонии проливают свет на две основные клинические единицы, от которых они произошли: маниакально-депрессивный психоз и шизофрения. В том, как формировались понятия маниакально-депрессивного психоза и раннего слабоумия и как они, в конце концов, стали противопоставляться друг другу в качестве двух основных патологий в области эндогенных психозов, с самого начала решающую роль сыграл характер их эволюции. Периодичность, прерывистость, чередование состояний депрессии и возбуждения, с одной стороны, и постоянное и непрерывное ухудшение состояния, с другой, казались достаточным различительным признаком. Но со временем выяснилось, что если не сближать весьма разные клинические картины, то этим критерием невозможно удовлетвориться. Прогрессирующая эволюция к длительному дефицитарному состоянию отнюдь не является постоянным и необходимым атрибутом всех форм раннего слабоумия. Были отмечены и поздние формы выздоровления. При раннем слабоумии существуют также ремиссии, заходящие так далеко, что на заседании медико-биологического общества Миньяр мог однажды заявить, что эти ремиссии являются, по сути, ничем иным как выздоровлением. Этим он смутил психиатров, не желая

* Последующие страницы являются, возможно, наименее завершенными в моей книге, и я один несу за это ответственность. Это связано также с самой темой. Речь пойдет о проблемах, решение которых находится поистине в зачаточном состоянии. Терпеливый читатель, я надеюсь, найдет там интересные идеи. Тот же, кто любит только завершенные вещи, может пропустить эти страницы без ущерба для основной темы нашего обзора.

подстраиваться под их предвзятые идеи и прогнозы, сделанные на основании этих идей. Упомянув только двух выдающихся психиатров, заметим, что Крепелин в своей классификации раннего слабоумия признает существование периодической формы, а Шаслен в своем учебнике говорит о периодической кататонии^{*}. Мы также знаем, что состояния депрессии или возбуждения весьма часты при раннем слабоумии. Однако существуют состояния меланхолии или мании, которые сразу же или после нескольких предварительных приступов продолжают неограниченно долго, становятся хроническими, иногда сохраняя (по крайней мере, в главном) свой первоначальный характер, а иногда (что бывает значительно чаще) порождая со временем состояния с прогрессирующими нарушениями психики. Рог де Фюрсак, связав с ранним слабоумием все те из этих состояний, которые, по его мнению, относятся к этому заболеванию, придерживается, однако, термина «хронические маниакально-депрессивные состояния»^{**}, состояния, «которые, хотя и бесконечно более редки, чем считали старые авторы, тем не менее, являются реальностью». В этих случаях благоприятный прогноз, сделанный в начале заболевания, также не оправдывается.

Таким образом, характер эволюции оказывается недостаточным, чтобы только на его основе можно было разграничить два психоза. Другие факторы должны помочь ему или даже занять его место. Простое перечисление симптомов несколько не приближает нас к цели. Мы приведем здесь мнение Бине и Симона^{***} о значении симптомов в психиатрии, с которым полностью согласны. Эти авторы считают, что обычное описание различных состояний психики часто сбивает с толку. Мы полагаем, что поняли болезнь и в состоянии ее распознать, но достаточно перевернуть страницу учебника и перейти к следующей странице, чтобы вновь оказаться

* Как мы сказали выше, возможно, что эти формы можно объяснить наличием у одного и того же индивида с шизоидной конституцией как предрасположенности к нарушениям шизофренической природы, так и некоего периодического фактора.

** J. Rogues de Fursac, *Manuel de psychiatrie*, 6^e éd., 1923, p. 496.

*** Binet et Simon, «Définition des principaux états d'aliénation», *Année psychologique*, vol. XVI, 1910.

перед проблемой. Мы находим почти то же состояние психики, «вся эта банальная симптоматика более или менее повторяется от болезни к болезни, создавая приводящее в уныние впечатление, что все это одно и то же. Литература полна наблюдениями, изобилующими подробностями, которые бесполезны, поскольку в них есть все, кроме самого главного». «Многие авторы совершают ошибку, вводя в психиатрические определения всю эту громоздкую симптоматику. Необходимо изменить метод. Синтез должен прийти на смену анализу. Некоторые симптомы характерны, другие банальны, точнее, в каждом симптоме есть банальная часть, которую следует игнорировать, и характерная часть, которую нужно сохранять. Следует уточнить специфические черты симптомов каждой изучаемой формы болезни, ибо *важны не симптомы, но психическое состояние, которое их обуславливает*». В противоположность методу Крепелина, являющемуся методом «собирания образцов» и способному лишь порождать сомнения, нужно разработать новый подход, который, по словам Бине и Симона, был бы ближе французским психиатрам. «Следует искать самое главное, душу больного, и считать второстепенным его поведение, жесты, слова и прочие бесконечные детали».

Концепция шизофрении у Блейлера как нельзя лучше отвечает этим постулатам Бине и Симона. В своем капитальном труде о шизофрении Блейлер выдвигает на передний план *элементарные* симптомы, относящиеся к процессу мышления, эмоциям и волевым актам шизофреников. Кроме того (и это, возможно, самый главный пункт его концепции) он проводит через всю свою работу идею особого поведения больного по отношению к окружающей среде. Мы ограничимся здесь, для сведения, одним только примером. «Тогда как маньяк (больной маниакально-депрессивным психозом), — пишет Блейлер, — с жадностью впитывает в себя внешний мир и непрерывно занят им, шизофреник в большей или меньшей степени безразличен к окружающему». Перефразируя высказывание Бине и Симона, можно сказать, что при определении заболевания наличие возбуждения является банальным и незаслуживающим внимания фактом, а существенно то, как больной относится к окружающему миру. То же самое имеет место в отношении других симптомов.

Разработанные позднее понятия шизоидии и синтонии сделали вещи еще очевиднее. Мы может теперь сказать, что, *несмотря на свои психические нарушения, больной маниакально-депрессивным психозом остается синтоном, тогда как шизофреник им не является*. После всего сказанного о шизофрениии и синтонии мы никак не можем считать эту короткую фразу лишенной смысла.

Таким образом, теперь вопрос сводится не к различным формам эволюции болезни и не к сравнению двух рядов симптомов неопределенной длительности. Центральный пункт находится в другом месте. Подобно тому как шизоидия и синтония, как мы уже говорили, находятся среди специфических черт характера, как нормальных, так и аномальных, теперь они стали располагаться и среди симптомов психозов, придавая им особый оттенок. Они не являются новыми симптомами, но составляют «существенную сторону» симптомов и определяют «психическое состояние, которое эти симптомы обуславливает».

Но и это не все. Шизоидия и синтония не являются специфически болезненными чертами. Мы находим их и у нормальных индивидов. Они представляют собой, как говорит Блейлер, два витальных принципа. Таким образом, мы пришли к еще одной глубокой модификации нашего метода исследования. Мы не довольствуемся теперь определением только патологической стороны психозов, описанием того, в чем безумны безумцы, но стремимся выделить то, что сближает их с реакциями и поведением нормальных людей. Тем самым перед нами открываются многообещающие новые горизонты, как в теории, так и в практике. Мы поговорим еще об этом на страницах этой книги.

Итак, психиатрия начинает движение по новому пути.

Разграничение двух нозографических концепций, а именно маниакально-депрессивного психоза и шизофрениии, основано теперь на понятиях синтонии и шизофрениии, расширенных до описания поведения нормального индивида.

Б. Психопатологическая сторона проблемы. Эта констатация согласуется, впрочем, с нашей мыслью только на короткое время. Она в большей степени служит пунктом отправления,

чем прибытия. Ибо теперь речь идет не о чем ином, как о сведениях болезненных проявлений, наблюдаемых и при шизофрении, и при маниакально-депрессивном психозе к модификациям как шизоидии, так и синтонии, одним словом, о создании психопатологии этих двух болезней, основанной на двух понятиях, введенных Кречмером и Блейлером. Мы можем, конечно, сказать, что при шизофрении факторы синтонии все больше размываются и тогда шизоидия, лишенная этого регулятора, выходит за неуловимые границы, что позволяет ей исполнять свою роль в жизни. Доминируя теперь в психизме, она порождает монструозные формы, из которых состоит явно выраженная шизофрения. При маниакально-депрессивном психозе шизоидные формы, благодаря которым человеческой личности удается утвердиться как таковой в процессе постоянного взаимодействия с окружающей средой, напротив, никак не проявляются. В случае их отсутствия психическая жизнь человека свелась бы к одному этому взаимодействию, была бы лишена глубины, протекала бы, так сказать, в одном единственном измерении. Напомним кратко, как Бине и Симон описывают поведение больных маниакально-депрессивным психозом. «Чтобы познать образ мысли, суждения и волю больных, нужно их видеть, разговаривать с ними. Но где они? Где личность больного? Где тот, с кем можно поговорить? Он не существует, он исчез. Больной сведен к своим болезненным проявлениям, он весь — слова и жесты, если он в маниакальном состоянии, или — сплошные стенания и жалобы, если в депрессии...»^{*}. Эта общая характеристика, данная совершенно независимо от понятий, о которых у нас идет речь, кажется, как нельзя лучше подтверждает сказанное выше.

Однако эта общая формулировка не может нас надолго удовлетворить. Она рискует выродиться в трюизм. Ибо то, что мы ищем, это не некие расплывчатые суждения, сделанные с высоты птичьего полета, но общие понятия, которые могут быть развиты и реально адаптированы к множеству имеющихся у нас фактов. И здесь трудности не заставляют себя ждать. Если, строго говоря,

^{*} Bine et Simon, «Définition des principaux états d'aliénation», *op. cit.*, p. 186, 214.

мы можем еще утверждать, что шизофреник становится все больше шизоидом и все меньше синтоном по отношению к окружающей его среде, то можем ли мы сказать, *mutatis mutandis*^{*}, то же самое и о больном маниакально-депрессивным психозом? Это представляется совершенно невозможным. Если взять в качестве прототипа синтонии способность понимать себе подобных, сочувствовать их несчастьям, разделять их радость, ощущать себя вместе с ними или при их отсутствии чувствовать себя в гармонии с окружающим миром, то как можно говорить о нем, с его быстрой сменой идей и переменчивостью настроения, что он больший синтон, чем синтон нормальный? Тем не менее, как писал Блейлер, он поглощает с жадностью внешний мир и постоянно погружен в него. Он остается в непрерывном контакте с этим миром в противоположность возбужденному шизофренику. Однако это контакт в деградированной форме. Он существует только в данный момент, он не длится долго, и потому отнюдь не служит проявлением роста синтонии. Это лишь деформированная форма по сравнению с «полной и гармоничной» синтонией нормального синтона. *Таким образом, максимум синтонии находится в сфере нормального, тогда как максимум шизофрении, по-видимому, следует искать в области патологического.* Это делает совершенно асимметричными по отношению друг к другу эти два главных фактора. Их нельзя сопоставить с простыми антагонистическими факторами, такими, например, как сужение и расширение сосудов. Их природа и модификации требуют большего уточнения. Однако как установить идентичность с психологической точки зрения столь разных на первый взгляд состояний меланхолической депрессии и маниакального возбуждения? Как свести наблюдаемые в этих состояниях бредовые идеи лишь к понятиям шизоидии и синтонии? Каким образом согласовать с этими понятиями то обстоятельство, что маниакально-депрессивный психоз развивается только приступами, не оставляя заметных следов в периоды просветления, тогда как шизофрения всегда приводит в большей или меньшей степени к длительному специфическому нарушению?

* *Лат.* «изменив то, что нужно изменить». — *Прим. перев.*

Мы не можем сейчас ответить на эти вопросы. Вся эта глава общей психопатологии не вышла еще из эмбрионального состояния. Однако мы уверены, что ей удастся обогатить нашу науку новыми данными и концепциями. Это одна из причин того, что мы придаем такое значение понятиям шизоидии и синтонии. Возможно, нам однажды удастся привести лучшие аргументы в пользу этого убеждения.

В. Клинический аспект проблемы. Каким бы ни было дальнейшее развитие этой главы общей психопатологии, которой мы слегка коснулись, понятия шизоидии и синтонии отныне могут служить нам в клинике. Они устраняют (по крайней мере, отчасти) досадное впечатление, произведенное неумеренным расширением понятия шизофрении, сделанным Блейлером в его первоначальной концепции. Критика по этому поводу его не щадила. Писали даже, что у врача, ставящего во всех случаях диагноз шизофрении, нет большого риска ошибиться и, таким образом, он может прослыть хорошим психиатром без каких-либо усилий и даже без особых знаний. Блейлер, оставаясь на эмпирической почве, отвечал на эту критику так: «Нужно ли пенять насморку за то, что он встречается чаще, чем тиф, или лошадям за то, что их больше, чем слонов?» И добавлял: «Для науки важно только, чтобы концепция была сформулирована корректно». Очевидно, это серьезный аргумент. Однако Блейлер должен был сам признать, что не существует *негативных патогномоничных признаков*, позволяющих исключить шизофрению. Трудно точно определить то, что ни в коем случае не может иметь природу шизофрении. Это побудило нас утверждать, что концепция шизофрении, оставаясь ясной и точной, не имеет хорошо определенных границ*. Конструкция остается шаткой.

С тех пор, благодаря Кречмеру и самому Блейлеру, мы проделали определенный путь. Теперь мы знаем, что в области эндогенных психозов, по крайней мере, один признак ни в коем случае не может принадлежать шизофреническому процессу, позволяя тем самым ее исключить. Это синтония. Хотя это и не симптом в строгом

* E. Minkowski, «La schizophrénie et la notion de maladie mentale», *Encéphale*, 1922.

смысле слова, он имеет не меньшее значение для дифференциальной диагностики.

Там, где факторы синтонии преобладают, нельзя осмысленно говорить о шизофрении.

Однако все усложняется при переходе к практике. Так же как у нормального индивида или у аномальных характеров, элементы шизоидии и синтонии не исключают друг друга и способны существовать бок о бок (смеси Кречмера), они могут встретиться и в одном и том же психозе. Если приглядеться внимательнее, они делают это даже чаще, чем можно было подумать вначале. Блейлер, адаптировав понятия шизоидии и синтонии, говорит нам, что вечный вопрос «шизофрения (раннее слабоумие) или маниакально-депрессивный психоз» должен быть заменен во всех случаях вопросом: «до какой степени шизофрения и до какой степени маниакально-депрессивный психоз»*. От себя добавим: если больному поставлен диагноз шизофрении, то, по крайней мере, не менее важно знать, до какой степени он шизофреником не является. Эта формулировка, возможно, лучший ответ на ребяческую критику Блейлера по поводу его расширения понятия шизофрении. В психиатрии после постановки диагноза клинический анализ только начинается.

Верный традиции психиатр, стремящийся прежде всего и любой ценой однозначно *обозначить* болезнь своего больного, отступит в страхе перед подобными указаниями. Но в них нет ничего ужасного. Все сводится, в сущности, к соотношению факторов, имеющих черты шизоидии, и факторов, относящихся к синтонии. В крайних, «чистых», случаях наша формулировка не мешает поставить точный диагноз. Она позволяет сделать это лишь после более внимательного анализа, который очень часто выявляет некоторые особенности и нюансы, влияющие на нашу оценку данного случая, и что еще важнее, на наше собственное психологическое отношение к нему. В более сложных случаях она служит нам в трех очень важных аспектах. Часто приходится слышать дискуссию, вызванную трудным для классификации случаем, которая заканчивается диагнозом типа «атипичный маниакально-депрессивный

* E. Bleuler, «Die Probleme der Schizoïdie und der Syntonie», *op. cit.*

психоз» или «маниакально-депрессивный психоз, симулирующий раннее слабоумие». Эти диагнозы поставлены, как легко заметить, следуя тому принципу, что рассматриваемый случай может принадлежать только к одному из этих двух заболеваний и что, несмотря на присутствие явных признаков, например, кататонии, заболевание не может диагностироваться как шизофрения из-за его периодического характера и отсутствия длительных нарушений психики. Но, по сути, маниакально-депрессивный психоз никак не может симулировать раннее слабоумие, поскольку речь идет о заболевании совсем другой природы. Напротив, тот, кто говорит «атипичный маниакально-депрессивный психоз», лишь констатирует, что в этом случае в маниакально-депрессивном психозе есть элементы, ему не принадлежащие, отказываясь при этом характеризовать их подробнее и исследовать их происхождение.

Блейлер (и мы полностью согласны с ним в этом пункте) пытался рассматривать эти элементы как по своей природе чужеродную инкрустацию и определял подобный случай как *смешанный или ассоциированный психоз*. Здесь еще раз проявляется значение генеалогических исследований для психиатрии. Эти исследования побуждают нас вновь воспользоваться теперь уже старой идеей, предложенной Маньяном*, адаптировав ее к произошедшему с тех пор прогрессу клинических понятий. Очень часто они объясняют появления этих «атипичных» психозов, позволяя разложить последние на составляющие их факторы и показывая существование каждого из них в изолированном состоянии в анамнезе предков больного по материнской и отцовской линии. А там, где этого им не удастся, они побуждают нас продолжать исследования. И это вовсе не плохо, ибо этикетке неточного диагноза мы предпочитаем неопределенность, временное «я не знаю», ставящее перед нами новые проблемы и стимулирующее дополнительные исследования.

Отметим также, что наше видение не побуждает нас отказаться от каких-либо элементов традиционной диагностики в психиатрии. Периодичность в анамнезе и выраженность симптомов,

* V. Magnan, «De la coexistence de plusieurs délires de nature différentes chez le même aliéné», *Arch. de neurologie*, t. I, 1880.

как и прежде, полезны для постановки диагноза. Разложение на составляющие факторы заставит нас делать оговорки. Но, подчиня простое перечисление симптомов новым понятиям шизоидии и синтонии, разлагая, с этой точки зрения, клинические картины на составляющие, ища в генеалогических данных новые точки опоры, мы, возможно, сможем найти другие важные элементы для прогнозирования. Эти элементы даже позволят, может быть, со временем предвидеть дальнейшую эволюцию болезни в упоминавшихся в начале этого раздела сложных случаях, вновь и вновь напоминающих нам о недостаточности наших нынешних средств исследования и прогнозирования*.

Таковы проблемы, которые понятия шизоидии и синтонии ставят в отношении к шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. Мы не скрываем, что содержание этих страниц несколько расплывчато. Но, как мы уже говорили, речь здесь идет о тех главах нашей науки, которые находятся еще в зачаточном состоянии. Мы предпочли представить их такими, каковы они в реальности, а не удовлетвориться поспешными заключениями и полуправдой. Они открывают новые пути для исследований, и потому мы не могли ими пренебречь.

Г. Методологическая сторона проблемы. Нам остается рассмотреть, как мы определяем шизоидный или синтонный характер психических реакций больного.

Как мы знаем, понятия шизоидии и синтонии относятся к поведению индивида по отношению к окружающей его среде, его способности жить в унисон с ней и оставаться в контакте с реальностью. Эти понятия, таким образом, говорят прежде всего об эмоциональной и деятельной сфере индивида. Для того чтобы их оценить, мы имеем в себе непогрешимый инструмент. Это наша собственная сфера эмоций, наша собственная личность. В жизни, когда речь идет о составлении мнения о каком-то человеке, мы не довольствуемся только перечислением его реакций, их анализом

* Широкомасштабные генеалогические исследования, проведенные г-жой Минковской, показывают, что как маниакальный, так и эпилептический фактор, каждый по-своему, смягчают процесс шизофрении там, где они с ним сочетаются, и замедляют, если не устраняют, глубокий распад личности, который обыкновенно имеет место.

и оценкой в свете нашего разума. Мы руководствуемся нашей интуицией, стремящейся проникнуть в личность другого, ощущением тепла или холода, испытываемым в его присутствии, нашей способностью разделять его чувства и реакции, приноравливаясь к нему, «понимать» его в «эмоциональном» или, скорее, в иррациональном смысле этого слова. В выработке нашего суждения о человеке эти последние факторы участвуют в не меньшей, если не в большей степени, чем первые, и они столь же значимы для обретения *уверенности* в произведенной оценке.

Наше поведение в присутствии больного будет теперь тем же. Мы не удовлетворимся тем, что станем на основании только разума, бесстрастно, подобно наблюдателю, изучающему срез ткани в микроскопе, перечислять и классифицировать психотические симптомы для постановки, так сказать, «научного» диагноза. Мы привлечем сюда нашу живую личность и будем сопоставлять с ней поведение нашего больного. Помимо нашего разума мы будем пользоваться и нашими чувствами. Это, очевидно, не значит, что мы будем просто жалеть пациента. Мы попытаемся «чувствовать» вместе с ним и видеть, как видит он. В результате мы привнесем важный элемент в наше *психиатрическое* суждение о нем.

Этот элемент в зародыше с самого начала содержался уже у Блейлера в его первой концепции шизофрении. Блейлер не переставал повторять, что с шизофреником нет «эмоционального контакта». Понятия шизоидии и синтонии, разработанные позднее, лишь еще больше подчеркивают важность этого элемента. Мы легко найдем его также в вопросе: «до какой степени шизофрения и до какой степени маниакально-депрессивный психоз?», который Блейлер хотел ставить всякий раз вместо старой формулировки «шизофрения или маниакально-депрессивный психоз?» Здесь также мы посредством того, что уже умерло, пытаемся постичь то, что полно жизни.

Этот новый элемент, очевидно, не умаляет роли симптомов. Мы не можем и не хотим обойтись без них. Но теперь в нашем арсенале есть еще один ценный инструмент. К «*диагностике посредством разума*» присоединилась «*диагностика посредством чувств* или, лучше, *через проникновение*», которая очень часто бывает значительно важнее. Очевидно, что диагностика через

проникновение ни в коем случае не может быть низведена до уровня диагностики по первому впечатлению. Этому методу, как и всякому другому, нужно учиться. Он осваивается только в результате длительного опыта.

Здесь лучше всего привести страницу из примечательной работы нашего друга Л. Бинсвангера, озаглавленной «Какие задачи встают перед психиатрией из-за прогресса современной психологии?»*

Если мы умеем сегодня ставить диагноз шизофрении не только методами естественных наук, но и с точки зрения психологии в современном смысле этого слова, то этим мы обязаны в первую очередь Блейлеру. Мы диагностируем эту болезнь методами естественных наук, когда нам удастся разложить личность больного на частичные реакции, которые, сложенные затем вместе, дают клиническую картину шизофрении. Мы действуем так, когда констатируем кататонические симптомы, частую блокировку мышления, тенденцию ухода в себя, странные высказывания и т. п. Но довольно часто этот путь неосуществим. Явные симптомы малозаметны, нам не удается их уточнить, но, однако, «у нас есть уверенность», что это шизофрения. В этом случае часто говорят о диагнозе через чувство** (*Gefühlsdiagnose*), но при этом не дают себе в достаточной степени отчет в том, что здесь это выражение означает совсем не то же самое, что и во внутренней патологии, когда, например, при наличии лихорадочного состояния у больного перед появлением классических симптомов создается впечатление, что имеет место брюшной тиф, а не пневмония. В этом случае диагноз по ощущению основывается на мелких деталях, таких как, например, особый запах или выражение лица. Иногда также это

* L. Binswanger, «Welche Aufgaben ergeben sich für die Psychiatrie aus den Fortschritten der neueren Psychologie?», *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, t. XCI, 1924.

** Мы предпочитаем говорить о «диагнозе посредством проникновения», так как слово «ощущение» порождает идею чего-то чисто субъективного. Интересно, что, как мы скоро увидим, Бине и Симон также говорят о *проникновении*, дополняющем внешнее наблюдение.

ничем не мотивированное предположение, которое случайно *может* оказаться верным, но совсем не обязано быть таковым. Совсем другое дело, когда диагноз по ощущению ставится в случае шизофрении. В этом случае мы реально диагностируем *с помощью* нашего чувства. Однако слово «чувство» нужно правильно понимать. Оно не имеет здесь, очевидно, ничего общего с обычными ощущениями эмоциональной или сенсорной природы, означая особые психологические акты, с помощью которых мы вообще воспринимаем других людей. Благодаря этим актам мы воспринимаем личность другого, так сказать, в целом, а не лишь только какой-то элемент его психической жизни, некую его «часть», в смысле, который естественные науки вкладывают в это слово. Это значит, что мы можем наблюдать одну или несколько шизофренических реакций у индивида, а затем воспринять всю шизофреническую личность в целом, или, напротив, можно начинать с признания человека в целом как шизофренической личности, а затем искать у него особые признаки, подтверждающие это восприятие. Например, можно признать индивида шизофреником, отметив особое выражение его лица. Однако обычный взгляд не выявляет ничего особенного. Или же мы посещаем больного некоторое время, и вдруг к нам приходит уверенность, что перед нами шизофреник, иными словами, мы видим его как такового, поскольку замечаем, что он нам «чужд», что у нас с ним нет эмоционального контакта. Это отсутствие эмоционального контакта может быть иногда единственным элементом моего восприятия данного индивида, но он «действует» на меня так, что я невольно чувствую внутреннее движение отталкивания, когда этот человек входит в комнату. Очевидно, я не должен смешивать это внутреннее отторжение с чувством симпатии или антипатии, которое я могу испытывать к нему. Но я не никуда не годный психиатр. То, что шизофреник может быть мне симпатичен, не мешает мне чувствовать эмоциональный барьер между нами всякий раз, когда я пытаюсь почувствовать его личность. Этому последнему способу нужно, очевидно, учиться. Тогда он может стать столь же решающим и столь же точным, как и восприятие внешних объектов...

После всего сказанного ясно, что психология контакта человека с человеком, так же как и психология нашего контакта с различными формами психоза, должна составлять важные главы современной психологии и психопатологии... Ибо нельзя забывать, что источник нашего опыта находится не только в разуме, но и в чувствах.

Мы решили привести здесь эти слова Бинсвангера, с которым у нас существует полная идейная общность, так как он много лучше, чем это сделали бы мы, показывает те два метода, которыми мы пользуемся, когда речь идет об оценке человеческой личности как в ее нормальном, так и в патологическом поведении. В одном из этих методов личность препарируется для диагностики *посредством разума*, основанной на установленных признаках и симптомах. Во втором методе исследователь проникает в человеческую личность, во все, что в ней есть живого и мертвого, как в некое единое целое, воспринимая ее в едином акте *посредством чувства*. Оба метода имеют право на существование, и данные, доставляемые каждым, имеют свою собственную ценность*.

Слова Бинсвангера решительно рассеивают впечатление субъективности, создававшееся вначале от рассматриваемого метода. Здесь ни в коем случае не идет речь о том, что чувствую я в присутствии одного из мне подобных, могу ли я существовать в унисон с ним, испытываю ли я симпатию или антипатию к нему. Нет, мы остаемся психологами и психиатрами, которых может сформировать только длительный опыт. Но быть психиатром не значит лишь уметь перечислять симптомы. Мы живые существа, и эта жизнь продолжает пульсировать вплоть до самых тяжелых стадий психической деградации. Именно ее мы хотим познать и с этой целью мы отважно стремимся использовать все средства, отданные природой в наше распоряжение. Можно ли нас за это порицать? Мы хотим найти «существенное», «душу больного», а для этого нужно, чтобы «проникновение» соединилось с внешним наблюдением, как писали об этом Бине и Симон в их замечательной статье,

* Интересно, что Блейлер в 1908 г. на Венском конгрессе уже говорил о «прогнозе посредством чувства» (*Gefühlsdiagnose*), который обычно более надежен, чем прогнозы, сделанные по всем правилам искусства.

которую мы несколько раз упоминали в этой книге. «Мы познаем истину не только разумом, но и сердцем», ибо они оба «способны нас наставлять» (Б. Паскаль).

Я нисколько не скрываю, что даже теперь не будет недостатка в суровой критике моих идей. Но я считаю, что иду в ногу с нашим временем. В сущности, цель всего вышесказанного — дезинтеллектуализация концепции психического заболевания, как это делается сегодня применительно ко всем проявлениям психической и духовной жизни человека. Помешанный «без-умствует» подчас гораздо меньше, чем мы полагаем, возможно, даже не без-умствует вообще.

«Дезинтеллектуализировать» не значит, однако, говорить только об аффективных факторах болезни ... рационализируя их насколько возможно. Нет, это означает гораздо большее — уметь обогащать наш опыт всем тем, что может нам дать *чувство* не только как объект, но также (и даже прежде всего) как *орудие нашего познания*.

Глава II

ОСНОВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И МЫШЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИКА

Витальный контакт с реальностью

Но вернемся к нашей основной теме. Крепелин пришел к синтетическому и очень широкому понятию раннего слабоумия как к результату слияния отдельных клинических форм, которые до него рассматривались как более или менее независимые друг от друга, такие как кататония, гебефрения и параноидная деменция. К ним присоединяются так называемые простые формы ранней деменции. Этот синтез поставил новую проблему. Из-за того что произошло слияние в одном понятии совершенно различных внешне клинических форм, симптомов и даже синдромов, характерные черты каждой из них утратили свое значение. Как показал Крепелин, эти симптомы переменчивы, более или менее непостоянны и ведут к идентичным терминальным состояниям. Поэтому они все должны иметь нечто общее и быть не чем иным, как более или менее случайными проявлениями *одного и того же глубокого патологического процесса*. Тем самым возникает необходимость *свести все богатство симптоматики и клинических картин при раннем слабоумии к некоему фундаментальному расстройству психики и выяснить его природу*.

Это расстройство не следует, очевидно, искать среди обычных клинических симптомов, таких как галлюцинации, бредовые идеи, кататонические состояния, проявления возбуждения и депрессии.

Как мы видели, эти симптомы непостоянны и нехарактерны. Их общая основа не находится среди них. Ее следует искать где-то вовне, в другой плоскости. Попытки завершить синтез всех форм раннего слабоумия и получить настоящую нозологическую единицу должны будут совершенно естественно вернуться к рассмотрению элементарных психических функций. Именно здесь можно надеяться найти ключ к тому особому типу поведения, который, несмотря на бесконечное разнообразие симптоматики, характерен для всех видов раннего слабоумия.

Однако используемые сейчас в психологии понятия оказываются во все большей степени неудовлетворительными. Если взять в качестве отправной точки традиционную триаду, образуемую интеллектом, чувством и волей, то станет ясно, что рассматриваемое нарушение не может быть соотнесено ни с одной из этих способностей. Ни абулия, ни безразличие или безэмоциональность, ни в еще меньшей степени ослабление интеллекта не характерны для раннего слабоумия. Речь идет не просто о выборочном ослаблении в некоторых ситуациях той или иной способности, но о глобальном их угнетении.

Психопатологические концепции теперь смещаются. Они ориентируются на регуляторные факторы психизма, на высшие психические функции. Сам Крепелин, говоря об ослаблении эмоциональных мотивов воли и утрате цельности личности, сводит эти два расстройства к общей деградации мыслей, чувств и стремлений. Он говорит в связи с этим о нарушении абстрагирования. Последнее имеет своим следствием неспособность трансформировать ощущения в более абстрактные представления, элементарные суждения — в суждения более общего характера, отдельные импульсы — в более устойчивые тенденции. Крепелин выдвигает даже психофизиологическую теорию раннего слабоумия, помещая эту способность к абстракции в верхних слоях коры головного мозга*. Масслон выдвигает на первый план нарушения внимания и сравнивает поведение больных ранним слабоумием с патологической рассеянностью. Вейган, восприняв понятия, введенные Вундтом, говорит об апперцептивной деменции. Однако ни одна

* «Traité», 8^e édition, p. 746—749 et p. 905.

из этих концепций, относящихся к высшим функциям психизма, не выдержала испытания временем. Будучи неспособными передать основное расстройство раннего слабоумия, они все больше уступают место понятиям другого плана.

Такие выражения, как «психическая дискордантность» (Шаслен, *Chaslin*), «интерпсихическая атаксия» (Странский, *Stransky*), «интерпсихическая дисгармония» (Урштейн, *Urstein*), «утрата внутреннего единства» (Крепелин), «шизофрения» (Блейлер), подразумевают, что нарушение затрагивает не ту или иную отдельную функцию, но в большей степени их связь, их гармоничное взаимодействие, ансамбль. Основное расстройство не искажает одну или несколько функций, каково бы ни было их место в иерархии, но находится, образно говоря, среди них в «промежуточном, интерстициальном пространстве». По сути, все эти выражения сами по себе являются не чем иным, как констатацией факта, обозначением особого психического расстройства, которым страдают больные ранним слабоумием или шизофренией. Это уже много, ибо тем самым дискордантные нарушения явным образом отделены от истинной деменции. Но как психологи, а мы все в психиатрии являемся ими, мы не можем на этом остановиться. Шаслен, например, видит в смягченной форме гебефрении дискордантное состояние психических функций. *Но благодаря каким факторам устанавливается согласованность этих же функций в нормальном состоянии?* Таков возникающий здесь вопрос, который в настоящее время не имеет ответа. Мы не сможем получить ясное представление о главном психическом нарушении, не зная, с каким фактором должен быть соотнесен нормальный психизм.

Здесь нам на помощь приходят сравнения и метафоры. Можно сказать, что они становятся необходимы там, где нужно выделить основные черты раннего слабоумия. Крепелин говорит об «оркестре без дирижера», Шаслен — об «автомашине без горючего», которая по своей способности двигаться несомненно отличается от испорченного автомобиля. Г-н Англейд (*Anglade*), с которым я имел удовольствие обсуждать эти вопросы, сказал, что он больше не пользуется термином «раннее слабоумие». Вместо этого он употребляет выражение «диссоциированные больные». Характеризуя их состояние, он сравнивает их с книгой без переплета.

Ее страницы перемешаны, и потому ее невозможно читать. Однако все страницы сохранены, ни одна не пропала. Большая разница с книгой, страницы которой непоправимо разорваны в клочки. Стремясь получить представление о шизофреническом процессе, мы сами не раз имели перед глазами следующий образ. Представим себе некое здание, построенное из кирпичей, соединенных цементом. Если кирпичи или цемент разрушатся, здание не сможет больше стоять, оно рухнет и в том, и в другом случае. Однако между этими двумя ситуациями есть разница. Руины отличаются от здания, они имеют другой вид и другую ценность. Новое здание легче построить из целых кирпичей, чем из кирпичной пыли.

Эти метафоры как нельзя лучше демонстрируют все более насущную необходимость отделить шизофренический процесс от ослабления интеллектуальных способностей. Кроме того, они, по-видимому, передают истинный характер шизофрении лучше, чем все только что перечисленные психологические определения.

Однако наш дух научной точности сопротивляется. Он рассматривает эти метафоры лишь как нечто более или менее остроумное и забавное. Доступ в науку, по крайней мере, в подлинную, точную науку должен быть им навсегда закрыт. И все же, разве один из самых выдающихся философов нашего времени, Бергсон, не напомнил нам еще раз, что есть сторона нашей жизни, и не самая маловажная, которая полностью ускользает от дискурсивной мысли? Непосредственные, самые существенные данные нашего сознания принадлежат этой стороне. Они иррациональны, но оттого имеют не меньшее значение в нашей жизни. Нет никакого резона жертвовать ими ради духа научной точности. Напротив, нужно стремиться схватить их вживую. Тогда, быть может, психология, эта пустынная земля, какой она была до сих пор, земля, выжженная слишком жгучими лучами точной науки, превратится в плодородные зеленеющие прерии, приблизится, наконец, к жизни. Не должны ли мы вдохновляться этой перспективой при рассмотрении интересующей нас здесь проблемы?

Именно здесь возникает понятие *витального контакта с реальностью*.

Блейлер определил основные симптомы шизофрении, соотнося их с мышлением, эмоциями и волей больного. Но благодаря

понятию аутизма факторы, относящиеся к взаимодействию с внешней средой, начали играть все большую роль в его концепции. Нехватка реальных целей и руководящих идей, отсутствие эмоционального контакта у больных шизофренией придает этой концепции новое направление. Все эти нарушения, по-видимому, сводятся к одному единственному понятию, а именно к *утрате витального контакта с реальностью*.

Витальный контакт с реальностью связан с иррациональными факторами жизни. Традиционные концепции, принятые в физиологии и психологии, такие как возбуждение, ощущение, рефлекс, двигательная реакция и т. п., обходят это понятие стороной и даже его не касаются. Слепые, увечные, паралитики могут жить в гораздо более тесном контакте с внешним миром, чем индивиды, чье зрение не затронуто болезнью, а руки и ноги нормально функционируют. В то же время шизофреники теряют подобный контакт, хотя их сенсорный и двигательный аппарат, их память и даже интеллект нисколько не нарушены. Понятие витального контакта с реальностью в гораздо большей степени связано с самим фундаментом, самой сущностью живой человеческой личности в ее взаимодействии с внешним окружением. И эта внешняя среда теперь рассматривается не просто как совокупность внешних раздражителей, элементов, сил и энергий. Нет, это обволакивающий нас поток, образующий среду, без которой мы не можем жить. «События» выступают из этого потока подобно островкам. Они, проникая в нашу личность, затрагивают самые глубокие ее фибры. А она, принимая их, вибрирует с ними в унисон, проникается ими и, добавив элементы, составляющие ее сокровенную суть, реагирует своими поступками, чувствами, смехом и слезами, которые, попадая в поток становления окружающего мира, исчезают в нем, как капля воды в море, уходя в недостижимую бесконечность. Так устанавливается эта замечательная гармония между нами и реальностью, гармония, позволяющая следовать за движением мира, полностью осознавая нашу собственную жизнь.

Сказанного выше достаточно, чтобы понять, что витальный контакт с реальностью связан с глубочайшим динамизмом нашей жизни. Жесткие концепты нашей пространственной мысли не способны его вместить. Метафоры представляются здесь значительно

уместнее определений. Именно они призваны прояснить смысл понятия витального контакта с реальностью.

Является ли оно абсолютно новым? Конечно, нет. Можно даже сказать, что к счастью, так как слишком революционные идеи обычно не много стоят. Жане в своей теории психастении много говорит о функции реальности. Это понятие хотя и не идентично витальному контакту с реальностью, имеет с ним много общего. И то обстоятельство, что два разных пути ведут в одном и том же направлении, разве не свидетельствует о том, что речь идет о чем-то подлинном и важном, о том, что в наше время, так сказать, «носится в воздухе»?

Понятие витального контакта с реальностью и интерпретация шизофрении как утраты этого контакта невольно вызывает чувство удовлетворения. Это понятие представляется как нельзя более простым и удачным. Начинаящий быстро усваивает его и пользуется им без затруднений. С энтузиазмом поддерживая его, мы готовы даже сказать, что оно представляет собой главный результат эволюции понятия «раннее слабоумие».

Но не получается ли тогда так, что весь мощный поток клинической психиатрии привел, в конечном итоге, лишь к одному из понятий общей психологии и психопатологии? Мы так не считаем. Как будет видно из дальнейших рассуждений, оно способно принести и другую пользу. Но даже если бы это было не так, новым приобретением нашей науки не следовало бы пренебрегать. Разве не такова судьба многих других клинических понятий в психиатрии? Понятие галлюцинаторного помешательства также возникло из потребности сузить область психических болезней. Оно заменило группу излечимых острых психических патологий Пинеля. Во Франции это понятие отстаивал в первую очередь Деласьюв (*Delasiauve*). Затем оно эмигрировало за границу. Претерпев в процессе своей эволюции ряд изменений и расширив свои рамки, оно вновь стало изучаться в своей родной стране прежде всего благодаря трудам Шаслена. Наконец, под влиянием Тулуза и Миньяра*

* Toulouse et Mignard, *Revue de psychiatrie*, 1908, 1909, 1911, 1912. *Annales médico-psychologiques*, juin 1914. Toulouse, Juqueller et Mignard, *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1920.

оно привело к появлению общего понятия *самонаправленности*. Впрочем, эта особенность эволюции наших клинических понятий в психиатрии не должна удивлять. Разве всякое клиническое понятие не становится для нас ясным и четким только после того, как ему удастся дать прочное психологическое основание? Кроме того, мы видим, что современная психиатрия пытается выявить *исходные нарушения* в изучаемых ею клинических проявлениях болезней.

Я полагаю, что смогу хотя бы отчасти отстоять свое авторство на понятие *витального* контакта с реальностью как *центрального пункта шизофрении*. Несомненно, не я «изобрел» его. Идеи, не имеющие ничего общего ни с прошлым, ни с настоящим обычно не имеют большой ценности. С одной стороны, на меня сильно повлияли труды Бергсона. С другой стороны, идея глубокого нарушения отношений с внешним миром пронизывает всю книгу Блейлера о шизофрении.

Блейлер выдвигает на первый план основные элементарные симптомы этого заболевания, связанные с мышлением, эмоциями и волей больного. Но, настойчиво говоря об утрате контакта с реальностью (аутизме), он не считает это нарушение исходным, из которого следуют все остальные. Для него витальный контакт с реальностью не является существенно определяющим жизнь фактором, которому можно подчинить остальные психические функции. Верный последователь ассоцианизма, Блейлер в своей теории шизофрении защищает точку зрения, согласно которой первичным нарушением при этой болезни является нарушение процесса ассоциирования идей. Поэтому он ищет органическое основание этого нарушения.

Представляя французским психиатрам понятие шизофрении, я не мог не внести сюда некую личную нотку. Кто может меня за это осудить? Когда пытаешься по-настоящему усвоить идеи другого человека, когда реально проживаешь их в себе, не довольствуясь принятием их как таковыми, никогда не удастся полностью самоустраниться. Это, впрочем, не имеет большого значения. Наука движется поверх личностей своих создателей, которые ей, в сущности, безразличны.

Таким образом, именно я сделал центральным пунктом шизофрении витальный контакт с реальностью*. Вследствие этого между моим анализом и основополагающей работой Блейлера не могла не появиться определенная дуальность. Она как нельзя лучше показана в диссертации Вийе Демезаре**. Я настаиваю сегодня на этом пункте в интересах самой дискуссии. Тем самым, например, критические слова «мы с самого начала были поражены тем, что глубокая рассогласованность контакта с реальностью при шизофрении является не следствием других психических нарушений, но представляет собой главный пункт, из которого вытекают или, по крайней мере, могут рассматриваться с единой точки зрения все основные симптомы этой болезни»*** со всеми вытекающими отсюда следствиями направлены в большей степени против моей концепции, чем против теории моего учителя.

Понятие утраты витального контакта с реальностью как основного нарушения при шизофрении ориентировало мои мысли и исследования в направлении, которое, возможно, не полностью лишено интереса. Я постараюсь показать это на последующих страницах этой книги.

Интеллектуальная деменция и шизофреническая деменция

После того как энтузиазм первых моментов прошел, появилась потребность проанализировать понятие витального контакта с реальностью и определить его место так, как это не было еще

* Я рад отметить здесь точки соприкосновения между моей концепцией и взглядами г-на Борнштайна из Варшавы. Борнштайн приписывает аутизму первостепенную роль в генезисе симптомов шизофрении, в противоположность Блейлеру, считающему отправной точкой всех проявлений шизофрении нарушение ассоциаций. См. по этому поводу «La valeur clinique de la notion de schizophrénie et une nouvelle théorie de cette affection», XII Congrès des médecins et naturalistes polonnais, *Annales médico-psychologiques*, février 1926.

** Villey-Desmésaret, «Contribution à l'étude des doctrines en médecine mentale. Essay sur les courants actuels d'idées en psychopathologie. Freud, Bleuler, Janet», thèse de Paris, 1924.

*** H. Claude, A. Borel, et G. Robin, «Démence précoce, schizomanie et schizophrénie», *Encéphale*, mars 1924, p. 147.

сделано. Короткая формулировка, утверждающая, что шизофрения состоит в утрате этого контакта, не могла долго удовлетворять нас. Нужно было идти дальше. Речь шла о том, чтобы понять, как теперь можно интерпретировать с этой точки зрения основные черты шизофренического процесса, т.е. насколько это понятие может быть плодотворным на практике и какой вклад оно способно внести в прогресс нашей науки. От него требуется быть не только объясняющей, но и рабочей гипотезой.

Выше мы говорили о том, какое влияние оказали на нас работы Бергсона. Понятие витального контакта с реальностью стало, так сказать, связующим звеном между клиническими исследованиями цюрихской школы и идеями Бергсона. Тем самым путь, по которому следовало идти, был уже намечен. Также я придерживаюсь убеждения, что психология, а с ней и психопатология, могут только выиграть от контакта с философией. Подлинная философия всегда была неисчерпаемым источником познания человеческой психологии.

Здесь нет необходимости подробно излагать идеи Бергсона. Они достаточно известны в наши дни. Вспомним только *фундаментальную противоположность интеллекта и инстинкта*, которую установил великий философ.

Тогда как инстинкт, — пишет Бергсон, — принял форму жизни, интеллект, напротив, характеризуется ее естественным непониманием... Интеллект, такой, каким он выходит из рук природы, имеет главным своим предметом неорганизованное вещество. Он ясно представляет себе только дискретное и неподвижное. Он непринужденно чувствует себя только в смерти и неизменно ведет себя так, словно зачарован созерцанием инертной материи. Отсюда его изумление, когда он обращается к живому и оказывается лицом к лицу с организацией... Именно потому что интеллект всегда стремится воссоздавать и воссоздавать из уже имеющегося, он упускает новое в каждый момент истории. Он не допускает непредвиденного. Он отбрасывает всякое творчество. Будучи сосредоточен на том, что повторяется, занятый лишь соединением подобного с подобным, интеллект отворачивается от видения времени. Он противится текучести: все, к чему он прикасается, отвердевает. Мы не мыслим реального времени, но проживаем его (Бергсон).

Психопатология не могла со временем не задаться вопросом о том, способны ли концепции Бергсона пролить новый свет на проблемы, перед которыми понятия современной психологии потерпели фиаско. В то же время речь шла о том, в какой степени результаты психопатологии могут подтвердить гениальную интуицию великого философа. Подобная попытка, в сущности, совершенно естественна. Патологические процессы, очень часто действующие избирательно, можно сказать, разъединяют различные функции и показывают их в чистом виде. Патология часто преуспевает там, где психологии не удается распутать сложное переплетение действующих факторов.

В жизни интеллект и инстинкт или, в других терминах, факторы нашего психизма, соотносящиеся, с одной стороны, с устойчивым, инертным, пространственным и, с другой стороны, с длящимся и динамичным, проникают друг в друга, образуя гармоничное целое. Каждый из этих факторов по отдельности недостаточен для существования индивида. Они дополняют друг друга, естественным образом ограничивая при этом свое поле деятельности. Но не могут ли патологические изменения в организме значительно нарушить эту гармонию? Что произойдет, если будет поврежден, например, инстинкт? Тогда не попытается ли лишенный своего природного тормоза интеллект заменить собой ослабленный инстинкт и прийти таким путем к монструозным формам? А если первыми будут повреждены некоторые элементы интеллекта, то не произойдет ли искажения факторов, относящихся к переживанию течения времени? Таковы встающие теперь перед нами вопросы. Они ни в коем случае не ведут к чисто абстрактным спекуляциям, чего, возможно, опасаются некоторые. Напротив, они, как мы скоро увидим, укажут нам ряд фактов, которые, будучи непонятными в рамках традиционного видения психопатологических явлений, не привлекли должного внимания наших предшественников.

Сравним с этой точки зрения выделенные к настоящему времени психопатологией два больших ментальных процесса, а именно процессы шизофрении и ослабления интеллекта*. Каждый из них через

* E. Minkowski et M. Tison, «Considérations sur la psychopathologie comparée des schizophrènes et les paralytiques généraux», Société de psychiatrie de Paris, février 1924, *Journal de psychologie*, octobre 1924.

более или менее длительный период времени приводит к специфическому терминальному состоянию. В последнее время многие авторы подчеркивали фундаментальное отличие этих двух больших патологических процессов. Однако, несмотря на очевидность этого отличия, его непросто сформулировать. Конечно, мы легко можем определить ослабление интеллекта как утрату способности суждения и памяти. Но для шизофрении это уже не так. Здесь дело совсем в другом. Слово «безумие», которое иногда до сих пор используется, лишь весьма несовершенным образом передает суть этого заболевания.

При шизофрении даже в ее продвинутой форме все основные функции психизма, насколько они доступны исследованию, остаются не затронутыми болезнью. В противоположность истинному сумасшествию, у шизофреников особенно хорошо сохраняется память (Блейлер).

Удивительным образом у этих больных нередко находят «скрытый под покровом безумия, намного менее поврежденный, чем можно было подумать, но только как бы уснувший интеллект». Дело в том, что «симптомы дискордантного помешательства очень часто *симулируют* безумие: хладнокровный бессвязный бред, апатия, разного рода странные действия или же полная бездеятельность умственных способностей наряду с занятиями низшего порядка, ступор в странных позах, несообразные действия и т. п., но, несмотря на это, чаще всего никакого (даже преходящего) признака ослабления интеллекта, никакой потери памяти, никакого нарушения способности суждения». «В противоположность настоящему органическому безумию, при котором интеллектуальные функции повреждены значительно сильнее, чем это видится вначале, но кажется, что ничто не утрачено безвозвратно, что достаточно лишь небольшого усилия, чтобы привести мозг в действие». И это при том, что речь здесь идет о трех очень тяжелых больных, которые «на первый взгляд, ведут чисто вегетативную, автоматическую жизнь, жизнь идиотов» (Шаслен)*.

* Мы цитируем здесь слова Шаслена о больных дискордантным безумием, ибо это понятие охватывает большую часть категории больных, которых Крепелин относит к большим ранним слабоумием, а Блейлер — к шизофреникам. О различии концепций этих трех авторов см. мою статью «La genèse de la notion de schizophrénie...», *op. cit.*

Тогда чего же им не хватает и чем отличаются от них сумасшедшие в строгом смысле этого слова?

Именно к обсуждению этой проблемы мы и собираемся сейчас приступить, выбрав в качестве отправной точки противоположность между интеллектом и инстинктом, о которой мы говорили выше. Вдохновленный идеями Бергсона, этот выбор придаст нашим исследованиям помимо общей направленности также и некий особый характер. Не довольствуясь сравнением только того, что повреждено болезнью, мы будем говорить в то же время и о том, что осталось незатронутым ею, и попытаемся определить различие реакций и образа жизни больных с этой точки зрения.

Мы начнем исследование рассматриваемых процессов со сравнения крайних степеней нарушений, к которым они приводят.

Мы выбрали в качестве представителей патологического ослабления интеллектуальных способностей исключительно больных прогрессивным параличом. Это заболевание имеет для нас то преимущество, что оно поражает индивида в расцвете сил, и утрата интеллектуальных способностей не связана здесь с другими факторами, такими как, например, старческие изменения у больных сенильным слабоумием. Оно представлено здесь, так сказать, в чистом состоянии.

Я спрашиваю у больного, страдающего прогрессивным параличом и находящегося в состоянии маразма: «Где Вы находитесь?» Он отвечает: «Здесь». Из опасения, что речь идет о чисто вербальной и автоматической реакции с его стороны, я настаиваю: «Но где здесь?» Больной стучит ногой, чтобы указать, где он находится, показывает указательным пальцем и, наконец, жестом указывает комнату, которую он занимает. «Ну, здесь же», — говорит он нам, как кажется, даже удивленный и раздраженный нашей настойчивостью.

Тут речь не о случайной реакции, но о симптоме, который находим у этих больных с поразительной частотой.

Шизофреник, если он вообще отвечает на поставленный вопрос, правильно указывает место своего пребывания. При этом он говорит нам, что, прекрасно *зная*, где находится, он

не чувствует себя в том месте, которое занимает, не чувствует себя в своем теле, что слова «я существую» не имеют для него ясного смысла.

В нашей ориентации в пространстве участвуют факторы двух порядков. Факторы статического порядка располагают объекты в геометрическом пространстве, где все неподвижно, относительно и обратимо. Но кроме этого мы *живем* в пространстве и действующее «я» постоянно имеет перед собой фундаментальное понятие «я-здесь-теперь», делая его абсолютной точкой отсчета, подлинным центром мира. В нормальной жизни эти факторы проникают друг в друга. Наши знания и образы в нашей памяти группируются вокруг фундаментального «я-здесь-теперь» и позволяют сказать в зависимости от обстоятельств: «Я теперь в Париже, в Англии или в моем кабинете».

У больного прогрессивным параличом знания, воспоминания, т. е. статические факторы, отсутствуют*. Он дезориентирован в пространстве в обычном смысле этого слова. Однако основная структура «я-здесь» остается нетронутой и действующей. Шизофреник, напротив, *знает*, где он находится, но его «я-здесь» теряет свой обычный характер и угасает.

На менее продвинутой стадии мы наблюдаем у больных прогрессивным параличом реакции несколько более сложной структуры, характер которых остается, однако, тем же. На вопрос: «Откуда Вы прибыли?» больной отвечает: «Оттуда, где я был прежде». Он, очевидно, дезориентирован в пространстве и неспособен назвать место, откуда прибыл. Тем не менее динамическая структура перемены места, которая передается отношением: место X прежде, место Y теперь, остается незатронутой.

К этой же категории фактов принадлежат следующие диалоги:

В. «Где вы находитесь?» — О. «Там, где я совершал сегодня утренний туалет». Или: «Там, где я нахожусь некоторое время».

В. «Что это за дом?» — О. «Это дом, куда меня поместили».

* Мы оставляем в стороне вопрос о том, разрушены ли эти элементы необратимо или они просто больше не используются из-за функциональных нарушений.

В. «Кто этот господин?» — О. «Это господин, который находится здесь».

В. «Что Вы делаете?» — О. «Сейчас я нахожусь здесь».

Поставим теперь больного прогрессивным параличом в стадии безумия перед зеркалом и спросим его: «Кто это?» Он ответит: «Я». Продолжим спрашивать: «Но кто именно?» Он укажет свое имя и профессию. Такая реакция значительно реже встречается у шизофреников на продвинутой стадии болезни. Они отвечают: «Я». А затем: «Моя активность, моя личность». Или еще: «Это энергия». Или, наконец, имея множество бредовых идей, дают ответы типа: «Я — сын Клода Фаррера». Одна из наших больных ответила: «Я знаю, кто это». Затем она несколько раз выделяла это «я знаю», чтобы подчеркнуть, что она теперь это больше не ощущает. «Я знаю, кто это, — продолжала она, — но это просто констатация, в ней нет никакого содержания... Какая странная физиономия — неподвижный, неискренний и холодный взгляд...»

Таким образом, больной прогрессивным параличом, используя остатки своей психической деятельности, следует путем, определяемым его социальным «я». Напротив, шизофреник не делает этого и демонстрирует более или менее выраженную степень деперсонализации. Ему недостает утверждения своего «я».

У больного прогрессивным параличом в течение долгого времени незатронутым остается также чувство замещения. Достаточно спросить у него дату, чтобы он инстинктивно взял газету, лежащую рядом с ним. Один полностью безумный больной прогрессивным параличом на вопрос: «Какой сегодня день?» ответил: «У меня нет ничего, чтобы это знать». Другой больной, когда у него спросили дату его рождения, ответил: «Я не могу этого сказать, у меня нет сейчас моего обручального кольца». На кольцо у него была выгравирована не дата его рождения, а дата свадьбы, но он уже не давал себе в этом отчета. Он знал, что существуют средства, которые могут заменить его угасающую память, и инстинктивно их искал.

Совсем иное поведение у шизофреника. Он очень часто знает даты, но это знание не имеет для него ясного смысла. Он не пользуется ими, так же как он не отвечает на требования окружающего

его мира. У него в первую очередь поражен *прагматический* фактор.

Больной прогрессивным параличом в состоянии высокой степени безумия отвечает на вопрос: «Что Вы делаете?» — «Я жду событий и составляю планы». Другой больной, дошедший до крайней степени утраты интеллектуальных способностей, почти не способный говорить, заметив, что я забыл свою шляпу в его комнате, рассмеялся по этому поводу. Напротив, для шизофреника, по-видимому, больше не существуют такие понятия, как событие, план, движение.

Приведенные выше сопоставления показывают различие терминальных состояний, к которым приводит ослабление интеллектуальных способностей при прогрессивном параличе и при шизофрении.

Их невозможно спутать. *В первом случае наблюдается отсутствие статических факторов, тогда как во втором случае, напротив, страдает динамизм психики.*

Эта формулировка, очевидно, слишком схематична. Особенно слово «динамизм» может внести путаницу. Оно используется и в физике. Но здесь, как хорошо показал Бергсон в этюде о движении, время мыслится уже как прямая линия, тем самым оно уподоблено пространству. Все, что есть движение и развитие, все, что является реальным временем, в этой концепции исключено с самого начала.

Подлинный динамизм как совокупность факторов, относящихся к прожитой человеком временной длительности, есть нечто совсем другое. Именно о нем мы здесь говорим. Впрочем, мы делаем это несовершенным и предварительным образом. По-другому и не могло быть. В этой области нам еще недостает прочного основания. Чтобы найти его, потребовалось бы ни больше, ни меньше как определить и сгруппировать все явления нашей жизни, относящиеся к реальному времени, а затем наблюдать, как они отражаются в нормальной и болезненной психике, одним словом, нужно было бы создать психологию и психопатологию проживаемого потока времени. Задача сложная, но необходимая для всякого, кто хочет понять человеческую душу как в ее нормальном, так и в патологическом проявлении.

Тем не менее пока нет ничего лучшего, формулировка, в которой мы резюмировали наши наблюдения, адекватно передает изучаемое отличие. Впрочем, контраст, который мы только что установили между терминальными состояниями больных прогрессивным параличом и шизофренией, можно проследить и дальше. Он проливает свет на менее продвинутые фазы этих заболеваний и выделяет с принятой в начале этого очерка точки зрения главные черты каждого из них.

Начнем с прогрессивного паралича.

По мере удаления от терминального периода истолкование имеющихся фактов становится все затруднительнее. Но основная черта, о которой мы говорили выше, по-прежнему проявляется.

Фиксированная рамка лет, месяцев, недель, т. е. понятие измеримого хода времени, которое при этом уподобляется пространству, очень часто отсутствует. Но это далеко не означает, что полностью исчезает всякое понятие о времени. Больной может правильно, в хронологическом порядке описывать то, что он делал во время войны, но не знает, ни когда война началась, ни когда она закончилась. Память о последовательности некоторой группы событий сохраняется, но отсутствует способность соотнести их с некоторым фиксированным моментом времени, с каким-то определенным годом.

Пространственный образ длящегося времени также исчезает. Составляющие понятие времени элементы, лишенные фиксированной рамки, свободно существуют сами по себе. Во всей своей крайней мобильности они заполняют психику индивида. В фантазиях и бредовых проектах больных есть только *непосредственное* следование событий, пронизательность и крайняя скорость*.

* Здесь, возможно, кроется одно из рассматриваемых с этой точки зрения основных различий между поведением больных прогрессивным параличом и маниакально-депрессивным психозом. Патологические проекты последних остаются включенными в измеримый временной поток. Они еще считаются со временем (в обычном смысле этого слова) и устанавливают для осуществления своих проектов более или менее отдаленные даты, тогда как больной прогрессивным параличом живет прежде всего в непосредственном чередовании событий, которое подавляет все остальное. Последнее, однако, лишь простая гипотеза. Сегодня мы еще не можем сказать больше на эту тему.

Такие выражения, как *тотчас, вот-вот, только что, скоро*, удивительно часто встречаются в их речи. Одна больная рассказывает нам каждый день о своем муже, который, по ее мнению, должен сейчас прийти к ней. Он уже здесь, он поднимается по лестнице, он вот-вот будет в ее комнате и уведет ее отсюда. Или же больной говорит об автомобилях, мчащихся со скоростью 800 километров в час, и о путешествиях в Аргентину, совершенных за пять минут.

Этот динамизм захватывает всего индивида, переполняет его, распространяется по всей вселенной. Это характерно для бредового периода больного прогрессивным параличом. Он строит планы на ближайшее будущее, они грандиозны, они не знают границ. Он поедет на скачки в Лоншан, потом совершит кругосветное путешествие. Он также взорвет все острова в океане, а затем отправится за Луну, чтобы поместить ее в бокал для вина. Он всемогущ, он в состоянии делать все, что делается в мире, он способен пересаживать органы, скрещивать животных, оживлять мертвых. Он хочет охватить все живое этим чрезвычайным развитием своих способностей. Он потратит свои миллионы, сделает всех людей счастливыми, повезет всех врачей и медсестер в свои фантастические путешествия. Он поедет в Рим, чтобы добиться разрешения на брак для всех священников и монахов.

Здесь все — движение, и ничего, кроме движения, происходящего с головокружительной быстротой и игнорирующего любое препятствие, любое расстояние, любой промежуток времени.

Это движение заполняет все, распространяется за пределы индивида, устраняют границы между ним и вселенной, превращая его вместе окружающей его средой в единый движущийся океан. Больной передает это состояние обыденным языком с помощью абсурдных идей величия.

Сравним теперь эту картину с тем, как одна больная шизофренией после многих лет болезни передает состояние своей души: «Вокруг меня одна неподвижность. Вещи представляются изолированными, каждая сама по себе, ничто ни с чем не связано. Некоторые вещи, которые должны были бы вызывать воспоминания, множество мыслей, какие-то картины, остаются изолированными. Они скорее поняты, чем прочувствованы. Это как пантомимы, которые разыгрываются вокруг меня, но я в них не участвую,

я остаюсь вне всего этого. Я могу рассуждать, но мне недостает инстинкта жизни. Мне не удастся проявить мою активность достаточно живым образом. Я не могу больше переходить от одного к другому, но ведь мы не созданы для того, чтобы жить все время одним и те же. Я утратила контакт со всеми вещами. Понятие ценности, сложности вещей исчезло. Между мной и ними нет потока, я не могу больше ему отдаться. Вокруг меня абсолютная неизменность. У меня еще меньше подвижности по отношению к будущему, чем к прошлому и настоящему. Во мне есть какая-то косность, которая не позволяет мне видеть будущее. Творческая способность во мне отсутствует. Я вижу будущее как повторение прошлого».

Я подчеркиваю, это не страница из какого-то романа. Нет, это слова больной, которая проводит свои дни в постели в состоянии полной инертности, а встав с нее, движется как автомат, которая страдает слуховыми галлюцинациями и рассуждает о телесной трансформации. Однажды, воспользовавшись моментом, когда никого рядом не было, она подожгла свою одежду, чтобы, как она потом объяснила, получить живые впечатления, которых была полностью лишена.

Но не является ли это ключом ко всей проблеме шизофрении? Этот вопрос тем более оправдан, что высказывания нашей больной — это далеко не отдельный и исключительный случай. Напротив, схожие, если не идентичные проявления мы поразительно часто находим у шизофреников, если удастся привлечь их внимание. Тогда мы слышим, что их идеи «неподвижны, как статуи», или что они статичны и не имеют тенденции к реализации», или же больные находят другие аналогичные выражения, призванные передать ту статичность, что все более охватывает их и от которой они страдают, когда осознают свое состояние. Их поведение и реакции также часто носят отпечаток этой болезненной статичности, и мы находим ее даже в стереотипных движениях, которые по сути являются лишь вечным повторением без какого-либо развития.

Трудно себе представить больший контраст с обрисованной выше картиной в случае прогрессивного паралича.

Подчеркивая этот контраст, мы уточнили важное отличие, засвидетельствованное всеми, кто занимался этой темой. Как мы знаем, специфика терминальных состояний является одним из

главных критериев, к которым обратился Крепелин при разработке его синтетического понятия раннего слабоумия. В этом случае он говорит о *Verblödung*. Вот что об этом термине говорит г-н Нейрак в своей диссертации:

Обычно французские авторы переводили это слово как «безумие», что, как мы увидим, влечет некоторую путаницу. По нашему мнению, *Verblödung* означает не «безумие», а нечто иное. Если бы не уважение к словарю, мы бы использовали в этом случае другое слово. *Verblödung* выражает на повседневном языке действие, делающее какого-то человека застенчивым, стыдливым и даже глупым. В отсутствие французского эквивалента мы перевели *Verblödung* как «парадеменция»*.

Блейлер говорит об эмоциональной деменции у шизофреников, тем самым еще раз подчеркивая то фундаментальное отличие, что существует между психическими нарушениями при шизофрении и при интеллектуальной деменции, или, коротко, просто безумии. Отдавая предпочтение факторам, относящимся к развитию личности, т. е. к личной активности, я писал в моем первом этюде, посвященном шизофрении, о *прагматической деменции*. Впрочем, соединение этих двух терминов, возможно, не очень удачно. Если это сочетание должно обозначать прогрессирующее ослабление интеллектуальных способностей, то предпочтительнее было бы, кажется, совсем устранить здесь слово «деменция» и говорить о *прагматическом дефиците*. Как бы то ни было, предложенный термин, по-видимому, затрагивает существо проблемы. Мы нашли ценное подтверждение нашего видения проблемы в недавних исследованиях г-на Клода и его учеников. Эти авторы также подчеркивали в случаях, которые они называли термином «шизомания», рассогласование интеллектуальной и практической активности**.

Мы еще будем говорить об этом в следующих главах.

* P. Nayrac, «Essai sur la démence paranoïde», thèse de Lille, 1923.

** H. Claude, A. Borel et G. Robin, «Discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité pragmatique sous l'influence d'un complexe affectif», *Annales médico-psychologiques*, 1923. H. Claude, G. Robin et P. Roubenovitch, «La schizomanie simple», *Société médico-psychol.*, novembre 1925. P. Roubenovitch, «Contribution à l'étude de la schizomanie», thèse de Paris, 1926.

В заключение, процитируем определение, которое Дид и Гиро дают раннему слабоумию*.

«Это заболевание, — пишут эти авторы, — характеризуется преждевременным ослаблением *инстинктивных источников психической жизни*, происходящих непосредственно от органической и кинестетической активности. Чисто интеллектуальные операции претерпевают лишь второстепенные изменения. Их несогласование существует в течение долгого времени в виде блокировки и противоречивой ориентации, а не в простом исчезновении функции. Ослабление *жизненного порыва* и эмоциональности являются необходимым и достаточным элементом для того, чтобы охарактеризовать заболевание». Они также предложили вместо «раннего слабоумия» ввести термин «ювенильная атимормия»**, который хорошо передает «утрату стремлений у кинестетической и аффективной души».

Оставим в стороне органицистскую интерпретацию, которую Дид и Гиро дают своей концепции, а также вопрос о существовании «кинестетической души». В психологическом плане мы очень рады отметить точки соприкосновения идей этих двух выдающихся психиатров и результатов наших собственных исследований, изложенных на предыдущих страницах. Во-первых, эта близость сводится не просто к формулировкам или определениям, но касается придания значения *точным фактам*, о которых мы будем говорить ниже, а во-вторых, Дид и Гиро, не принявшие блейлеровское понятие шизофрении, используют термин «раннее слабоумие» в его самом узком смысле. Мы придаем очень большое значение этому обстоятельству. Сходство взглядов, несмотря на разные отправные точки, служит ценным средством проверки их справедливости. С другой стороны, констатации Дида и Гиро, примененные к случаю раннего безумия в узком смысле этого термина, подтверждают то, чему всегда учили Крепелин и Блейлер, а именно, что во всех случаях раннего безумия, как бы ни понимался этот термин, речь не идет о истинном безумии как нарушении основных

* Dide et Guiraud, *Psychiatrie du médecin praticien*, Masson, 1922.

** Атимормия происходит от греческого *θύμος* (состояние духа) и *ορμάω* (устремляться).

чисто интеллектуальных функций, наблюдаемом, например, при прогрессивном параличе. Наш собственный опыт побудил нас присоединиться к этой точке зрения. Поздние спонтанные выздоровления, которые заранее невозможно было предсказать, происходившие после долгих лет болезни у индивидов со всеми внешними признаками полного и длительного упадка, свидетельствуют о том же.

Пространственное мышление шизофреников (патологический рационализм и геометризм)

Здесь невозможно сделать обзор всех следствий для психопатологии и шизофрении, которые влечет за собой та точка зрения, что мы старались изложить. Ограничимся только тем, что покажем на нескольких примерах, в направлении каких фактов ориентирует наши исследования эта точка зрения и как она позволяет их интерпретировать. Так, мы увидим, что шизофреник, лишенный способности усваивать все, что движется и длится, пытается строить свое поведение на факторах и критериях, собственная сфера которых в нормальной жизни — исключительно логика и математика. Жизнь в каждый момент выходит за их пределы. Всякая попытка применять их постоянно и неукоснительно не может привести ни к чему иному, как к искажениям. И сейчас мы попытаемся понять причину этого.

Вот результаты наблюдения больного, которые мы проанализируем согласно только что сказанному и которые мы вместе с г-ном Рог де Фюрсаком называем «патологический рационализм»*. Речь идет об учителе начальной школы тридцати двух лет, который консультировался у нас в Диспансере профилактики психических заболеваний. Он жаловался прежде всего на «физиологическое разрушение», которое он тяжело переживает, и на «пустоту в голове», которую он приписывает избыточному слюнотечению. Он слышит голос, который «внушает» ему. Голос этот «мертвый» и производит впечатление «голоса привидения». Впрочем, говорит нам пациент, все его существо, равно как и голос, испытывают «упадок».

* J. Roques de Fursac et E. Minkowski, «Contribution à l'étude de la pensée et de l'attitude autiste (Le rationalisme morbide)», *Encéphale*, 1923.

Он чувствует себя перенесенным на 15 лет назад, когда он начал преподавание в качестве молодого помощника учителя.

У нашего больного нет ни галлюцинаций, ни бредовых идей. Мы не констатируем у него ни малейших признаков ослабления интеллекта. Но с самого начала наблюдения мы были поражены его поведением. Это впечатление только росло в ходе последующих бесед с ним. Его глубоко патологическое поведение сразу же побудило нас поставить диагноз шизофрении, и даже тяжелой и продвинутой шизофрении. Это поведение мы попытаемся сейчас описать. Следующая деталь показалась очень характерной. По этой причине ее мы и выберем в качестве отправной точки. Больной рассказал нам, что уже в течение многих лет очень интересуется философскими проблемами. Он приобрел привычку записывать свои размышления и таким образом собрал значительное количество заметок. Мы спросили его, прочитал ли он много книг по философии. Вот каков был его ответ: «Нет, напротив, я дал себе зарок не читать, чтобы не исказить мою мысль». Он также избегал людей, чтобы они «не мешали его размышлениям». Его патологическое поведение вырисовывается как нельзя яснее. Он изолировался от мира, чтобы черпать свои философские мысли в себе самом. После этого мы не были слишком удивлены, узнав, что одно из его открытий состоит в том, что он «выделяет спирт действием кислот на нервные окончания».

У него действительно необычное поведение. Мы можем квалифицировать его как нарушение способности суждения. Но все ли этим сказано? Почему это нарушение проявляется именно так, а не иначе? С чем это, по сути, связано? Не следует ли, согласно сказанному выше, углубить с психологической точки зрения рассмотрение наблюдаемого нами патологического поведения? Мы попытаемся это сделать, сопоставляя поведение больного с соответствующими факторами нормальной человеческой личности. Время от времени мы все чувствуем потребность изолироваться от окружающих и остаться наедине с самим собой. Именно в нас самих мы стараемся черпать жизненные силы нашей активности и нашего труда. Но если таким образом мы находим в себе источник наивысших проявлений нашей личности, то пытаемся ли мы при этом заботливо устранять всякое внешнее влияние? Конечно,

нет. Наоборот, мы позволяем окружающему воздействовать на нас. Мы хотели бы даже, чтобы оно захватило нас полностью. Но только мы сплавляем элементы, получаемые нами извне, в тигле нашей глубинной жизни, чтобы сделать из них материал нашей личной активности. Таким образом, даже изолируя себя от внешнего мира, мы остаемся в контакте с окружающей нас реальностью. Но мы не только претерпеваем эту реальность, ибо в этом случае мы рисковали бы стать простыми имитаторами. Тогда возникает интересный вопрос: до какой степени можно допустить внешнее влияние на себя, а с другой стороны, в какой мере полезна изоляция от окружающей среды ради сохранения собственной самобытности? Однако на этот вопрос нельзя дать однозначный ответ. Никакой рецепт психической гигиены не разрешит его. Дело в том, что основной элемент, служащий в этом плане регулятором, не может быть интеллектуализирован — это один из иррациональных элементов жизни. Можно назвать его *ощущение гармонии с жизнью*. Поставленный вопрос может быть решен только индивидуально. Каждый решает его по-своему, не пытаясь следовать какой-то логике, но стремясь *к согласию с самим собой и к установлению гармонии с жизнью*. Нужно ли при этом добавлять, что ощущать подобное согласие с жизнью — это совсем не то же самое, что разделять взгляды большинства современников или перенимать расхожие мнения?

Упомянутый иррациональный фактор играет огромную роль в нашей жизни. Он проявляется во всякой серьезной ситуации, во всяком конфликте, который нам необходимо разрешить. Именно он в этих случаях является подлинной основой принятия нами решения, ибо именно в нем мы черпаем источник наших представлений о *границах и мере*, которые никакая интеллектуальная операция не может определить. По этой причине никакое правило не может автоматически руководить нашей жизнью. Каждое имеет свои исключения, и всякий раз, когда нужно принять решение, перед нами встает вопрос такого рода.

Только ощущение контакта с жизнью, гармонии с ней и с самим собой способно принять решение в каждом отдельном случае. И это фактор сам по себе существенно иррационален, так как, будучи рационализирован, он сводится к формулировке:

«Я чувствую себя в согласии с жизнью и самим собой». Эта формулировка позволяет оправдать худшие злодеяния и худшие искажения. Паскаль говорил: «Сердце имеет свои резоны, которые разум не знает». Он подчеркивает этим роль аффективных факторов в нашей жизни. Мы перефразировали бы это высказывание так: жизнь имеет свои резоны, которые разум не способен формулировать.

Мы можем теперь определить с психологической точки зрения странное поведение нашего пациента. Его жизненное устремление вместо того, чтобы попытаться соединиться с реальностью, сделало из него в некотором роде *tabula rasa*. Потому, лишённое естественной точки опоры, оно витает, как говорится, в облаках. Не будучи философом, и даже плохим философом, наш учитель предаётся своим философским размышлениям. В то же время он до крайности *рационализирует* фактор изолированности, тесно связанный с жизненным устремлением, и «чтобы не мешали его мыслям», избегает книг и людей, лишаясь тем самым контакта с реальностью, помощи, без которой никто не может обойтись.

Тем самым исчезает все богатство и движение жизни. Вместо этого перед нами абстрактная формула, определяющая глубоко патологическое поведение индивида. Сколь сильным ни был бы интеллект, он не может быть самодостаточным. Желание мыслить и действовать, не принимая во внимание ни идеи других людей, ни внешние обстоятельства, ведет в сфере интеллекта к ошибкам, а в сфере практики — к абсурду.

Мы долго обсуждали одну единственную фразу нашего больного. Мы посутпили так, потому что это типичный пример, настолько типичный, что сказанное на эту тему позволяет нам теперь в нескольких словах полностью охарактеризовать отношение индивида к окружающей его среде.

Всякий жизненный акт рассматривается с точки зрения рациональной антитезы «да — нет», «хорошо — плохо», «позволено — запрещено» или «полезно — вредно». В этом смысле мы говорим об *анти-тетическом поведении*. Это результат недостатка иррационального ощущения гармонии с самим собой и с окружающей жизнью, о котором мы говорили выше. Этот недостаток влечет за собой полное исчезновение понятия меры и границ. Индивид направляет

свою жизнь исключительно согласно идеям и становится в крайней степени доктринером. Такое поведение может приносить пользу, если речь идет о математических проблемах, или вред, становясь болезненным и опасным там, где наша мысль прагматична и руководит нашими решениями и поступками. Ибо здесь целью должен быть поиск согласия с жизнью, а не с абстрактными идеями и правилами чистой логики. Одного примера будет достаточно, чтобы пояснить нашу мысль. Пациент рассказал нам, что он завел привычку «просеивать свои действия через сито собственных принципов». Под влиянием идеи *духовного* совершенствования он «изгоняет из своей жизни всякий *физический* труд». Но тогда, как он опасается, он не сможет заниматься своей пасекой, которой прежде любил посвящать свой досуг и которую поместил теперь в рубрику «физический труд». А когда его родители, с которыми он живет под одной крышей, заводят разговоры о деньгах, он воспринимает это как покушение на его идеал и избегает подобных тем. Для него посещение нашего диспансера — моральное самоубийство, так «как человек должен действовать сам, по собственной воле». Он логичен, и даже слишком. Принципы, сами по себе справедливые, приводят к страшным последствиям даже в результате их простого обобщения. Жизнь состоит далеко не только из жестких и всеобщих принципов. В каждом конкретном случае основную роль играет некий иррациональный фактор, определяющий границы.

Таким образом, антитезы определяют все поведение нашего больного. Его нравственное возрождение, — рассказывает он, — началось в 1918 г. в лагере военнопленных в Германии. Он пытается «отделиться от материальности и руководствоваться в своих действиях безличными принципами. Нужно обрести мудрость, которая есть истинное счастье, но для этого необходимо быть одному, нужно исключить всякий мешающий фактор». Именно под влиянием этих идей началось изменение его личности. Он следует системе, состоящей в применении одного принципа в неделю, такого как справедливость, умеренность и особенно молчание. Он почти перестал разговаривать и отвечал на заданные ему вопросы только тогда, когда это соответствовало его принципам. «Его действия были расписаны по минутам. Его ум был все время чем-то занят и, просеивая свои слова через сито своих

принципов, он отвечал на вопросы и начинал говорить только, если эти принципы ему это позволяли». Его нынешние проблемы, — говорит он, — начались с момента, когда он позволил себе разговаривать «импульсивно», что противоречит его программе исключительного рационализма, которой он следовал. После войны он вернулся на должность учителя убежденным детерминистом и по причине полной безответственности своих учеников применял к ним принцип *абсолютной* снисходительности. Он пытался обратиться к их разуму и страдал, видя, что они улыбаются, но не понимают его. Затем он последовал советам одного директора школы и, подавив свои идеалы и став чрезмерно строгим, начал применять *строго* военную муштру. Затем опять наступил период принципа «либеральной мягкости». Мы выбрали из его записей еще следующий отрывок: «Я практиковал до июня месяца обезличенную, но чрезвычайно жесткую и авторитарную дисциплину, ведущую к достойному поведению как результату достойных мыслей. Увлеченный логикой, я в течение года подавлял мои идеалистические устремления, чтобы воспользоваться плодами военной дисциплины. Мне казалось, что наложение суровых санкций обоснованно и является моим профессиональным долгом». И еще: «Я стал заниматься физическим трудом, чтобы не расстраивать моих родителей. Это подчинение моей деятельности двум добрым и трудолюбивым старикам сделало меня более восприимчивым к их сентиментальным атакам, которые до тех пор наталкивались на мое более мощное гуманитарное чувство. И я скоро почувствовал, что вновь становлюсь послушным ребенком... Все мои права на инициативу казались мне утраченными, и я впал в состояние глубокой подавленности».

Кратко психологические особенности нашего больного можно описать так: для него характерен антитетический тип поведения, всякая посторонняя сила, действующая на индивида извне, воспринимается им как атака на личность, и когда он сам ощущает такое воздействие и должен ему подчиниться, он видит в этом катастрофу. Все внешние влияния на него рассматриваются им исключительно как господство и насилие над его личностью. Насколько он в этом плане отличается от нас, до какой степени обеднена его жизнь! Связи, соединяющие нас с окружающей средой,

бесконечно богаче и имеют великое множество нюансов. Мы можем пытаться навязать свою волю другому и стремиться к господству над миром, но в то же время мы также умеем подчиняться долгу, уступать из любви или сострадания, признавать авторитет других и следовать их советам, не ощущая при этом ни малейшего принуждения или ущемления нашей свободы. По сути, в этом аспекте наш учитель знает только две «категории»: собственную независимость, которая в форме эгоцентрической деятельности осуществляется в полярных областях интеллектуальных антитез, и внешнее воздействие на себя, которое он болезненно переживает. Теперь он ощущает себя больным два месяца (для нас он болен уже давно). Началом своей болезни он считает «насилие над его речью», «когда он уступил настояниям своих родителей и был вынужден совершить насилие над своим голосом и высказывать идеи, которые не соответствовали его принципам. Тем самым он перестал руководить самим собой и подчинился другой личности. Прежде он сам был хозяином своих взглядов и слов, так что его речь выражала только результаты его собственных размышлений, а речь была добровольной. Теперь же, когда он ведет занятия в классе, его голос влечет его за собой, а взгляд против воли сосредоточен на учениках. У него появилось отвращение к преподаванию, так как ему кажется, что его работа и ее принципы навязаны ему директором школы, авторитет и моральные качества которого он, впрочем, не подвергает сомнению». Так у нашего пациента рождается ощущение, что им овладевает и его влечет некая внешняя сила — симптом, на который недавно Миньяр обратил особое внимание*.

Едва ли можно допустить, что нынешнее состояние этого учителя является результатом сознательных усилий с его стороны, как он пытался нам это представить. Следовать его интерпретации едва ли будет оправданным. Создается впечатление, что можно сузить поле поисков истины, допустив, как мы это уже делали, что у больного отсутствует некий регулирующий жизнь фактор. В силу этого оставшиеся элементы перестраиваются, а затем вновь

* M. Mignard. «L'emprise organo-psychique et les états d'aliénation mentale», *Encéphale*, 1922.

соединяются вместе. Больной ощущает это как некую систему, которая (по крайней мере, в интеллектуальном плане) безупречна, но на самом деле она деформирует всю его активность и делает его «чужим» (можно даже сказать, «отчужденным») по отношению к окружению и к нам самим.

Нам остается только добавить несколько деталей к представленной картине. Они связаны с тем, как протекающая вокруг больного жизнь отражается на его измененном психизме. Тем самым они находятся в плоскости нашего анализа, т. е. в плоскости, определяемой понятием витального контакта с реальностью. Эти детали позволяют нам еще яснее выявить дисгармонию, существующую в психике нашего больного, и в то же время они обращают наше внимание на факты, которые, как мы уже говорили, обычно остаются незамеченными.

Сознание нашего больного представляется нам ареной, на которой поочередно выступают и борются абстрактные принципы. В нем есть нечто *безличное*. Таким же образом он воспринимает и других людей. Ученики интересны ему только постольку, поскольку он видит их через призму доктрин, которые он хочет осуществить на практике. В отношениях с ними нет никакой нотки тепла, сердечности, чего-то личного. Можно сказать, что он полностью утратил то, что позволяет нам жить и чувствовать в унисон с нам подобными, что тесно связывает нас с их личностью, позволяет проникать в нее и ощущать единство с ней. Личный контакт прерван, взгляд уже не может фокусироваться на окружающих людях так, как требует этого жизнь, он скользит поверх их, уходя в ледяную пустыню, где царит чистый разум. Сфера его интересов представляется значительно большей, чем наша, она кажется *безграничной*, но, в сущности, она отражает лишь великую нищету духа, лишённого родства. Больной говорит нам, что он стремится «оторваться от материальности» и решил руководствоваться в своих действиях безличными принципами. Он реагирует не на свое *ближайшее окружение*, но на *весь мир*. Он живет *ради идеи* и видит людей *безлично*. Он соединен мыслью не с людьми, но с человечеством и стремится максимально приблизиться к *абсолютному*. Он растворил свою сыновью любовь в «большой любви». Неудивительно, что под

влиянием таких взглядов и такой оценки вещей безобидные разговоры между ним и его родителями предстают в его записях как поистине битва гигантов. Это не просто преувеличение экзальтированного человека. Его родители, пораженные странным поведением сына, пытались как-то на него повлиять. Отец убеждал его, что тот, кто не может нести груз в сто килограммов, берет на спину пятьдесят. Он также говорил ему о материальной стороне. Сын, лишенный способности предоставлять родственным чувствам подобающее им место, видел в действиях родителей атаку на свой идеал. Он сообщает о пагубных для его личности советах, малейшая уступка которым рассматривается им как отречение от идеала. Мы уже отмечали, что шизоид утрачивает способность понимать людей и конкретные предметы в их реальном значении. Из-за этого он видит людей как бы издали, а вещи — слишком большими. Здесь перед нами яркий пример такого нарушения. Пойдя дальше по этому пути, мы найдем и другие черты, принадлежащие той же группе фактов. Вспомним, как больной описывал свою педагогическую карьеру. В этом отношении различные этапы его жизни отмечены в его рассказе последовательностью принципов и идей, которые он собирался применять. Сначала это был период «детерминизма и абсолютной снисходительности», который затем уступил место методу «военной муштры», сменившемуся, в свою очередь, «принципом либеральной мягкости». Внешние факторы исчезают, оставаясь полностью в тени. Эта особенность, состоящая в том, что этапы его жизни определяются лишь последовательностью осуществленных им принципов и идей, постоянно проявляется в характере изложения его *curriculum vitae*. Последний состоит из скачков: перед нами не гибкая и непрерывная, но постоянно прерывающаяся линия. Она такая же, как противоречивые, противостоящие друг другу идеи, которыми больной отмечает различные этапы своего существования. Каждая кажется отделенной от другой настолько, насколько главенствующий в ней принцип исключает принцип, следующий за ним. Все эмоциональные факторы, и в еще большей степени пережитое время, полностью исчезли из жизни нашего школьного учителя. Кроме того, он постоянно ощущает «противоречие с жизнью».

Как теперь истолковывать рассуждения другого больного*, который говорит нам, что не уверен в могуществе денег, поскольку деньги занимают мало места? Он не считает нужным интересоваться курсом обмена валют, ибо считает, что там «слишком много изменений, слишком большая подвижность». Напротив, его внимание полностью поглощено проектом *расширения* Восточного вокзала, о котором в это время писали газеты. Среди всех событий дня он придавал этому проекту первостепенное значение.

Здесь, по-видимому, речь идет о чрезмерном обобщении понятий пространственного характера и о патологическом воздействии на мышление и поведение больного чисто математических критериев, определяющих значение объектов и событий исключительно по их размерам и характеру геометрии.

Не наблюдаем ли мы здесь первые признаки *патологического геометризма*?

От этого же больного мы узнаем, что в возрасте шестнадцати лет он стал, как он выражается, «одержимым» архитектурными конструкциями. Он сомневался в их прочности и спрашивал себя, вполне ли они вертикальны. В автобиографии он пишет: «Я беспокоился о церковных сводах, я не мог допустить, что весь этот вес может удерживаться нервюрами и колоннами, а значит, одним единственным замковым камнем. Этого не могло быть достаточно. Я также не допускал использования цемента между камнями кладки, так как цемент хрупок и может быть раздавлен ими. Я говорил себе, что дома стоят только благодаря земному притяжению. И от этого я начал сомневаться в своих ощущениях».

Потом началась «мания симметрии». Он соотносил с ней всю свою деятельность. Например, он предпочитал ходить по середине улицы. Лечение, предписанное врачом, никоим образом нельзя было начинать в ноябре. Это из-за того, что лечение, требовавшее нескольких месяцев, «придется на оба года и будет тогда разорвано».

В тот же период появилась «одержимость карманами». Он хотел ощутить разницу ощущений в случаях, когда руки находятся в прямых и в косых карманах пальто. Чтобы решить проблему, он

* Mme et M. Minkowski, «Troubles du dynamisme mental et phénomènes obsédants», *Annales médico-psychologiques*, 1924, № 5.

«исходил из того принципа, что в первом случае, т. е. когда он засовывает руки в вертикальные карманы, устанавливается параллелизм между руками и ногами».

У него также появилась привычка стоять перед зеркалом, ноги вместе, с целью придать своему телу абсолютную симметрию, чтобы, как он это называет, «принять абсолютно совершенную позу». Ради этого он даже, насколько мог, задерживал дыхание.

На отделении в стационаре ему делали инъекции какодилата натрия. В какой-то момент у него родилась мысль, что вместе с уколом в его тело мог попасть кусочек ваты. Эта мысль со временем развивалась, но развивалась особым образом. Эволюционируя по принципу смежности, строя воображаемые конструкции исключительно геометрического и рационального характера, она распространялась все дальше и дальше. «Навязчивая идея распространяется. Не только вата, но и металл иглы может оказаться в моем теле, а также и стекло шприца. Все это может подняться к важным органам, к мозгу, например. Какодилат впридачу ко всему этому совершенно не нужен, а потому последующие уколы, естественно, лишены какого-либо смысла. А предыдущие уколы перепутаны этой злой медсестрой, которая постоянно что-то ест. Все лечение никуда не годится. Следовало бы разрушить его до самых корней, до самого основания, а затем вновь воссоздать в благоприятных условиях. Однако нельзя, чтобы плохое лечение давало хорошие результаты, так как хорошие результаты, построенные на плохой стене лечения, были бы подвержены обрушению вместе с ней. Но даже если не учитывать риск обрушения, я не могу поддерживать абсолютно *нелогичную* идею о том, что что-то хорошее может покоиться на чем-то плохом, тесаный камень на песчанике, тогда как должно быть наоборот».

Едва ли нужно указывать здесь на множество архитектурных элементов в этом рассуждении и на его пространственный, геометрический характер. Геометрия, план, логика здесь преобладают. Все то, что составляет богатство и движение жизни, все иррациональное, все, связанное с изменением и эволюцией, полностью исключено из психизма этого человека.

Больной хотел установить задвижку на двери. Опасаясь, что задвижка будет ударять по раме, он взял раму большего размера.

Но он заметил, что новая рама, имея ту же ширину, что и прежняя, больше ее по высоте. «Я сказал себе тогда, — продолжает он свой рассказ, — что если она больше по высоте, то *логически* она должна быть больше и по ширине, и я расширил проем, хотя от этого не было никакой пользы». Отсюда новые трудности, новые математические соображения и, наконец, как окончательный результат, большая дыра в двери и в стене. «Я бы мог ее зашпаклевать, — говорит наш больной, — но этого не было в моих планах».

«План — это все для меня в жизни, — говорит нам больной. — Я ни за что не расстрою мой план, скорее расстрою жизнь. К плану меня влечет вкус к симметрии, к регулярности. В жизни нет ни регулярности, ни симметрии — вот почему я *создаю* реальность. Все мои силы я приписываю моему мозгу».

«То, что я скажу, покажется чудовищным, но так оно и есть. В моем нынешнем состоянии духа я верю только в *теорию*. Я верю в существование какой-то вещи только тогда, когда оно доказано. Например, женское тело производит впечатление на мужчину. А почему? Это то, в чем я сомневаюсь, так как мне не удается это доказать. Я не хочу, чтобы это оторвало меня от корней, не хочу существовать без точки опоры и верить только в собственные впечатления. Тогда мне бы казалось, что я повис в воздухе, а это нелогично».

Иногда на него производит впечатление какая-нибудь женщина на улице. Тогда он идет домой, садится на стул, скрещивает руки крест-накрест, принимает максимально симметричную позу и начинает размышлять. Он пытается решить задачу — почему женское тело производит особое впечатление на мужчин? Он полон уверенности, что «все может быть сведено к математике, даже медицина и сексуальные впечатления». Именно в этом направлении идут его поиски. А разве человеческое тело не сводится к геометрии? Но тогда, спрашивает он себя, не обладает ли высшей степенью красоты тело в форме сферы, которая является самой совершенной геометрической фигурой?

В другой день он пишет в своем дневнике: «Я хочу проанализировать свои сексуальные впечатления, эту самую грандиозную проблему, которая только может быть. Тем более что я хочу доказать эти впечатления с помощью вещей той же природы, например,

сведя их к более мелким под-впечатлениям, которые затем можно подразделить на еще более мелкие, и т. д.».

Когда он планирует свой выход из клиники, то приходит в замешательство. Его пространственная мысль, приспособленная лишь к неподвижным и неизменным вещам, совершенно неспособна усвоить малейшее изменение. Вот ход его мыслей: «Я предполагаю выйти отсюда. Отлично! Абсолютно необходимо, чтобы у меня всегда было впечатление, что я нахожусь здесь, а для этого мне нужно нечто, представляющее мое пребывание здесь». И потому, покидая больницу, он забирает с собой все пустые флаконы и коробочки от использованных лекарств, которые затем тщательно размещает дома по ящичкам, чтобы иметь *доказательства* своего пребывания в больнице и сохранять впечатление, что он там еще находится.

«Я ищу неподвижность, — заявляет он нам. — Я стремлюсь к покою и обездвиженности. Во мне есть также стремление обездвиживать жизнь вокруг меня. Поэтому я люблю неподвижные предметы, ящики и задвижки, вещи, которые всегда на своем месте, которые никогда не меняются. Камень неподвижен, тогда как земля движется. Она не вызывает у меня никакого доверия. Я придаю значение только надежности. Поезд движется по насыпи. Он для меня не существует, я хочу строить только насыпь».

«Прошлое — это пропасть, а будущее — гора. Так мне пришла в голову мысль покинуть иногда один день — эту затычку между прошлым и будущим. В течение такого дня я стремлюсь совершенно ничего не делать. Один раз я не мочился двадцать четыре часа».

«Вернуть мои впечатления пятнадцатилетней давности, заставить время вернуться назад, умереть с теми же впечатлениями, с которыми родился, совершать движения по кругу, чтобы не удаляться от основы, чтобы не быть оторванным от корней, — вот чего я бы желал».

Трудно найти лучший пример воздействия чисто пространственной мысли, которая, будучи свободна от влияния столь необходимой в жизни интуиции, одна пытается управлять всей активностью человека.

Мы видели идеал, который она себе создает, и монструозные конструкции, к которым она приходит. Можно ли представить

более яркое подтверждение идей Бергсона, служивших отправной точкой нашего анализа?

Добавим здесь, что больной, которому было предложено написать свою биографию, сделал это на многих страницах, но — характерная черта — речь в ней идет только о предметах, стенах, ящиках и засовах — там нет ни одного живого человека. Можно сказать, что его жизнь состоит только из «неизменных и неподвижных» предметов.

Очевидно также, что он никоим образом не желает бороться со своим болезненным поведением. Он не только принимает его, но и пытается с помощью над-логических и над-рациональных аргументов доказать его обоснованность. Он поступил в клинику не для того, чтобы избавиться от своих навязчивых состояний, но только чтобы, как он говорит, «отдохнуть» и вернуться к своим задержкам и другим предметам того же рода, составляющим все содержание его жизни. Сказанное нами выше относительно разницы между навязчивыми состояниями гиперэмоциональных индивидов и «псевдо-навязчивыми» состояниями шизофреников подтверждается этим примером. Похожее подтверждение мы найдем в гл. IV, когда будем говорить об интеррогативной установке. А. Визель говорит в этих случаях о псевдо-психастенической форме шизофрении.

Г-жа Минковская, долгое время наблюдавшая больного, которого мы только что описали, и сделавшая результаты этих наблюдения исходной точкой для обширного исследования «Основные нарушения при шизофрении»*, приходит к таким выводам:

«У больного противопоставлены:

жизнь —	плану,
инстинкт —	разуму,
чувство —	мысли,
движение —	неподвижности,
реализация —	репрезентации,
время —	пространству,

* F. Minkowska. «Troubles essentiels de la schizophrénie. Paris: Payot, 1925.

преемственность —	расширению,
цель —	основе,
события и люди —	предметам,
синтезирующая способность проникновения —	анализу мельчайших деталей,
ощущения —	доказательствам.

Факторы из первого столбца у него отсутствуют, факторы из второго столбца гипертрофированы».

Мы можем только подписаться под этими выводами. Они как нельзя лучше передают атрофию факторов, входящих в ведение инстинкта и «отлитых по форме жизни», наряду с компенсационной гипертрофией всего, что связано с рассудком, «имеющим своим главным предметом неорганизованное твердое тело и чувствующим себя комфортно лишь во всем разрывном, неподвижном и в смерти, кто упускает все, что есть нового в каждый момент истории, и характеризуется естественным непониманием жизни» (Бергсон).

Особенности поведения двух больных, описанные в этой главе, далеко не исключение. Мы постоянно находим их у шизофреников на всех стадиях развития заболевания. Достаточно просто обратиться на это внимание.

Вот, например, что нам сказал один из наших пациентов*: «Кроме разума, если он не пострадал и не затронут болезнью, все остальное являет собой полный беспорядок. Я устранил эмоциональность, так же как я сделал это в отношении всей реальности. Я существую телесно, но у меня нет никакого *внутреннего чувства жизни*. Я больше ничего не чувствую. У меня больше нет *нормальных ощущений*. Я замечаю недостаток ощущений разумом. Во время болезни у меня исчезло ощущение времени. Время не имеет для меня значения. Я трачу бесконечно много времени, чтобы выполнить малейший акт повседневной жизни. Я осознаю, что рассуждаю правильно, но в *абсолютном смысле*, так как утратил контакт с жизнью».

* E. Minkowski. «Schizophrènes peints par eux-mêmes». *La Médecine*, février, 1924.

Одна больная шизофренией в продвинутой стадии увлекалась изготовлением шляп. Даже только их странная форма позволяла поставить диагноз. У нее их шестнадцать. Однажды она не нашла две из них. Тогда она решила в качестве мести разбить две шестнадцатых от всей посуды ее матери.

Другая больная, спрошенная после ее посещения матерью, была ли она рада встретиться с ней, ответила: «Было слишком много движения, я это не очень люблю».

Одна шизофреничка не имела никаких навязчивых идей, кроме потребности запечатлевать все события на бумаге. Она заполняла надписями всякий кусок бумаги, который находила под рукой (газеты, старые объявления и т. п.). Вот пример: «Сегодня такое-то число, время такой-то час (указаны точная дата и время), я пишу это в присутствии стакана, находящегося передо мной на столе в двух сантиметрах от листа бумаги, на котором пишу». Свидетелем, точкой опоры для нее мог служить любой другой неодушевленный неподвижный объект, например находящаяся поблизости лампа.

У другого больного идея, что ему наполняют живот остатками еды и отбросами. Он истолковывает подобным образом все, что видит перед собой. Таким образом, его мысль, выходя за индивидуальную сферу каждого предмета, распространяется затем по принципу смежности на бесконечное пространство, стремясь, можно сказать, отождествиться с ним. Экземпляр газеты «Фигаро», которую он получает, тотчас побуждает его думать обо всех распространяемых каждый день экземплярах этой газеты, а затем обо всех французских ежедневных изданиях. Один из членов его семьи болен бронхитом и отхаркивает мокроту. Больной говорит обо всех плевках с мокротой во всех туберкулезных больницах, а потом обо всех отходах всех больниц вообще. Все эти отходы, как он считает, будут помещены ему в живот. Вот его сын бреется перед ним. Это заставляет его думать о том, что солдаты соседней казармы тоже бреются, а затем о том, что во всей армии делают то же самое. Билет на метро побуждает его думать обо всех билетах на метро, обо всех железнодорожных, автобусных, трамвайных и всех других подобных билетах. У него утрачено понятие индивидуальной сферы предметов, событий и людей. Его мысль, не зная границ, убегает поверх всего в бесконечное пространство.

Один патологический «рационалист» тратит много времени и энергии, чтобы разработать программу, по минутам регулиующую использование времени. Так, он выделяет две минуты на приведение себя в порядок перед каждым приемом пищи. Эта программа грешит чрезмерной точностью. Ее невозможно выполнить. Наш больной думает совершенно иначе. Он любит сохранять использованные флаконы от лекарств, чтобы иметь перед собой следы исчезнувших во времени вещей. Он также испытывает досаду оттого, что чувствует себя лучше в тот день, когда, по его расчетам, он должен был бы ощущать усталость. «Это нелогично», — говорит он нам.

Несомненно, по крайней мере, большая часть фактов, о которых мы только что говорили, наблюдалась и описывалась другими авторами. Однако теперь нам, возможно, удалось увидеть их под новым углом, что позволяет сгруппировать их более адекватным образом, а значит, и лучше понять. Но это как раз то, что важнее всего. Кроме того, мы попытаемся найти, не теряясь в цитатах, несколько опорных точек для нашего видения проблемы в трудах авторов, разработавших общие концепции, более или менее соотносящиеся с нашей.

В первую очередь мы, естественно, имеем в виду труд Дида и Гиро по причине определения, данного ими раннему слабоумию, которое мы уже упоминали выше. Приведем несколько цитат этих авторов, относящихся к психологии больных, страдающих этим заболеванием.

В довольно большом числе случаев больной осознает глубокие изменения, произошедшие в его психизме вследствие ослабления инстинктивно-аффективных тенденций. Этот подчас драматический феномен производит трудно передаваемое ощущение физического и психического ущерба... В ментальном плане они умножают сравнения и объяснения. Вот несколько фраз, выбранных из записей наших наблюдений: «У меня нечто от ощущения нирваны. Мы разговариваем, но мне это кажется нереальным. Я нахожусь вне всякой человеческой мысли. Моя мысль иллюзорна, она мне чужда, холодна... Я страдаю распадом духа, я разложился. Я смотрю на себя в зеркало и вижу, что от меня ничего не осталось...» В этих условиях синтез личности становится

труден. Первое лицо, «я», употребляется реже, чем обычно, и заменяется безличными оборотами. Больной говорит о себе как о постороннем человеке, которого он наблюдает. Большая часть нарушений интеллекта представляет собой не что иное, как следствие основных симптомов, в частности, апатии и утраты эмоциональной окраски представлений. Следствием этого является неорганизованность, рассеянность до такой степени, что всякое сколько-нибудь сложное интеллектуальное занятие может быть прервано или отложено в сторону из-за появления идей-паразитов. Так мы понимаем нарушения контроля над поведением при раннем слабоумии, описанные Тулузом и Миньяром. Большинство событий, произошедших после начала болезни, удерживаются в памяти неточно и особенно вне хронологической перспективы. Больной может сблизать два факта, произошедшие с разницей в десять лет. Эти прошедшие годы мало что значат для него. Смысл его слов значительно шире, чем обычно. Им используются преимущественно общие и абстрактные термины. Некоторые союзы времени, такие как «когда», «тогда как» заменяются союзами места, например, «где»: «Я уйду, где пробьют часы». Иногда неправильно употребляются времена и наклонения глаголов. Наблюдается также использование телеграфного стиля и употребление всех глаголов в инфинитиве.

Мы не хотели бы завершать этот раздел, не упомянув работу д-ра Диври из Льежа: «К исследованию нарушений личности». Если я не ошибаюсь, этот мемуар, опубликованный в Бюллетене Королевской Академии медицины Бельгии в 1920 г.^{*}, остался незамеченным.

Не обсуждая существующие между г-ном Диври и мной различия в классификации психических заболеваний и, в частности, в дифференциальной диагностике шизофрении и психастении Жане^{**}, я хотел бы в первую очередь отметить здесь то общее,

* Dr Divry, «Contribution à l'étude des troubles de la personnalité», *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1920.

** Этот вопрос особенно сложен. Напомним, что гг. Диди Гиросчитают, что многие наблюдения психастении, приведенные в фундаментальном труде Жане, относятся к раннему слабоумию (*Psychiatrie du médecin praticien*, p. 181).

что объединяет наши подходы при рассмотрении расстройств человеческой личности. Добавим, однако, что, приравнивая личность к «вполне осознанному “я”» и тем самым рассматривая ее «с ее субъективной стороны», г-н Диври с самого начала ограничивает применение своих идей больными, осознающими свое состояние и жалующимися на него. То есть он имеет в виду больных, подверженных психастении, или, по крайней мере, демонстрирующих какие-либо ее признаки при наличии других заболеваний. Это ограничение, однако, не является необходимым. Мы можем попытаться применить общие идеи Бергсона значительно шире, рассмотрев под единым углом зрения целую серию наблюдавшихся у наших пациентов проявлений и реакций, которые они сами отнюдь не считали аномальными. Я пытался действовать так в моих исследованиях, изложенных на предыдущих страницах. Я не могу не видеть в этом определенного преимущества. Для наших концепций психических заболеваний симптомы, не осознаваемые больными, важны по крайней мере не меньше, чем те, что признаются ими как проявления болезни.

Сделав эти оговорки, приведем несколько цитат из труда г-на Диври:

Сознающее себя «я» представляет собой глубоко внутреннее ощущение своего рода динамического центра, синтезирующей психической функции, дающей нам представление о существовании нашего тела в психическом и физическом смысле, но в то же время способной получать сведения о внешнем мире и, наоборот, воздействовать на него.

Хотя «я» существует в нашем сознании как единое целое, его можно рассматривать в двух функциональных аспектах, которые для облегчения дальнейшего изложения мы назовем «я» *интуитивным*, или *практическим*, и «я» *интеллектуальным* или *спекулятивным*. Первое является динамическим фактором «я», действующим в нашем повседневном опыте. Будучи осознаваемо нами, оно, тем не менее, сохраняет свой спонтанный, инстинктивный, рефлекторный характер. Именно им главным образом мы воспринимаем, чувствуем, действуем. Инстинктом, так сказать, мы соглашаемся воспринимать данные внешнего мира, и потому это своего рода облагороженный

инстинкт, инстинкт, проникший в область сознания. Безотчетный жар, с которым мы принимаем участие в некоторых вопросах, говорит Бергсон, достаточно убедительно показывает, что наш разум обладает своими инстинктами. Чтобы яснее представить эти два динамических слоя самосознающего «я», практический и интеллектуальный, рассмотрим вопрос об объективности наших ощущений. Практическое «я» побуждает жить с впечатлением, что нашим чувствам соответствует нечто объективное и адекватное, другими словами, что внешний мир имеет качества, которые благодаря ощущениям проникают в наше сознание. Интеллектуальное «я» может пробудить сомнение. Оно ведет нас к логическому заключению: в конечном итоге мы знаем о внешнем мире только то, что дают нам наши ощущения, и что нет ничего менее достоверного, чем думать, что содержание последних верно передает объективно существующие явления. В этом суть трансцендентального идеализма, согласно которому мир — это не что иное, как идея.

Если мы приложим нашу точку зрения к вопросу о смысле реального, то утрата этого смысла является результатом функционального разрушения практического «я». Это нарушение той стороны «я», которая сохранила нечто инстинктивное в своей деятельности.

Эти больные — резонеры, и подчас они очень умны. Ослабление практической функции «я» наряду с гиперактивностью его спекулятивной функции ведет к дисбалансу, которым отмечена вся их психическая активность.

Сознание у такого больного в некотором роде утратило свой инстинкт. Но он может бесконечно спорить по поводу своего заболевания. Это бесплодная реакция интеллектуального «я».

«Вы можете спрашивать меня обо всем, — говорит один пациент, — и я вам отвечу, но у меня впечатление, что “ничего не существует”». Не правда ли, точное указание на непризнание сознающего себя «я» и, согласно нашей гипотезе, на утрату той интуитивной активности нашего «я», что заставляет нас в некотором смысле жить в вещах, отождествляя их с тем, что

воспринимает наше сознание? Мы живем именно благодаря этому инстинктивному побуждению, некую часть которого сохранило наше сознание. Именно оно ориентирует нас во внешнем мире. Для рефлексии в нем все чужое, только инстинкт выходит за пределы «я» и побуждает нас жить.

Эти больные утратили, так сказать, логику осознанного инстинкта, если позволительно соединять эти понятия. У них нет больше активного инстинкта жить. Кроме того, они вносят в свою сознательную жизнь слишком много бесплодных размышлений. Их спекулятивное «я» гипертрофировано и действует ошибочно, а инстинктивный напор, побуждающий жить и ведущий прямо к цели, теряет свою силу и постепенно «замирает».

Мы живем не так, как эти больные, и там, где нужно углубить наши теоретические и практические знания о человеческой личности, не колеблясь, используем инстинкт и интуицию, оставляя при этом для мысли подобающее ей место.

Глава III

АУТИЗМ

Содержание психоза и аутизм

Содержание психоза

Мы полагаем, что в предыдущей главе нам удалось показать, что понятие утраты контакта с реальностью не является ни метафизической концепцией, ни просто словесной формулировкой, призванной остаться бесплодной. Оно позволило нам продемонстрировать новые факты и дать им правдоподобное объяснение. Для дальнейшего продвижения к стоящим перед нами целям необходимо еще раз обратиться к самим истокам возникновения понятия шизофрении.

На мысль Блейлера большое влияние оказали работы Фрейда. Он сам пишет об этом в предисловии к своему *Трактату*. Именно этому влиянию обязано появление таких понятий, как *содержание психоза, комплекс и аутизм*. В то время талантливым сотрудником Блейлера был Карл Юнг. В 1907 г. Юнг написал свою первую работу, вдохновленную психоанализом и посвященную психологии раннего слабоумия, труд, ознаменовавший целый этап в нашей науке. После опубликования этой работы данные, собранные Фрейдом в книге «Толкование сновидений», стали широко применяться к анализу патологических проявлений у людей, страдающих психическими заболеваниями.

В истории психиатрии и раньше были попытки связать сновидения с психическими заболеваниями. По сути, они стары как мир, но как раз это обстоятельство дает нам возможность подчеркнуть одну из существенных черт современной психиатрии, а именно

значение, придаваемое ею влиянию аффективных факторов на генезис психических заболеваний.

Под влиянием Декарта человека начали рассматривать главным образом, если не исключительно, как *мыслящее существо*. И именно с этой точки зрения психиатры стали подходить к исследуемым проблемам. Безумие стало «утратой разума». Схожесть сновидений и безумия была более чем очевидна, и оба феномена рассматривались не иначе как «деградация», «полная анархия мысли», настоящее «бродяжничество интеллекта». Основываясь именно на этой довольно поверхностной констатации, в 1855 г. Моро де Тур (*Moreau de Tours*) провозгласил «тождественность сновидений и безумия» (*Annales médico-psychologiques*)*.

Эта общая формулировка не может, однако, удовлетворить современную психиатрию. В отношении проблемы «сновидения и безумие» в ней формируются два разных течения.

Одно из них, следующее главным образом традиции французской школы, пытается выявить *семиотическое* сходство между сновидениями и некоторыми формами психических заболеваний. И там, и там можно найти такие признаки, как амнезия и преобладание зрительных галлюцинаций наряду со значительной подвижностью, абсурдностью и бессвязностью мышления. Основываясь на признаках подобного рода, Ласег (*Laségue*) в 1881 г. заключил, что «алкогольный бред — это не бред, а сновидение». Затем Режи (*Régis*) определил понятие *онирический бред* как одну из форм, характерных для психических нарушений токсико-инфекционного происхождения. Таким образом, это направление исследований пришло к некоему *клиническому понятию*.

В течение последних лет во Франции обсуждался вопрос о бреде во сне и патологическом бреде (*G. Heuyer и Borel; Claude, Borel и Robin*). С точки зрения симптоматики этот бред совершенно отличается от онирического. Между ними нет ничего общего. Мы увидим это в следующей главе, когда будем говорить более

* Исторический обзор интересующих нас здесь проблем можно найти в книге: S. Freud, *La science des rêves*, Paris, Félix Alcan, переведенной с 7-го немецкого издания И. Меерсоном, а также в написанной Р. де Соссюром главе «*La psychologie du rêve dans la tradition française*» для книги R. Laforgue, *Le rêve et la psychanalyse*, Paris, Maloine, 1926.

подробно о шизофренических установках. Здесь будет достаточно сказать: это обстоятельство показывает, что проблема «сновидение — безумие» может решаться совершенно по-другому.

Этот подход реализуется вторым течением в психиатрии, о котором мы только что упоминали. Находясь во все большей оппозиции ко всеобщему рационализму прошлого века, оно всеми силами стремится к созданию *аффективной* психиатрии и психологии.

Именно об этом течении мы будем говорить на всех последующих страницах. И только для того, чтобы показать его важность, мы хотели сказать несколько слов и о других подходах к тем же проблемам.

Конечно, на первый взгляд, сновидения очень часто полны абсурда и несообразностей и кажутся чистым блужданием мысли. Но это касается только внешней оболочки, только *явленного вовне содержания* сновидения. За этим скрывается совершенно иное. Это *скрытое содержание* сновидения, состоящее из подавленных *стремлений и желаний*, затрагивающих самые интимные и существенные струны души индивида. Сновидение рассматривается теперь не как пустое, банальное и абсурдное событие. Теперь оно, так сказать, включено в жизнь сновидца. Главное — его расшифровать. Фрейд научил нас делать это с помощью своего метода спонтанных ассоциаций.

Но почему, чтобы передать дать желания, лежащие в его основе, сновидение принимает такую странную форму, позволившую нашим предшественникам видеть в нем лишь блуждание мысли?

Подавленные желания образуют скрытое содержание сновидения. Но силы, из-за которых совершалось это подавление, продолжают играть свою роль даже во время сна. Столкновение, конфликт воспроизводится и здесь, хотя и в меньшем масштабе, не столь бурно, в силу, если так можно выразиться, «меньшей вменяемости» спящего человека. Подавленные желания, нередко даже те, за которые в бодрствующем состоянии человеку было бы стыдно перед самим собой, дают о себе знать в сновидениях. Но они не осмеливаются делать это в явном виде. За этим бдительно следит *цензура*. Поэтому они являются спящему сознанию под маской, которая кажется непроницаемой. Она состоит из символов, смутных аналогий, замен персонажей и мест

действия. Это особая форма мышления, самоорганизующаяся таким способом. Труды Фрейда учат нас расшифровывать и понимать ее.

В этой общей тенденции ничего не изменилось из-за того, что некоторые психоаналитики, такие как Юнг (*Jung*), Риклен (*Riklin*) и Медер (*Maeder*), отделились от фрейдистской концепции и не рассматривают сновидения как подавленные желания, но видят в них выражение определенных тенденций. Поскольку сновидения являются продуктом творческой психической деятельности, они считают, что символическая форма сновидения выражает некую складывающуюся тенденцию. Эта тенденция не может проявить себя иначе не потому, что подавлена, но просто потому, что она еще недостаточно зрелая и определенная, чтобы принять осознанную дискурсивную форму мысли. Согласно этой точке зрения, здесь речь идет об основных *тенденциях* индивида и особой форме их проявления, которая, полностью отличаясь от обычной мысли, кажется на первый взгляд несвязной и непостижимой. Но не скрывается ли подобное живое содержание и за бессвязными словами и жестами психических больных? Тем самым ставится проблема *содержания психоза*. При этом сновидение и безумие вновь сближаются, но теперь уже не с точки зрения семиотического сходства и еще в меньшей степени как формы блуждания разума мыслящего существа. Нет, теперь эти два феномена рассматриваются как выражение реальных тенденций и желаний живого существа, выражение, правда, специфическое, «кажущееся бессвязным» с точки зрения повседневной жизни, но, в сущности, допустимое там, где индивид отвращается или отрывается от практической деятельности и остается, так сказать, сам в себе. Сновидения и безумие суть явления одного порядка, поскольку ни то, ни другое не стремится *адекватным образом интегрировать себя в окружающую реальность*. Потому они создают свой собственный язык.

Один из первых случаев, описанных Юнгом, навсегда отпечатался в моей памяти. Речь шла о старой «сумасшедшей», которая в течение многих лет находилась в психиатрической клинике. Она появилась там еще до директора этого учреждения, до всех работавших сотрудников, до всех санитарок. О ней никто ничего не знал, никто не приходил ее навещать, никто не мог пролить свет на

ее прошлое. Единственной особенностью ее поведения было постоянное однообразное потирание ладоней. Кожа на них стала от этого очень толстой и грубой. Все всегда знали ее такой и привыкли видеть ее на одном и том же месте, совершающей одни и те же движения подобно автомату. Одна дольше всех работавшая в клинике санитарка вспомнила, что когда-то очень давно эти движения были более размашистыми и странным образом напоминали движения сапожника за работой. В то время обслуживавшие больных санитарки называли ее между собой «больной, тачающей башмаки». Когда больная умерла, на похороны пришел ее очень пожилой двоюродный брат. Юнг спросил его, помнит ли он, когда его родственница заболела. Старик надолго задумался, потом сказал: «Ах, да! Я вспомнил. Она заболела из-за душевной травмы. У нее был друг, который бросил ее». «А кто был этот ее друг?», — задал вопрос Юнг. «Это был один сапожник», — ответил старик.

Очевидно, мы не разделяем упрощенческую концепцию собеседника Юнга, видевшего действительную причину болезни кузины в печали от несчастной любви. Но это не мешает нам сказать, что жесты больной имеют *смысл*, что этот последний след ее жизненной активности связан с эмоционально тяжелым событием из ее далекого прошлого, которое продолжало в ней жить, несмотря на прошедшие годы, несмотря на прогрессирующее разрушение ее личности, оживляя крошечное пламя воспоминаний, которое все еще тлело в ней.

Вот еще один пациент Юнга. Речь идет об одном молодом ученом, опубликовавшем работы, которые были высоко оценены его коллегами. Застенчивый, тщедушный и заикающийся, он ведет уединенную жизнь, обретая, как казалось, в науке высшее наслаждение, которое только может предоставить жизнь. В связи с путешествием в город Б. у него происходит кризис сильнейшего нервного возбуждения. Он начинает предаваться странным упражнениям, объясняя, что занимается гимнастикой, декламирует громким голосом, говорит о своей чрезвычайной красоте и силе, а также о способе приобретения мелодичного голоса. В прошлом у него уже был подобный кризис, который также был связан с поездкой в Б. Он видел себя тогда во главе многочисленной армии, которую привел к победе. За этот подвиг он в качестве награды получил

руку девушки, которую раньше любил. Когда к нему вернулось душевное равновесие, он объяснил, что его робость, усугубленная заиканием, помешала ему признаться в любви. Эта девушка вышла замуж и живет теперь в Б. Он сказал, что совсем забыл ее. Он хочет «случайно» повстречать ее в Б. и поехал туда просто, чтобы отдохнуть.

Несообразные жесты и слова больного, вызвавшие необходимость его помещения в стационар, становятся в этом случае понятны. Содержание его психоза ясно проявляется перед нами. Механизм компенсации бросается в глаза.

Наш молодой ученый может позволить теперь себе быть прекрасным как Аполлон, сильным как Геракл, красноречивым как Демосфен и добиться руки своей возлюбленной, от которой, как он считает, должен был отказаться из-за своего физического недостатка. Что касается поездок в город Б., то скажем просто, что в жизни бывают «случайности», не имеющие ничего общего с настоящими случайностями.

Мы не собираемся утверждать, что одни только психологические факты, о которых мы говорили, определили появление психических нарушений. Тем не менее они составляют их живое содержание, и нельзя недооценивать ценность и важность этой констатации.

Другая больная* в состоянии крайнего возбуждения вела себя очень буйно. Она набрасывалась на санитарок и пыталась забрать у них ключи. Увидев чашку черного кофе на столе, она с яростью бросилась на нее, чтобы опрокинуть. Она называла себя русской императрицей и собиралась ехать в Польшу, чтобы спасти родину. Она говорила, что отправится на небо, чтобы спасти мир и найти там своего отца. Она считала, что ее преследуют, в частности, ее мать и брат. Она не принимала никакой пищи, кроме хлеба и молока. Иногда она бормотала молитвы, глядя прямо на солнце, не ощущая от этого никакого неудобства.

В период улучшения состояния больная сама рассказывала о психических нарушениях во время приступа болезни. Для нее все

* E. Minkowski, «Recherches sur le rôle des complexes dans les manifestations morbides des aliénés», *Encéphale*, avril et mai 1922.

имело символическое значение. Черный цвет был для нее цветом дьявола. Один раз врач во время обхода предстал перед ней с черным пятнышком от чернил на белом халате. Это вызвало у нее мысль, что перед ней посланник дьявола. По этой же причине она хотела любой ценой опрокинуть чашку черного кофе. У нее вызывал страх и красный цвет, так как это цвет огня и крови, а также любви. Белый и светло-голубой — это цвета неба, поэтому она могла пить молоко, которое, пока она его пила, приобретало голубоватый оттенок. Она соглашалась есть только то, что росло над землей, например фрукты. Картофель, напротив, она отвергала, так как поверхность земли была для нее границей раздела между небом и преисподней, между добром и злом. Все предметы имели для нее особое значение. Ключи были ключами от неба, и потому она хотела ими овладеть. Ложка представлялась ей скипетром. Она разорвала свою цепочку для часов, чтобы полностью отделить небо от земли. У больной было два кольца. Одно кольцо, имевшее рубин, она выбросила прочь. Это было кольцо дьявола. На другом было три маленьких бриллианта, что символизировало Троицу, и это кольцо она сохранила у себя.

Для нее все соотносилось с борьбой Неба и Преисподней. Иногда она сама была Богом, и в качестве символа Троицы соединяла три пальца. Она приписывала себе способность летать, и потому, живя у себя дома до определения в стационар, она предприняла попытку броситься с балкона, будучи убеждена, что улетит прямо на небо.

Потом она говорила о своем прошлом. Она с большой нежностью вспоминала своего отца, который, как и она, любил «идеальные вещи». Ее мать и брат были по своей натуре значительно холоднее и имели приземленные интересы. Отсюда частые споры между родственниками и заметное предпочтение матерью сына перед дочерью. Жизнь этой больной не была счастливой. Ее отец потерял много денег, играя на бирже. Мать сумела присвоить себе оставшийся капитал, так что отец умер в бедности в больнице. Сама больная получила только практическое наставление, в противоположность тому, что хотела. Из-за этого она несла в себе чувство неполноценности, которое особенно ощущала, находясь в обществе образованных людей, и которое из-за прогрессирующей полноты

постоянно усугублялось. Ее культ красивых и возвышенных вещей развивался в той же пропорции.

Все же несколько лет тому назад жизнь, казалось, ей улыбнулась. Она познакомилась с одним образованным и культурным поляком, который ее полюбил. Он рассказывал ей о своей стране и часто называл «моей королевой» или «моей принцессой». Отсюда идея о том, что она стала королевой независимой Польши. Еще в начале болезни она написала на обороте визитной карточки «вернись немедленно» и держала эту карточку за окном, надеясь, что голуби, которых она считала почтовыми, доставят это послание ее другу в Польшу. Ибо ее роман длился недолго. Она отказалась от брака, так как ее брат, к которому она была «очень привязана», этого не хотел. В дальнейшем ее жизнь была лишь цепью разочарований и огорчений.

Эти три примера, выбранные среди самых простых и представленные здесь обобщенно, ясно демонстрируют смысл термина *содержание психоза*. Речь идет о расшифровке смысла наблюдаемых бессвязных болезненных проявлений путем сопоставления их с тяжелыми эмоциональными потрясениями, имевшими место в прошлом больного. Эти события именуется в подобного рода исследованиях *комплексами*.

Чтобы лучше описать понятие *содержание психоза*, мы должны сделать два важных замечания, тем более что именно эта сторона концепции Блейлера часто понимается во Франции неверно.

1. Понятие *содержания психоза* не составляет исключительное свойство какого-то одного психического заболевания и само по себе не влечет какого-либо диагноза. Оно выходит за рамки шизофрении, так как ничто не мешает нам применить его к другим психическим заболеваниям, таким как маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич или, если угодно, онирический бред. Таким образом, здесь речь идет о понятии, принадлежащем *общей психопатологии*. И если его наибольший успех наблюдается в области шизофрении, то это связано лишь с тем, что здесь проявления психического заболевания кажутся со стороны самыми «бессвязными» и самыми непостижимыми для нашего понимания.

Прежде нельзя было отыскать ни малейшей лазейки, чтобы проникнуть за эту мешанину слов, эти стереотипы, расстройство

речи и беспорядочную гиперкинезию, что так часто характерны для шизофреников. Вся эта безжизненная пустыня вдруг ожила благодаря исследованиям Блейлера и Юнга, предпринятым под влиянием Фрейда. Как выразился Вильманс*, тем самым был заложен краеугольный камень психологии шизофрении. Однако, и я еще раз настаиваю на этом, дело касается здесь только психологии. Присутствие или отсутствие комплексов не является критерием дифференциальной диагностики. В случае шизофрении (равно как и любой другой болезни) этот критерий должен опираться на то, в чем есть патологический дефицит, т. е. на основные симптомы и особенности поведения, которые были определены Блейлером. Никакое событие, никакой феномен нормальной жизни не достаточен сам по себе для выработки понятия *болезни*. Оно должно основываться лишь на нарушениях и аномалиях, а не на психологическом содержании психоза. Это нисколько не преуменьшает, очевидно, огромное значение, которое имеет для нас всякая попытка понять несообразное поведение больных, сблизить их психизм с нашим собственным психизмом.

2. Понятие *содержания психоза* не подразумевает категорически, что это содержание есть причина психоза, генезиса психических нарушений или же заболевания, которое обуславливает эти нарушения. Мы уже указывали на это выше, когда приводили конкретные примеры. Обнаружение психологического смысла повторяющихся движений нашей больной никоим образом не означает, что отраженные в них комплексы были их действующей причиной. Мы вполне могли бы допустить, что к аномальным проявлениям, таким как повторяющиеся движения, ведет некое первоначальное нарушение. Ничто не мешает нам, например, интерпретировать эти движения как следствие ослабления *жизненного порыва*, как появление некоего простого ритма, являющегося не чем иным, как топтанием на месте, вечным началом движения без какого-либо его продолжения. Но эта интерпретация никак не запрещает нам прибегать к понятию комплекса, чтобы попытаться понять символическое значение, которое могут иметь эти движения, и понять,

* Wilmanns, «Die Schizophrenie», *Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie*, vol. LXXVIII.

почему у наблюдаемого нами больного они приобретают именно эту, а не какую-либо иную форму. Эти интерпретации не исключают и не противоречат друг другу. Ни одна из них не требует для себя абсолютной исключительности.

В наши дни даже невозможно сказать, какой из них следует отдать первое место с точки зрения этиологии. Напомним здесь еще раз, что, согласно Блейлеру, в основе шизофрении лежит некий фактор органической природы. В своих работах он не устает это повторять. В психологическом плане это органическое нарушение проявляется прежде всего ослаблением ассоциаций (*Lockerung der Assoziationen*), которое является основным нарушением при шизофрении. Комплексы служат нам лишь для того, чтобы понять смысл наблюдаемых у шизофреника вторичных проявлений и реакций, установившихся у него по причине изначального нарушения и налагающих в каждом конкретном случае свой индивидуальный отпечаток. Они не вызывают психоз. Полностью расходясь с нашим учителем в том, что касается психологической интерпретации изначального нарушения при шизофрении, и все более сближаясь с концепциями Бергсона, мы полностью согласны с ним в том, что комплексам следует придавать второстепенную роль в патогенезе этого заболевания. Впрочем, у нас будет еще возможность вернуться к этому вопросу.

Аутизм

Видящий сновидения человек спит, и именно состояние сна позволяет временно прервать ориентацию психической жизни на окружающую реальность и дает возможность более или менее скрытым желанием проявиться в форме фантастических и странных снов, которые с первого взгляда не поддаются расшифровке. Шизофреник не спит, но глубинная жизнь его души проявляется порой таким же образом. Каков же механизм, похожий на сон в случае сновидений, что определяет конкретную форму психических нарушений при шизофрении, форму, в которой мы предполагаем теперь аналогию со сновидением?

Именно здесь появляется понятие *аутизм*. Вот что пишет Блейлер в своем *Трактате*:

Больные шизофренией на наиболее продвинутой стадии болезни, не имеющие больше никаких отношений с окружающей средой, живут целиком и полностью в своем мире. Они закрыты в нем вместе со своими желаниями, которые они считают осуществленными, или со страданиями из-за преследований, жертвами которых они себя считают. Они ограничивают свой контакт с внешним миром строгим минимумом.

Мы называем *аутизмом* этот отрыв от реальности, сопровождаемый относительным или абсолютным преобладанием внутренней жизни.

В самых легких случаях реальность теряет лишь свое эмоциональное и логическое значение. Больные еще двигаются во внешнем мире, но ни очевидность, ни логика не влияют больше на их желания и их бред. Все, что противоречит комплексам, просто не существует ни для мысли, ни для эмоций.

Одна образованная пациентка говорила, что построила как бы некую стену вокруг себя, а иногда у нее создается впечатление пребывания в дымовой трубе.

В общих чертах, термин «*аутизм*» выражает в утвердительном аспекте то, что Жане в негативном аспекте называет «утратой представления о реальности». Однако мы не можем без оговорок согласиться с этим выражением, так как оно рассматривает этот симптом слишком глобально. Представление о реальности не полностью отсутствует у шизофреников. Оно пропадает только тогда, когда вещи и события противоречат комплексам больного.

Аутизм не всегда можно констатировать с самого начала. Поведение многих больных вначале не имеет никаких особенностей. И только после длительного наблюдения за ними можно заметить, до какой степени они, озабоченные следованием своим путем, стремятся не допустить до себя окружающую их реальность. Даже хронические больные кажутся имеющими хороший контакт с окружением там, где речь идет о вещах, безразличных для жизни. Они спорят, участвуют в играх, но при этом в не меньшей степени сохраняют в себе свои комплексы.

О комплексах они не говорят ни слова и не хотят, чтобы кто-то их касался. Поэтому понятно безразличие этих больных к тому, что должно было бы представлять для них большой интерес...

Внешний мир, противоречащий образам, созданным их фантазией, рассматривается ими иногда как откровенно враждебный. В некоторых других случаях эта изоляция от мира вызвана мотивами совершенно иного порядка. Некоторые больные, особенно в начале болезни, сознательно уходят от мира, так как груз эмоций, который они несут в себе, слишком тяжел. Они стремятся устранить всякую причину эмоции. В этом случае безразличие по отношению к внешнему миру является вторичным феноменом, следствием чрезмерной эмоциональности*.

У многих больных аутизм проявляется и в их внешнем поведении. Они не только ничем не интересуются, но остаются неподвижными, отворачивают лицо, смотрят только на стены и пытаются отрешиться от всякого раздражителя, проходящего извне, натягивая на голову одеяло или халат и сжимаясь в комок, чтобы уменьшить, насколько это возможно, поверхность тела, подверженную внешним раздражителям.

Так же как сфера эмоций, мысль аутистов подчиняется своим собственным законам.

Вот что мы писали об этом в нашем первом изложении концепции шизофрении у Блейлера:

Мы называем *аутистическим мышлением* (*autistische Denken*) мышление, которое не пытается адаптироваться к реальности, а напротив, отворачивается от нее. Мы противопоставляем его обычной форме мышления, реалистическому мышлению (*realistisches Denken*), которое всегда определено требованиями реальности и потому, в конечном счете, стремится достичь максимальной прагматичности. Мыслительные процессы аутиста, очевидно, полностью отличаются от реалистического мышления. Мысль аутиста не стремится больше

* Здесь интересно напомнить о том, что Кречмер сказал впоследствии об анестетическом и гиперстетическом полюсах эмоциональности у шизоидов (гл. I, с. 47).

к общению с другими людьми и не управляет его поведением в соответствии с требованиями реальности. Она не пользуется словом так, чтобы стать понятной для других людей, и имеет только субъективное значение. Она служит только самому индивиду и лишь настолько, насколько он отвращен от реальности. Потому она может свободно использовать специальные знаки и процедуры, позволяющие ей стать быстрее, удобнее, полнее соответствовать конкретному характеру комплексов, которые она выражает. Вероятно, здесь можно провести некоторую аналогию с простыми мнемоническими приемами, которые мы часто используем для лучшего запоминания. Сама по себе мнемотехническая формулировка совершенно непонятна для других, если мы не сообщим к ней ключ. Она имеет смысл только для нас самих. Впрочем, эта аналогия очень условна и она не исчерпывает патологическое мышление аутиста. Причина этого проста. Эта формулировка или мнемотехническая таблица всегда связана с мыслью, которую она заменяет, и тем самым преследует некую практическую цель. Аутистическая мысль шизофреников не преследует никакой реальной цели. Она подчинена факторам, образующим глубинное ядро их психизма, и не может сочетаться с какой-либо реалистической мыслью. Она может функционировать лишь как таковая.

«Я — главный ключ». Эта фраза не имеет смысла с точки зрения реалистической мысли. В сфере аутистической мысли она вполне может иметь следующий смысл: главный ключ открывает все двери лечебницы; я хочу покинуть ее; мне нужен этот ключ, чтобы уйти отсюда. Здесь в кратком виде и в форме категорического утверждения выражены желание и необходимые для его осуществления условия. Но «желание» и «условие» сохраняют свою специфическую окраску только там, где они могут быть противопоставлены реальности. Напротив, там, где этот критерий отсутствует, они располагаются в той же плоскости, что и реальность. Условное наклонение не имеет больше права на существование и вполне может быть заменено приведенной выше формой утверждения.

«Я — Швейцария». Это сочетание слов нам непонятно. Для аутиста она может означать следующее: Швейцария — символ свободы; я хотел бы быть свободным. Таким образом, «символ» занимает место того, что он должен символизировать. Но символ является «символом» только по отношению к реальности. Для мысли, отвернувшейся от реальности, различие между ней и тем, что символизирует символ, исчезает, не имея никакого основания для существования.

Теперь нас не удивит, что фрагмент мысли может заменить явное ее выражение, а несколько фрагментов способны образовать последовательность, смысл которой нами непостижим, причем эти фрагменты связаны друг с другом связями, незримыми для реалистического мышления.

Мы также не должны удивляться, что «неологизмы» больных не во всех случаях все, что угодно, только не неологизмы. Иногда их можно перевести в явную форму, соответствующую реалистической мысли. Одна пациентка Юнга говорила «двойной политехнический». Как показал анализ, имелась в виду совокупность качеств, которые она себе приписывала, равно как и преимуществ, которые эти качества должны были бы ей дать в жизни. Таким путем больные подчас создают настоящий собственный язык*.

Мышление аутистов может использовать даже очень смутные и отдаленные аналогии, чтобы принять один объект за другой. Пациентка, имевшая некогда роман с дирижером оркестра и поссорившаяся с ним, устроила сцену другому дирижеру, с которым она не была даже знакома.

Такое мышление легко объединит в одном и том же предмете, человеке или сцене черты, принадлежащие в действительности разным предметам, людям или событиям. Эта процедура представляет собой одну из форм *уплотнения* (*Verdichtung*), часто встречающуюся в это области.

Таким образом, здесь можно найти те же механизмы, что и в сновидениях.

* M. Cenac, «De certains langages créé par des aliénés», thèse de Paris, 1925.

Тот факт, что у одного и того же индивида, страдающего шизофренией, проявления реалистического и аутистического мышления могут сосуществовать бок о бок, нисколько не уменьшает, очевидно, значение сказанного нами о шизофрении.

Все кажется ясным. Но Блейлер в своей *Психологии*^{*}, опубликованной в 1921 г., жалуется на то, что его не все понимают, и предлагает даже заменить как нельзя лучше выбранный термин *autistisches Denken* термином *dereirendes Denken*, где слово «dereirend», восходящее к латинскому *reor, ratus sum (ratio, res, real)*, обозначает мысль, «которая не принимает во внимание реальность или отходит от нее».

Но почему возникло недопонимание, которое Блейлер хотел рассеять, выбрав другой термин?

Мы попытаемся ответить на этот вопрос в следующем параграфе.

Фантазии и цикл личного порыва как существующие в нормальной жизни прототипы утраты витального контакта с реальностью. Нарушения личной активности при шизофрении. Богатый и бедный аутизм

Бросим взгляд немного назад на описание аутизма и иллюстрирующие его примеры. Здесь нетрудно обнаружить преобладание следующих элементов: индивид отгораживается от реальности и замыкается в себе, точнее, в комплексах, которые он несет в себе и которые полностью поглощают его; тем самым он отдает предпочтение своему воображаемому миру в ущерб реальности, что проявляется внешне, особенно в таких тяжелых случаях, как враждебность и в еще большей степени как пассивность и неподвижность по отношению к окружающему миру.

Блейлер, пытавшийся сделать понятие аутизма более ясным, жалуется в своей *Психологии* на то, что его не поняли, и приводит новые примеры, которые, в сущности, полностью соответствуют набросанной нами картине. «В бодрствующем состоянии дети, а иногда и взрослые видят себя в фантазиях героями,

* E. Bleuler, *Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens*, Berlin, Julius Springer, 1921.

изобретателями или великими людьми. Во время сна в наших сновидениях мы можем реализовать самые необычные желания. Так, больной шизофренией чернорабочий в своих галлюцинациях женится на принцессе». «Полностью развитое *dereirendes Denken* выступает как совершенно отличное от эмпирического мышления. В жизни мы находим все его степени, начиная от незначительного отклонения ассоциаций, что бывает в каждом суждении по аналогии, вплоть до расцвета *воображения*, не знающего границ».

Таким образом, аутизм становится синонимом *интериоризации*, а феномены сновидений и мечтаний в нормальной жизни служат прототипами, позволяющими прояснить способ бытия больных шизофренией. Это сопоставление объяснимо с исторической точки зрения, ибо именно идеи Фрейда, высказанные им в связи с анализом сновидений, стали отправной точкой исследований психологии шизофреников.

Юнг в своих работах в большей степени заострял внимание на противопоставлении *интроверсии* и *экстраверсии*. Первая соответствует основному механизму шизофрении, вторая — ближе к образу существования больного маниакально-депрессивным психозом. Шизофрения сравнивалась с фантазированием в состоянии бодрствования. Подобное видение сохранялось в течение долгого времени, и различие двух типов, интровертов и экстравертов, казалось, как нельзя лучше передает предрасположенности к двум большим группам психических нарушений, о которых здесь идет речь.

В это же время понятие комплекса достигло апогея своей популярности. Считалось, что все без исключения проявления, вся жизнь шизофреников регулируется их внутренним миром, их комплексами, работой их воображения. Комплексы, все больше отрывая больных от реальности, проявляются в необычных, противоречивых и непонятных реакциях, которые мы регистрируем при внешнем наблюдении. Чтобы яснее представить это положение дел, я в своем первом этюде о шизофрении использовал следующий образ: в психизме шизофреников мы можем предположить существование некоего образованного желанием и страхом *глубинного ядра*, а также расположенного между этим ядром и реальностью *поверхностного слоя*. Этот слой служит ареной

неустойчивых, рассогласованных и обманчивых своей нерегулярностью шизофренических проявлений, которые, тем не менее, могут быть сведены к элементам ядра. Кречмер также говорит, что у шизофреников есть *поверхность* и *дно*.

Однако со временем то видение, которое мы только что изложили, стало казаться слишком односторонним. Оно доставляет множество серьезных неудобств. Оно ведет к идее, что шизофреники *добровольно* покидают мир — концепция больше литературная, чем клиническая, ибо в реальности мы имеем дело с больными, которые больны, потому что не могут существовать иначе. Дело здесь в том, что такой взгляд принимает во внимание лишь один единственный аспект проблемы. В реальной жизни далеко не все шизофреники пассивны, замкнуты в себе и грезят наяву. Они также *действуют*, и эта активность несет столь глубоко патологический характер, что не представляется возможным или необходимым видеть в ней выражение скрытых комплексов. Эта активность уже сама по себе выражает шизофрению и позволяет ставить диагноз, тем более что, как мы сказали выше, клинические понятия должны прежде всего основываться не на незатронутых болезнью элементах психизма, а на имеющемся налицо специфическом дефиците психических функций.

Настаивать на активности шизофреников означает, в сущности, высказывать трузизм. Все исследователи ее признавали. Наблюдения Блейлера изобилуют примерами подобного рода. Однако теоретические интерпретации этой стороной проблемы слишком пренебрегали, с самого начала приравнивая шизофрению к пассивности, интериоризации, фантазиям. В наши дни тенденция, так сказать, сменить тактику проявляется все сильнее. Таким образом, мы присутствуем при новом этапе эволюции доказавшего еще раньше свою плодотворность понятия «шизофрения». На последующих страницах мы попытаемся описать этот этап.

Вернемся к примерам, которые, говоря о шизофрении, мы привели в первой главе. Нетрудно заметить, что то, как до сих пор истолковывалась шизоидия, не исчерпывает проблемы. Среди шизоидов мы находим как интровертов, так и экстравертов, людей активных и мечтателей, сильных и слабых духом. Тем не менее в отношениях с окружающей средой у них всех есть

одна общая черта и они все без исключения принадлежат большой семье шизоидов.

Приведем здесь еще один пример. В маленькой квартире с очень скромной мебелью живет в тесноте семья служащего. Дохода отца семейства едва хватает для нужд повседневной жизни. Его супруга однажды объявляет, что хочет иметь рояль, чтобы позволить детям продолжать уроки музыки, которые они брали, когда финансовая ситуация была лучше. Муж пытается ее разубедить. Он приводит весомые доводы. Их бюджет не позволяет даже думать об этом. Все напрасно. Она желает рояль и получит его. Она умеет шить, она находит работу, проводит бессонные ночи и не говорит больше о своем желании. Но однажды отец семейства, вернувшись с работы, видит, к своему удивлению, красивый новый рояль. Он стоит в доме, никак не сочетаясь с мебелью, со всем образом жизни семьи. Он смотрится здесь чужаком, кажется чем-то мертвым, не имеющим никакого будущего. Он служит в первую очередь старшему сыну, неплохому музыканту, который недавно пережил тяжелый приступ шизофрении. Он испытывает потребность играть до поздней ночи, что вызывает протесты соседей.

У всякого, кто знаком с вопросом, не возникает ни малейшего сомнения, что здесь речь идет о проявлении шизоидии. Покупка рояля, сделанная в подобной ситуации, проливает некоторый свет на отношение индивида к окружающей среде. Тем не менее здесь отсутствует интериоризация. Жена нашего служащего не воображает, что рояль стоит в ее прекрасном доме, где она принимает принцев и министров. Она не совершает стереотипных движений, имитируя игру на этом инструменте. Наконец, мы не находим, что ее желание имеет символическое значение и мотивировано неким комплексом, например, отвергнутой некогда любовью к преподавателю музыки. Это возможно, но не необходимо для оценки подобного странного поведения. Она хотела иметь рояль, и в этом желании нет ничего непонятного или патологического. Она желала иметь этот музыкальный инструмент любой ценой, и она этого добилась. Хочется даже похвалить ее за такое упорство. И все же во всем этом не хватает чего-то главного. Не хватает реальной жизни. Рояль в данных обстоятельствах является большой помехой. В своем гордом величии он вносит

дисгармонию в скромный интерьер дома, и совершенный с таким упорством акт, не имея будущего, угасает от своей слепой и чрезмерной непреклонности.

Больной, патологический рационалист, о котором мы рассказали в предыдущей главе, решает протестовать против смертного приговора двум анархистам в Америке. Этот приговор вызвал много шума в прессе и многочисленные коллективные протесты в защиту осужденных. Наш больной пишет письмо с протестом, которое подписывает своим никому не известным именем и, несмотря на охрану, проникает в американское посольство, чтобы вручить свое письмо послу. Он очень удивлен, что из-за этого демарша его доставили в комиссариат полиции и он получил выговор от своего начальства.

Желание этого учителя не имеет в себе ничего патологического. Оно даже совпадает с идеями значительной части общества. Но это желание приводит к акту, который совершенно не принимает во внимание реальность и является самым что ни на есть «аутистическим».

Молодого инженера, выпускника университета Эколь Сантраль, увольняют с работы, так как он совершает ошибки в расчетах и чертежах. После нескольких неудачных попыток найти работу в такой же должности он устраивается простым «писарем» в страховую компанию. Но и там такой же результат. Он делает ошибки в документах, которые должен оформлять по работе. Тогда он возвращается к родителям. Для него это тяжелейшая неудача. Он погружается в полную апатию. Безутешные родители просят его найти себе какое-то занятие. В тот же день он пишет сто пятьдесят заявок на поиск работы и рассылает их по разным адресам, не заботясь о том, имеют ли они малейший шанс на успех. На следующий день он, не сказав ни слова своим родителям, отправляется в Париж на поиски работы. За два дня он проделывает пешком путь в девяносто километров, отделяющих его от столицы, и прибывает туда в таком плачевном состоянии, что его задерживают за бродяжничество, и он проводит несколько дней в тюрьме, пока выяснялись все обстоятельства.

Тем самым реалистическая идея (здесь нельзя сказать желание) привела к поступку, который, несмотря на затраченную энергию,

самим способом осуществления показывает свой в высшей степени аутистический и шизофренический характер.

Таким образом, мы приходим к идее, что одни только аффективность и мышление аутиста не исчерпывают еще понятие аутизма. Существует также аутистическая активность, активность *изначально* аутистическая. Возможно, именно она является ключом к пониманию шизофрении. Пренебрегая ею, исследователи пришли к отождествлению аутизма с интериоризацией, с пассивными состояниями сновидений, поглощением личности ее внутренней жизнью, состоящей из комплексов и воображаемых элементов. Чтобы восстановить равновесие, необходимо больше опираться на другой аспект проблемы и предоставить аутистической активности подобающее ей место среди наших концепций о шизоидии и шизофрении. Соединение понятий *комплекс* и *аутизм*, обусловленное их общим происхождением, теперь представляется нам более или менее случайным. Мы можем разделить эти понятия, а потом изучать их взаимоотношения.

Попытаемся сделать это сейчас, вновь обращаясь к дорогим для нас понятиям, а именно к расцвету личности и витальному контакту с реальностью.

Но сначала нам кажется полезным указать причины подобной односторонней интерпретации аутизма, продолжающей существовать и в наши дни. Мы считаем, что в этом повинно влияние, все еще производимое на нас во многих обстоятельствах *физиологической* концепцией человеческой личности. Границей между мной «я» и окружающим миром считается поверхность моего тела. Тогда аутизм, являясь утратой контакта с реальностью, может проявляться только на этой границе. Отсюда возникает вполне, казалось бы, естественная идея о том, что индивид при таком контакте должен замкнуться в себе как в физиологическом, так и в психологическом плане, т. е. занять внешне пассивную и неподвижную позицию и даже, по возможности, укрыть свои чувства от раздражающих внешних факторов, живя только своей внутренней жизнью.

Но понятие витального контакта с реальностью (а здесь следует сделать особый акцент на слове «витальный») не имеет ничего общего с физиологией. Как мы отмечали выше, ни слепые, ни глухонемые, ни парализованные на все четыре конечности люди не

теряют этот контакт. Напротив, шизофреники теряют его, не имея ни малейших нарушений со стороны органов чувств или моторики. Следовательно, здесь дело в чем-то другом. И если некоторые шизофреники переводят, так сказать, эту утрату контакта на язык физиологии, сводя к минимуму свои движения и свое восприятие, т.е., принимая внешне пассивную установку, которая позволяет им глубже погрузиться в свой внутренний мир, то это, очевидно, не должно рассматриваться нами как единственный способ выражения нарушений при шизофрении.

Как мы только что видели, индивид может с самого начала проявить себя шизофреником даже своей активностью. Но здесь аспект меняется. Действующий человек стремится к цели, которая по природе вещей находится всегда вне его, потому что, совершая действие, он выходит за пределы своего «я». Он, если так можно выразиться, вырезает кусочек из окружающего мира и тесно связывает его со своей собственной личностью. Насколько он фиксирует эту цель, настолько же он сливается с ней, равно как и со всеми внешними силами, которые он использует для ее достижения. Здесь граница между «я» и «не-я» проходит уже не по поверхности тела, но выходит за ее пределы (да простится мне этот пространственный язык, который весьма несовершенным образом передает имеющиеся здесь взаимосвязи). Эта граница тоже может стать жесткой, непрозрачной, непроницаемой, может превратиться в настоящую кирасу. Именно здесь теряется витальный контакт с реальностью. При поверхностном анализе это происходит не так, как в изученном нами случае с пассивным индивидом. Но, в сущности, психическое нарушение в обоих случаях одно и то же. Поэтому есть смысл отделить их друг от друга. «Реальность» далеко не всегда является синонимом «внешнего мира», и потому представляется ошибочным желание любой ценой приравнять утрату контакта с реальностью к интериоризации.

Когда я вбиваю молотком гвоздь, я становлюсь единым с этими объектами. Окружающий мир распространяется дальше. Если я вбиваю гвоздь лишь ради удовольствия, а не для того, чтобы повесить на него картину, которую затем планирую рассматривать, если я буду продолжать это занятие, узнав, что эта картина серьезно повреждена или что гвоздь может повредить стену, если я буду

делать это, только чтобы исполнить принятое ранее решение, если, наконец, я буду продолжать вбивать гвоздь, даже услышав крики о помощи моего сына, находящегося в соседней комнате, то во всех этих случаях я заслуживаю именоваться, по крайней мере, шизоидом.

Представим себе теперь другую сцену. Сидя с закрытыми глазами в кресле, я погружен в размышления о шизофрении и мечтаю о том, чтобы мои труды получили всеобщее признание. В этот момент в комнату входит моя жена с молотком в руках и просит укрепить шаткий гвоздь из опасения, что висящая на нем картина может упасть на голову детям. В этом случае я восприму молоток как некое чужеродное тело, как вызов, пришедший из внешнего мира. Если я не сдвинусь с места, то моя жена с полным основанием может считать меня шизоидом.

По существу, в этих двух ситуациях речь идет об одной и той же функциональной недостаточности. Эта недостаточность лучше всего передается термином «утрата или недостаток витального контакта с реальностью». Разница здесь только в том, что в первой ситуации мы имеем дело с активным человеком, находящимся во взаимодействии со средой, определяемой именно его деятельностью, тогда как во втором случае перед нами крайне пассивный индивид, парящий в своих мечтаниях. Очевидно, что последний имеет в этот момент более интенсивную внутреннюю жизнь, но, в сущности, по отношению к их окружению у них обоих одно и то же поведение. Один поглощен в свои научные размышления, а второй — в деятельность. Но оба они одинаково забывают об остальном мире.

Этот пример, очевидно, только наглядный образ. Но он может служить введением в более подробное изучение проблемы. Здесь вновь нужен экскурс в нормальную психологию.

Пассивные состояния интериоризации, сновидения или фантазии не исчерпывают понятие аутизма. Активность аутиста требует специального исследования. Для этого нужно пояснить, что значит для нас понятие «активность». Мы, конечно же, не примем в качестве отправной точки понятие произвольного движения. Это понятие — одно из основных в физиологии двигательных функций — является, по сути, продуктом абстракции, выработанным для целей этой науки и только этой науки. Произвольное движение

представляет собой то, что остается от нашей активности после ампутации у нее самого главного, а именно ее непрерывного развития и целей, которые она неустанно ставит перед собой помимо нас самих. В жизни мы никогда не желали делать такие бесполезные вещи, как простое поднятие ноги или сгибание руки.

И здесь не может быть также речи об изучении волевых актов или воли в том аспекте, как понимает эти феномены традиционная психология. Разве мы не видели в приведенном выше примере с женой служащего, что «избыток воли» уже сам по себе может иметь шизоидный характер? Наибольшее значение имеет здесь то, как цели и поступки следуют друг за другом, как они связаны между собой, каков способ их экстерниоризации и адаптации к изменениям среды, их своевременность, степень их гибкости в момент реализации и т. п. Одним словом, мы должны сделать предметом изучения всю человеческую личность в ее живой динамике.

С этой целью нам представляется полезным ввести понятие *цикла личной деятельности*. Вот что мы имеем под этим в виду. Говоря о синтонии, мы показали, как мы способны проникать в окружающие нас события, сливаться с ними, существовать с ними в унисон. Это, однако, только один аспект жизни, который ее не исчерпывает. На фоне подобной гармонии все яснее вырисовывается понятие жизненного порыва. Если между нами и миром происходит разрыв, то мы хотим не только вновь слиться с ним или адаптироваться к нему, но стремимся кроме этого утвердить нашу личность, экстерниоризировать наше глубинное «я», оставить личный отпечаток на становлении мира, заставить этот безграничный мир принять наше «я», хотим вновь и вновь порождать и творить. Мы противостоям миру и ощущаем утрату контакта с ним. Чем сильнее жизненный порыв и чем более личностный характер он имеет, тем больше ощущается противоположность меня и окружающего мира.

Таким образом, можно сказать, что здесь присутствует фактор шизоидии. Однако это противопоставление имеет свои границы. Жизненный порыв ведет к поступку (в самом широком смысле этого слова), а поступок, как бы это ни показалось революционным, если он имеет хоть какое-то значение, обращен всегда к кому-то и стремится интегрироваться в реальность. Поступок, отрываясь

от нас, может произвести более или менее глубокие пертурбации в становлении окружающей среды. Но равновесие устанавливается вновь. Становление, как и прежде, продолжает катить свои мощные потоки. Именно там находятся *границы*, которые жизненный порыв никогда не переступит. Там, где голос этого порыва становится слишком громким и воспринимается слишком буквально, одним словом, там, где хотят создать нечто *абсолютно* личностное и не желают ничего иного, поступок не становится все более революционным или оригинальным. Нет, он деградирует, становясь лишь жестом чудака или больного человека. Жизнь проходит мимо, не обращая на него никакого внимания.

Но как точно определить упомянутые границы? Они ускользают от дискурсивной мысли. В этом смысле только интуиция (синтония) ведет нас по жизни.

Но это еще не все. После того как поступок совершен, происходит разрядка, исчезает разрыв с реальностью. Мы вновь испытываем желание слиться с нею, проникнуть в нее, почерпнуть в ней новые силы. Мы позволяем себе на некоторое время отдых, который не является ни праздностью, ни пассивностью, ни перерывом в работе, рекомендуемым гигиеной умственной деятельности. Напротив, этот перерыв полон живого содержания. Мы позволяем себе раскачиваться на волнах становления, мы пьем из его живых источников, вкушаем высшее ощущение слияния с ним. Затем личный жизненный порыв просыпается вновь, он переплавляет в своем тигле почерпнутые из реальности элементы, поднимается над ней во всей своей драматической мощи и стремится вновь соединиться с ней, совершив новый поступок.

Затем этот цикл повторяется вновь, и так будет продолжаться без конца, пока дыхание духовной жизни будет сохраняться в нас. Ибо мы всегда хотим идти дальше, дальше самой смерти. В нашем личном становлении совершенный поступок имеет значение только постольку, поскольку он подготавливает будущий поступок, позволяет надеяться сделать однажды что-то еще лучше. Сам смысл Добра, Красоты и Истины не означает ли возможности всегда идти к Лучшему?

Цикл личного жизненного порыва ставит гораздо более сложные проблемы психопатологии шизофрении, чем сновидения

и фантазии. Но встреченную однажды проблему нельзя обойти стороной. Она для этого слишком заманчива. Впрочем, мы не претендуем решить ее здесь. Достаточно только приступить к ней, надеясь, что когда-нибудь удастся добиться большего.

Непрерывный поток становления постоянно омывает со всех сторон личный порыв на разных стадиях его эволюционного цикла. Он сливается с ним в одно целое поверх исконной противоположности между «я» и окружающей средой. Поэтому в личном порыве присутствуют непрерывность, подвижность, относительность, жизнь и прогресс.

Именно в этом тесном контакте со становлением возможен разрыв. Факторов синтонии может быть недостаточно. Это приведет к шизофренической деградации активности индивида в различных формах.

Эта проблема, впрочем, нам уже немного знакома. Перечитаем вновь страницы о патологическом рационализме. Там мы найдем данную проблему в зародыше. Наш школьный учитель хочет размышлять и делать что-то лично свое. Но он понимает оппозицию между «я» и «не-я» слишком *буквально*. Он ее *рационализирует*. Чтобы не исказить свою мысль, он больше не читает и избегает всякого контакта с другими людьми. Результатом этих размышлений является теория, согласно которой под действием кислоты на нервные окончания выделяется спирт, теория, лишенная всякого смысла и практического значения.

Это далеко не единичный случай. Мы привели достаточно много примеров на предыдущих страницах. И теперь надо посмотреть, нельзя ли навести среди них некоторый порядок.

В случаях, аналогичных ситуации с женой служащего, мы обычно говорим о «поступке без будущего». Здесь поставленная цель заслоняет горизонт и, несмотря на потраченную энергию, действие умирает в неподвижности. В жизни всякая цель имеет для нас лишь относительное значение. Она лишь некий этап, ступень, поверх которой мы всегда смотрим дальше. Забивать гвоздь в стену только ради удовольствия делать это, не думая о картине, которая будет потом на нем висеть — это глубокая деградация личной активности.

Один из наших друзей-шизоидов сказал как-то: «Когда я принимаю решение, то выполняю его любой ценой, даже если в ходе

выполнения я замечаю, что иду ложным путем и что принятое решение неизбежно повлечет неприятности. Но я так решил, и нужно, чтобы я это сделал». Точно так же один шизофреник сказал нам как-то: «Когда я хочу чего-то, я хочу этого яростно. В таком состоянии можно шагать по трупам». Здесь индивид привязан к фиксированной цели, он изолирует себя вместе с ней от окружающей его реальности и остается глух к призывам, идущим к нему от этой реальности при осуществлении задуманного. Акт утратил свою гибкость, свою относительность, свою естественную витальность. Он приобрел *абсолютную* ценность, парализовав индивида и сделал его слепым. Тот, кто, забивая гвоздь в стену, даже чтобы повесить на него картину, отождествляет себя с этим делом настолько, что не реагирует на крики ребенка о помощи или продолжает свою работу, зная, что гвоздь может серьезно повредить стену, несомненно, не лишен факторов аутизма.

Окружающий мир, требующий постоянного установления иерархии среди приносимых им новых фактов, здесь отсутствует. Перед нами *застывший акт*.

Наш школьный учитель ощущает потребность протестовать против приговоров коммунистам, как это делали и другие. А упоминавшийся нами инженер уступает настояниям родителей и начинает искать работу. Но ни тот и ни другой не помнят о необходимости выбирать средства, способные интегрировать поступок в реальность, и подняться над его чисто аутистическим значением, придав ему реалистическое значение. Так они приходят к противоречивым результатам. Именно здесь для нас заключена суть *реакций короткого замыкания* (Кречмер).

Один из наших пациентов, описывая свою жизнь, говорил: «У меня всегда была тяга к литературе. Я даже пытался писать и опубликовал когда-то несколько литературных этюдов. Потом я отказался публиковать свои работы и стал писать для себя. Я бы даже отказался письменно фиксировать мои мысли, но незаписанная мысль легко превращается в дым и улетает от нас». Другой больной однажды рассказал: «Я должен сделать покупку, я прохожу мимо заранее выбранного магазина, я отдаю себе в этом отчет и не забыл о своих планах, но я не захожу туда — ничто не побуждает меня сделать это». Здесь мы имеем дело с актами, которые

заканчиваются на полпути, они не стремятся к экстериоризации, *не пытаются чем-то завершиться.*

Классификация, которую мы только что установили, имеет, очевидно, лишь относительное значение. И застывшая реакция, и реакция короткого замыкания почти фатально обречены оставаться без дальнейшего развития. И наоборот, акт без продолжения всегда более или менее застывший и неподвижный. Мы, однако, кратко упомянули их, чтобы показать, что активность индивида, охваченная со всех сторон становлением окружающей его среды, может нести на себе следы недостаточности контакта с реальностью на различных этапах своего осуществления. Но более всего для нас важно было выявить здесь помимо различий в нюансах основной характер деградации активности личности, лишенной нормального контакта с реальностью. И это вновь для того, чтобы показать, что вплоть до настоящего времени исследование аутизма, слишком легко сводившегося к интериоризации, должно быть с необходимостью дополнено изучением *аутистической активности.*

Принятая нами точка зрения позволяет выявить другие особенности шизофренического поведения.

Шизофреники и шизоиды очень часто не знают покоя, в том смысле, в котором мы определили это понятие выше. Этот элемент жизни не существует в их психизме. Не является ли он выражением чистой синтонии, особым даром, позволяющим слиться со вселенной в атмосфере полного покоя и гармонии? Шизофреник не обладает необходимым органом чувств, чтобы насладиться подобной разрядкой. Он или не делает ничего, и тогда он реально ничего не делает, имея внутри себя холодную и мрачную пустоту, являющуюся противоположным полюсом покоя.

Или же он концентрируется на одной идее, на воображаемом образе, на постоянно воспроизводимом им жесте. Или же еще (и это особенно нас здесь интересует), лишенный способности оценить позитивное значение свободного промежутка времени, он пытается заполнить *все* время своей активностью, не зная ни малейшей передышки, не оставляя себе ни малейшего свободного пространства. При этом создается впечатление не бьющей через край деятельности, но крайнего напряжения и в то же время

застоя. Учитель, о котором мы уже не раз говорили, «просеивает *все* свои действия и слова через сито собственных принципов. Он хочет, чтобы его действия были упорядочены *по минутам* и чтобы его ум был *постоянно* чем-то занят». Он стремится также *постоянно* заниматься интенсивным трудом. Так, перед тем как садиться за стол, чтобы поесть, он каждый раз составляет план мыслей, которые будут занимать его во время еды. Он взвешивает каждое произносимое им слово и не отвечает на вопросы своих родителей, если не считает, что речь идет о чем-то действительно важном. Вместе с г-ном Рогом де Фюрсаком я предложил называть *активным эгоцентризмом* это стремление делать собственное «я» полем подобной непрерывной деятельности.

У активных шизоидов мы находим, хотя и в меньшей степени, ту же тенденцию заполнить *все* время своей активностью, очень часто связанную в этом случае с достижением высокой продуктивности. Синтон, даже если он не слишком устал, ищет отдыха, ибо умеет им наслаждаться. Он любит время отпуска. Шизоид может прервать свою работу, когда у него не остается больше сил, но, по правде говоря, не отдыхает никогда. Он просто не знает, что это такое.

Один мой коллега сказал однажды: «Объясни мне, пожалуйста, какое удовольствие ты находишь в прогулках. Этого я никогда не понимал. Я никогда не испытывал подобного желания, я никогда не имел потребности отдыхать». Другой коллега решился на четыре недели оставить свою работу и лабораторию. Для этого, однако, было серьезное основание: свадебное путешествие. Он набил чемодан своими заметками и другими материалами, чтобы не терять времени в пути. Но этого было недостаточно. Он вернулся через восемь дней, сказав нам, что не может жить без работы.

Наконец, иногда личный порыв, оторванный от развития внешней среды, прекращается и полностью исчезает. Шизофреник падает в пустоту.

Инженер, о котором мы только что говорили, после своих странных демаршей был помещен в одну из психиатрических клиник. Мы наблюдали его в течение нескольких месяцев. Мы не обнаружили у него ни галлюцинаций, ни бредовых идей, ни, несмотря на неоднократные проверки, каких-либо признаков внутренней

активности. Он представлял собой ужасающую картину полной апатии. Он проводил свое время в комнате, сидя на стуле или прохаживаясь взад и вперед. Он ничем не интересовался, не брал в руки газету, не высказывал никаких желаний, ни с кем не заговаривал. Нам очень хотелось обнаружить в нем хотя бы маленький огонек жизни, пусть даже в самом патологическом виде. Но нет, нам не удалось найти никакого оазиса в этой пустыне, ничего, за что можно было бы зацепиться, добиться хоть какого-то контакта с его душой. Перед нами была только пустота. Он *ничего не делал, абсолютно ничего*. И я даже посчитал, что он *ни о чем не думает*. Его поведение, однако, оставалось корректным, внешний вид ухоженным, у него не было ни негативизма, ни враждебности по отношению к окружению. Дежурная, видевшая его за общим столом, отзывалась о нем так: «Он ничего не говорит и не двигается, но он славный».

Когда с ним заговаривали, он отвечал. У него были короткие ассоциации, но нельзя было сказать, что его мышление распалось. Его речь не имела каких-либо особенностей, построение фраз было правильным, ответы уместны. Когда мы настаивали, он так оправдывал свое поведение: «Он считает, что предпочтительнее ничего не предпринимать, так как попытки, предпринятые в прошлом, оказались безрезультатными. Это стало, таким образом, решающим доказательством. Поэтому его теперь меньше беспокоит будущее, чем прежде. Он постепенно отстраняется от всего. Нельзя же заниматься им *бесконечно* без каких-либо результатов. Всякая новая попытка обречена на неудачу. Прошлые свидетельствует об этом. И он не станет больше пытаться. Для его увольнения были веские основания. Многие его коллеги и рабочие, которые вынуждены работать по восемь часов в день, нередко под дождем, завидуют его судьбе. А его дед разве не живет в семейном кругу так же бездеятельно?»

Таким образом, он не ощущает скудости своей жизни. Его жизненный порыв иссяк, и это нарушение отразилось на его мышлении. Логика его силлогизмов преследует лишь одну цель: использовать прошлое, чтобы отрицать будущее. У него отсутствует всякая перспектива во времени, нет никакого видения своего будущего. Он основывается лишь на прошлых неудачах и забывает, что

его деду восемьдесят лет, а ему — двадцать восемь, что его бывшие коллеги предпочли бы любой труд той жизни, которую он ведет. Ибо его жизнь — небытие.

Сам по себе этот случай банален. Но разве самые банальные случаи не самые поучительные? Нарушение активности выступает здесь во всей своей чистоте. Оно преобладает в клинической картине и, по-видимому, является первоначальным и главным нарушением при данном заболевании. Личный жизненный порыв парализован, он будто навсегда исчез. Никакое дуновение не оживляет эту неподвижную гладь. Только иногда кажется, что поднимается волна, но это ложное впечатление. Это только лишенная жизни идея, которая возбуждает моторику индивида и завершается реакцией короткого замыкания, как мы это уже видели выше.

Из всего этого создается ужасающее впечатление абсолютной пустоты, о котором мы только что говорили.

Скрывается ли что-нибудь за всем этим? Может быть, да, но также возможно, что нет. Кречмер, рассуждая о шизоидах, говорит, что у них есть внешняя поверхность и есть дно. Он сравнивает некоторых из них с «римскими виллами, которые закрыли ставни своих окон от палящего солнца, но внутри в полумраке продолжают праздники и пиры». Но есть и другие, за «молчаливыми фасадами» которых только «руины и пыль», только монотонная пустота, только ледяное дыхание аффективного безумия.

Мы посчитали, что именно этими последними следует заняться более подробно в этой главе. До сих пор ими слишком пренебрегали. Вначале, когда возникло столь притягательное понятие, как комплексы, их видели повсюду и считали основой всех без исключения проявлений шизофрении, строя на них всю теорию этого заболевания. Те случаи, которые не вписывались в эту концепцию, отбрасывались как малоинтересные. Но всякое большое открытие после первого периода энтузиазма знает время самоограничений. Оно уступает место другим идеям, которые могут быть не менее плодотворными. Вот почему мы считаем, что важно обсудить здесь *изначально* аутистическую активность и описать некоторые ее особенности. Для этого достаточно обратиться к главному труду Блейлера, в котором можно найти множество подобных случаев. Однако Блейлер, по-видимому, упустил (не в описании,

но в определении аутизма) особый аспект, который мы назвали термином «аутистическая деятельность». Отсюда, по всей вероятности, проистекает отчасти то недопонимание, на которое он жалуется.

Мы полагаем, что устранили эту лакуну, показав на предыдущих страницах, что в нормальной жизни помимо сновидений и фантазий мы знаем по крайней мере еще один феномен, способный служить отправной точкой для изучения утраты контакта с реальностью. Это цикл личного жизненного порыва.

Это позволяет нам отныне различать две формы аутизма. Мы называем их «богатый аутизм» и «бедный аутизм» — термины, предложенные нам в одной беседе г-ном Д. Сантенуазом (*D. Santenoise*).

Первая форма имеет своим прототипом сновидение. Она характеризуется прежде всего составом воображаемого мира. Комплексы играют в ней доминирующую роль. Они определяют содержание симптомов (но, опять-таки, не генезис самого заболевания), а также подчас непонятные нам вариации реакций больного, которые мы можем наблюдать только извне. Часто у таких больных мы находим явно выраженную с детских лет тенденцию к фантазиям.

Но не все нормальные люди облажены развитым воображением. То же самое имеет место и среди психически больных. Создавать воображаемый мир и жить в нем способны не все. Не все шизофреники полностью отворачиваются от мира, чтобы найти свое пристанище в воображаемых замках. Некоторые из них, напротив, погружаются в непрерывную деятельность. Но делают они это глубоко патологическим образом. Именно здесь начинается действие то, о чем мы говорили выше относительно цикла, который проходит наш личный жизненный порыв. Тонкие, неуловимые связи, соединяющие в каждый момент этот порыв со становлением окружающей реальности, представляются теперь разорванными. Это напоминает створку двери, сорванную с петель. Интуиция, руководящая нашей активностью и поддерживающая ее в пределах, которые нельзя безнаказанно нарушать, отсутствует. Жизненный порыв проявляется теперь в своей удивительной наготе. Шизофреник планирует свои действия в окружающей его реальности, не заботясь о ее требованиях, как если бы она вообще не

существовала. Несмотря на эту активность, а точнее, именно из-за нее, мы как и в случае шизофреников с развитым воображением, вновь говорим об утрате контакта с реальностью. Но здесь речь идет о «бедном аутизме», так же как в случаях, когда жизненный порыв прекращается и полностью исчезает.

Если бы нас спросили, какой форме аутизма мы бы отдали предпочтение при разработке единой концепции шизофренических нарушений, то ответ был бы однозначный: бедному аутизму. Богатый аутизм, воображаемый мир, комплекс — все эти понятия относятся к тому, что еще есть нормального, живого в больной личности. С этой точки зрения трудно переоценить их значение. Они буквально полностью перевернули существовавшие до того концепции психиатрии, научив нас тому, что бессвязные проявления психически больных людей имеют некое психологическое содержание, некий точный и живой смысл. Однако именно в силу этого они не могут служить основой какого-либо клинического понятия. Подобное понятие, как мы уже не раз отмечали, должно опираться на *дефицитарную* сторону личности, затронутой болезнью. Именно ее оно должно прежде всего уточнить.

Бедный аутизм показывает нам шизофреническое нарушение, так сказать, в чистом виде. Именно поэтому мы отдаем ему предпочтение, желая исследовать сохраняемые им в больном психизме живые силы, которые под влиянием механизмов компенсации развиваются сверх всякой меры, стремясь закрыть «брешь», проделанную в психике первоначальным нарушением. Но если мы хотим говорить о заболевании, то начать мы должны именно с этой «бреши». Шизофреник является шизофреником не потому, что он мечтатель. Он прежде всего шизофреник, а потом уже мечтатель. Ибо нет собственно патологических сновидений, есть только более или менее измененные элементы сновидений, которые устойчиво присутствуют в больной личности.

Но это уже тема следующей главы.

Глава IV

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ. ПСИХИЧЕСКИЕ СТЕРЕОТИПЫ

Патологические фантазии

Когда в последние годы во Франции начали интересоваться идеями Блейлера, два фактора определяли направление, которое с самого начала приняли эти работы. Это понятие витального контакта с реальностью, которое я отстаивал, и односторонняя интерпретация этого понятия как интериоризации или пассивного замыкания в себе при полном отказе от какой-либо активности. Механизм нормальных и патологических фантазий стал в этих условиях отправной точкой исследований шизофрении и шизоидии.

В 1922 г. Эйе (*Heuyer*) и Борель (*Borel*) представили Психиатрическому обществу доклад под названием «Фантазийный бред». Они отвели в нем большое место идеям Фрейда и Блейлера. Затем последовала целая серия наблюдений, сообщенных г-ном Клодом и его учениками — Бруссо (*Brousseau*), Борелем и Робеном (*Robin*). Эти наблюдения привели к выявлению механизма «патологических фантазий». Мы приведем здесь с небольшими сокращениями записи наблюдений одной больной, опубликованные Борелем и Робеном под этим названием*:

Мари Б. находится в психиатрической больнице с февраля 1921 г. Это ее второе пребывание в психиатрическом учреждении. За четыре года до этого была определена в больницу

* A. Borel et G. Robin, «Les reveries morbides», *Annales medico-psychol.*, mars 1924.

Сент-Анн, где провела восемь месяцев. Ей было в то время двадцать три года. Уже тогда речь шла о застарелых психических нарушениях, приведших к ее нынешнему состоянию.

Вот ее история. Обладая хорошими способностями, она легко училась в школе, а по ее окончании прилежно работала. Со слов ее родителей, это был эмоциональный и милый ребенок, не любивший шумные игры и охотно остававшийся наедине с самим собой. С детства она проявляла склонность к фантазиям и внутренней жизни, побуждавшую ее предпочитать одиночество играм со своими сверстниками. Ей нравилось оставаться дома, читать и мечтать, поэтому иногда трудно было убедить ее пойти погулять или развлечься.

Первые психические нарушения начались в 1907 г. в возрасте половой зрелости, вскоре после начала месячных. Ей было тогда четырнадцать лет. В это время произошел нервный криз, во время которого у нее начали проявляться идеи величия. Неожиданно она объявила родителям, что она королева Испании, начала вести себя надменно, драпироваться в занавеси, смеяться, петь, командовать, отдавать приказы, требовать, чтобы ей подчинялись как государыне, раздражаться, когда не уступали ее капризам. Это состояние обострялось в период месячных и длилось более или менее выражено около двух лет. Постепенно, однако, все пришло в норму, и настал период нормальной жизни, продолжавшийся с пятнадцати до двадцати трех лет (до октября 1915 г.).

В течение этих восьми лет, казалось, она забыла свою мегаломанию. Она возобновила учебу и получила лучшее образование, чем большинство молодых девушек. Однако она оставалась фантазеркой, как и прежде. Ей нравилось лежать в постели и думать в свое удовольствие или заниматься шитьем и вышивкой. Она на самом деле кокетка, и ей хотелось иметь вид молодой светской девушки, выделяться среди других. У нее не было друзей, но это ее нисколько не огорчало, так как она предпочитала одиночество. Она не скрывала своей тяги к роскоши и часто говорила с горечью: «Я дочь служащего».

В октябре 1915 г., когда ей было двадцать три года, произошло новое изменение. Она без видимых причин становилась все

более апатичной, мало говорила, отказывалась вставать с постели, едва занималась своим туалетом. Если с ней заговаривали, она сердито отвечала, легко раздражалась и даже бросала предметы в голову своих родителей. Лежа на кровати, она, казалось, думала или мечтала. Она, однако, прекрасно сознавала, что делается вокруг, и когда хотела, вела себя нормально. Ее речь была адекватна, но характер делался все несноснее. Она, казалось, презирала своих родителей и испытывала настоящую неприязнь к отцу и брату. Она больше не считала себя испанской королевой, но в некоторые моменты ее поведение и слова показывали, что она сохраняла подобные амбиции.

В другое время она становилась мрачной, чрезвычайно замкнутой, отказывалась кого-либо видеть, говорила, что устала, измождена. Ее общее состояние действительно оставляло желать лучшего. Она очень исхудала, мало ела и продолжала все больше чахнуть.

По прошествии почти двух лет, в октябре 1917 г., семья решила поместить ее в больницу Сент-Анн, где она ранее провела восемь месяцев. Она вышла оттуда в мае 1918 г., не выздоровев, и дома демонстрировала ту же бездеятельность, то же ироничное равнодушие к близким, одним словом, абсолютно то же состояние, что и перед пребыванием в психиатрической лечебнице. Она провела почти три года со своей семьей, оставаясь практически постоянно в постели, нелюбезная, злая, капризная, вспыльчивая, праздная, обращая жизнь своих близких в «настоящий ад».

В конце концов ее определили в больницу Сент-Анн 6 февраля 1921 г. и с тех пор она не покидала ее.

С этого времени (с февраля 1921 г.) состояние больной не претерпело заметных изменений. Она пребывает в постели, ничего или почти ничего не делает. Не читает, не интересуется тем, что происходит вокруг. Когда к ее постели кто-то подходит, она притворяется спящей, избегает отвечать на заданные ей вопросы или просто отказывается разговаривать. В другое время, наоборот, она разговаривает вежливо, но без большого интереса к беседе. Она не жалуется, ей, по-видимому, даже нравится

в больнице, и она не испытывает никакого желания вернуться в семью. Она полностью отдает отчет в своем состоянии, здраво мыслит, адекватна. У нее нет никаких нарушений памяти или мышления. Чаще всего больная лежит на кровати, повернувшись к наиболее темной части комнаты и, кажется, предается долгим фантазиям. В эти моменты малейшая вещь может вызвать у нее приступ дурного настроения. Она бросает тарелку, принесенную медсестрой, не хочет, чтобы ее кровать трогали, жалуется на навязчивые состояния, а некоторое время заявляла, что не выносит вида расчески.

В течение нескольких месяцев ничего не меняется. Потом наступают периоды, которые, как кажется, совпадают с менструациями, когда она демонстрирует некоторое возбуждение. Она встает с постели, драпируется в простыни, принимает театральные позы, улыбается врачам и иронически смотрит на них. Ее разговор часто выражает некоторый эротизм, а высокомерное поведение выдает мегаломанию. Обычно такие периоды непродолжительны. Очень скоро Мари вновь впадает в свою обычную инертность. Постепенно болезнь прогрессирует, можно видеть, как больная, так сказать, погружается в свой недуг.

Больная становится еще более индифферентной, полностью отрешенной от внешнего мира. Предаваясь сменяющимся фантазиям, она кажется счастливой, а на ее лице в это время играет довольная улыбка. Она совершенно перестала следить за своим внешним видом, а иногда даже марает постель. В некоторые моменты она становится очень возбужденной, настолько, что ее помещают в палату для буйных больных.

В течение нескольких месяцев больная носит странные украшения. Она появляется без рубашки, завернувшись в простыни, когда не хочет предстать перед всеми голой, с диадемой из фольги на голове, со множеством браслетов из веревочек и ленточек на запястьях и лодыжках. Такого же рода кольца украшают ее пальцы. При этом персонал сердится на нее за то, что она не содержит себя в должной чистоте. Ее настроение переменчиво. Большую часть времени молчаливая и апатичная, она иногда становится манерной, вызывающей в словах и жестах, деланным тоном требует поцелуев, ласки, ведет себя вульгарно.

Однако в противоположность своему поведению, которое заставляет думать о прогрессирующем безумии, больная проявляет удивительную адекватность, отвечая на вопросы (в те моменты, когда она расположена это делать). Мари Б. всегда хорошо ориентируется в ситуации, у нее ясное сознание. В разговорах с ней нельзя обнаружить никаких нарушений умозаключений и способности рассуждать. Ее память полностью сохранена, внимание достаточно. В результате трех бесед и многочисленных вопросов нам удалось выслушать от нее настоящую исповедь. Так как рассказанное ею может, по нашему мнению, пролить свет на генезис и механизм состояния, в котором она находится, мы приводим здесь главное содержание бесед с ней и сделанные ею признания. Рассказывая о приступе возбуждения, произошедшего у нее в возрасте четырнадцати лет, она сообщила буквально следующее: «Я вспоминаю криз, пережитый мною когда-то. Я говорила, что являюсь испанской королевой. В глубине души я знала, что все это неправда. Я была как девочка, которая, играя с куклой, верит, что та живая, хотя знает, что это не так... Я делала себе прически и драпировалась в куски материи. Это забавляло меня поначалу, а потом постепенно стало происходить против моей воли. Я не могу сказать, что я была нормальная или ненормальная, я была как зачарованная. Это было похоже на сон, в котором я жила».

Несколько раз, возвращаясь к тому периоду времени, она давала те же объяснения. Она их никогда не меняла. «Все вокруг представлялось мне зачарованным. Мне казалось, что я нахожусь где-то в другом месте, но при этом я узнавала все вещи около меня. Я была как актриса, игравшая роль и воплотившаяся в свой персонаж. Я была убеждена... не полностью. Я была в воображаемом мире, живя несколькими жизнями. И во всех этих жизнях я была главным лицом.[...] Ах! Я прожила столько разных жизней... Один раз я вышла замуж за американца, очень красивого, носившего золотые очки. Он повез меня в длительное путешествие. Произошло кораблекрушение, но мы были спасены кораблем, который доставил нас домой. У нас был большой особняк, и у каждого были свои покои. Какие празднества я устраивала!»

Она рассказывала десяток других подобных историй. Каждая из них была о воображаемой жизни. «Я жила... я жила во времена пещерных людей...» и т. п., и т. п.

В течение нескольких месяцев ее истории имели эротический оттенок.

Больная любит одного из нас, любовницей которого она давно себя объявила. Она якобы родила от него дочь, которой теперь три года. Девочка находится сейчас у отца. Также у нее есть другая дочь шести лет, очень счастливая, которая много путешествует. Ее отец — очень элегантный мужчина.

Вот еще несколько сюжетов. «Я в прошлом распутничала и не считала всех, с кем спала. Здесь уже несколько поздно. Здесь не понимают, что я голая с золотым поясом на бедрах».

«Некогда у меня были друзья, которых я очень любила. У меня устраивали праздники. Были цветы, ароматы, меха горноста. Друзья дарили мне предметы искусства, статуи, автомобили. Меня поместил сюда кто-то, кто всему этому завидовал...»

Мы спросили у нее, почему она не осталась той женщиной, которой была раньше.

«Идеи всегда те же, но я измождена. Я могу только отдыхать и не хочу устраивать праздники. Мне отвратительна жизнь, я не умываюсь, потому что умывальник вызывает у меня отвращение. У меня была красивая умывальная чаша из резного стекла с золотым ободом и множество разных флакончиков».

Она, смеясь, объясняет, что марает постель, так как за ней не ухаживают. «Зайчик мой, никогда не думала, что буду делать в постель, но это не моя вина. Мне стыдно за это».

Она также говорит нам: «Не люблю быть потревоженной, когда я размышляю, думаю о своей прежней жизни... Здесь я не интересуюсь настоящим, я обращаюсь к тому интересному, что было когда-то. Когда я голая заворачиваюсь в простыни, это напоминает мне мою прошлую жизнь. Я обожаю себя в зеркале, как артистка».

Она очень мало верит во все эти истории. Не нужно особенно много убеждать ее, чтобы она признала их плодом своего воображения. Она говорит: «В зачарованном состоянии у меня есть

все, что я желаю. Я совершаю глупости, была даже морфинисткой и кокаинисткой. У меня были любовники. Благодаря этому состоянию я вела беззаботную, легкую жизнь. По ночам ко мне проникали любовники, их было двое. Они приводили парикмахеров и рассматривали почтовые открытки».

По этой записи наблюдений видно, как фантазии, постепенно прогрессируя, составляют основу психотического развития Мари Б. Все другие симптомы, по-видимому, им подчинены и непосредственно вытекают из них.

Критический анализ понятия шизомании. Нормальные и патологические фантазии

С этого момента перед нами открываются два пути. Можно попытаться установить новое клиническое понятие, отправляясь от случаев, подобных описанному выше, или же исследовать, как их можно вписать в уже существующие рамки и, в частности, в рамки блейлеровского понятия шизофрении, и как они могут обогатить наши знания в области психопатологических механизмов, действующих при этом заболевании. Г-н Клод и его ученики последовали первым путем. Так родилось понятие *шизомании*. Лично я отдаю предпочтение второму пути. Это ведет к довольно значительному расхождению во взглядах. Я попытаюсь это объяснить.

Схожесть шизофрении и шизомании нельзя отрицать. В обоих случаях утрата витального контакта с реальностью позволяет нам понять и интерпретировать изучаемые психические нарушения. Сам г-н Клод никогда не подвергал эту схожесть сомнению. Введенный им термин «шизомания» свидетельствует об этом. С другой стороны, он постоянно подчеркивает возможность для шизомана перейти в состояние шизофренического распада личности. Как он сам пишет, для него шизомания — это не что иное, как переходная форма между шизоидией и шизофренией.

Но шизоидия, как мы видели, представляет собой фактор конституции индивида, а шизофрения в ходе патологического процесса способна проходить разные фазы и разные степени развития. Уже с этой точки зрения между шизоидией и шизофренией трудно ввести какое-то новое понятие. Шизомания, способная превратиться в шизофрению, не может быть ничем иным, как более или

менее легкой формой последней. Поэтому термин «стертая шизофрения» (*schizophrénie fruste*), предложенный Визелем* для подобных случаев, мне кажется более уместным, ибо обозначение эволютивной фазы заболевания совершенно новым термином, а не по доминирующему симптому может легко привести к путанице. Идея введения автономной единицы не заставила себя ждать. И даже ученики г-на Клода, не отдавая себе в этом отчета, идут по этому пути, квалифицируя шизоманию как «новый психоз». Но здесь мы совершенно не можем с ними согласиться.

Конечно, личность шизомана относительно меньше затронута болезнью, чем личность шизофреника. Это фантазеры, которые в своих фантазиях могут сохранить некоторое идео-аффективное единство, и даже, развивая тему этих фантазий, создавать впечатление наличия некоторой динамики и прогресса. Но прежде всего это *больные*, утратившие контакт с реальностью и демонстрирующие в связи с этим «разлад между интеллектуальной и практической деятельностью» (Клод). Таким образом, мы находим у них более или менее выраженную степень безумия *sui generis*** , практического безумия, характеризующегося, как мы видели выше, шизофреническим распадом личности. Сохранность элементов интеллекта и, в частности, памяти при шизофрении на всех ее этапах была показана Блейлером. Кроме того, в этом плане Блейлер полностью согласен с тем, что неустанно повторяет Шаслен по поводу дискордантного помешательства и о чем говорят Дид и Гиро относительно раннего безумия, если указывать только авторов, упоминавшихся нами выше. Можно также предположить, что эту ненарушенность интеллектуальных способностей легче обнаружить у шизофреников-фантазеров, чем в тяжелых случаях этого заболевания. И здесь не может быть речи о различии природы этих заболеваний, тем более что, перечитывая отчеты г-на Клода и его учеников о наблюдении шизоманов, мы находим в них постоянное или эпизодическое присутствие всего спектра гебефрено-кататонических симптомов, включая «аспект помешательства». Эта

* A. Wizel, «Les forms frustes de la schizophrénie», *Annales médico-psychologiques*, mai 1926.

** Лат. «своего рода» — *Прим. перев.*

близость семиотического порядка затрудняет проведение демаркационной линии между шизоманией и шизофренией.

Некоторые пациенты г-на Клода и его учеников значительно улучшили свое состояние, а иные даже выздоровели. Но, однако, не все. Тем не менее после Крепелина ни раннее безумие, ни шизофрения отнюдь не подразумевает идеи неизлечимости. Приступы шизофрении, происходящие время от времени и оставляющие после себя более или менее заметные следы, играют все большую роль в клинических исследованиях этого заболевания. Даже в тяжелых случаях возможны очень поздние ремиссии. И если наши нынешние семиотические знания не позволяют нам в каждом конкретном случае предсказывать заранее дальнейшее развитие заболевания, то это ошибка наша, а не заболевания. С этой точки зрения шизомания с ее диапазоном гебефрено-кататонических симптомов, сопровождающих распад интеллектуальной и практической деятельности, не дают нам ничего нового. Существуют скоротечные формы брюшного тифа наряду с абортивными формами, и часто невозможно предвидеть исхода. Однако болезнь остается все той же. В области шизофрении ситуация в точности та же с той лишь разницей, что здесь идет речь о хронической болезни, при которой бывают ремиссии даже по истечении многих лет. Обозначение легких и более или менее стационарных форм одним специальным термином представляется в этой ситуации довольно спорным.

Кроме того, утверждение тесной близости всех вариантов шизофрении между собой, равно как и родства шизоидной конституции и явных форм болезни в трудах Блейлера и Кречмера основано не на идентичности основных нарушений, а на широкомасштабных генеалогических исследованиях. Тяжелые случаи шизофрении могут существовать в семье наряду с более легкими формами или с простыми аномалиями характера при доминировании шизоидных черт во всех их разнообразных формах. Исследования г-жи Минковской дают новое подтверждение существования этого родства. Связи между исследованными разновидностями психопатологических проявлений оказались еще теснее. Как мы видели выше, Кречмер привел новый аргумент в пользу этого тезиса, сообщив о существовании явной корреляции между определенными физическими типами и всей группой шизоидов и шизофреников.

Но это еще не все. Введение понятия шизомании как особой клинической группы не могло не приводить к сужению рамок шизоидии. Последняя теперь могла прилагаться только к врожденной склонности к интериоризации и фантазиям, склонности, которая представляет собой лишь один из вариантов шизоидного поведения у Кречмера. Но это сужение придавало шизоидии совершенно иной смысл. Мы противопоставляем фантазеру человека действия, и теперь именно он характеризуется выраженным в наиболее чистом виде синтонным поведением. Например, Борель и Робен* пришли к тому, что назвали «синтонной» нашу нынешнюю эпоху, отличающуюся своим чрезвычайным прагматизмом, или, вернее сказать, чрезвычайным *утилитаризмом*. Очевидно, нет никаких оснований ставить под сомнение важность, которую может иметь как в психологии, так и в психопатологии противоположность между фантазером и человеком действия. Однако эту противоположность нельзя перенести на противоположность шизоидии и синтонии у Кречмера и у Блейлера. Они отличаются настолько, что было бы правильно ради ясности не использовать одни и те же выражения. Как мы уже видели в первой главе, у Кречмера люди действия находятся как среди шизоидов, так и среди синтонов. Одной только степени активности недостаточно для него, чтобы разграничить эти два типа индивидов. Все сводится к нюансам, характеризующим их отношение к внешней среде. Жесткое, холодное, часто слепое и, наоборот, мягкое, гибкое, проникнутое теплыми нотками. К тому же как можно называть синтонной послевоенную эпоху, эпоху механизации и безумного стремления к золоту, доминирования забот о материальном и отстранения далеко на второй план всего, что связано с чувствами и моралью. Кроме того, мы считаем, что понятия шизоидии и синтонии служат лишь для характеристики индивидов, изучаемых под определенным углом зрения, а не эпох, в которых они живут и не дел, которые они совершают.

Это различие оппозиций между фантазером и человеком действия, с одной стороны, и шизоидом и синтоном, с другой — заслуживает особого рассмотрения. Речь здесь идет не просто о словесных дефинициях. Нельзя упускать из виду генезис понятий

* A. Borel et G. Robin, «Les rêveurs éveillés», *Les documents bleus*, Paris, Librairie Gallimard, 1925.

шизоидии и синтонии. Кречмер и Блейлер определили эти понятия, стремясь прежде всего установить тесную связь между каждым из этих двух эндогенных психозов, маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, и соответствующими конституциями. Шизоидия для них является конституциональной основой шизофрении, а синтония — маниакально-депрессивного психоза. Как мы показали в первой главе этой книги, именно в этом состоит прежде всего их понимание данной проблемы. Противопоставление фантазера и человека действия ни в коей мере не может играть ту же роль. Ибо, если еще можно допустить наличие некоторой связи между склонностью к уходу в воображаемый мир и шизофренией в форме фантазирования, то это уже совсем не так, когда речь идет о выведении маниакально-депрессивного психоза из поведения «человека действия». Идти дальше в этом направлении не представляется возможным. По сути, здесь игнорируется вся сторона проблемы, связанная с возможностью выведения маниакально-депрессивного психоза из синтонии. А только такой ценой становится возможна глубокая модификация понятия шизоидии. Общее значение этого понятия здесь значительно приуменьшается.

Таковы причины, по которым я предпочитаю первоначальные понятия шизоидии и синтонии, как они были определены Кречмером и Блейлером.

Однако первые шизоманы, описанные Клодом и его учениками, являются фантазерами по преимуществу. В силу этого их комплексы удерживаются, так сказать, на поверхности их патологического психизма и особым образом в нем доминируют. Чему это может нас научить?

Представляется невозможным установить клиническое понятие, основываясь на этом обстоятельстве психопатологического характера. Мы уже изложили причины этого. Добавим только, что фантазии, так же как и комплексы, представляют, в сущности, ту сторону патологического психизма, посредством которой он сближается с нормальным психизмом. И мы не сможем сделать их исходным пунктом для какой-либо клинической дифференциации, которая должна основываться главным образом на дефиците психических функций, создаваемом заболеванием. Напомним здесь сказанное выше по этому поводу.

Мы можем сказать немного парадоксальным образом, что патологические фантазеры не являются больными, так как они слишком фантазируют, но они делают это, потому что больны. Это означает, что, по нашему мнению, между нормальными и патологическими фантазиями существует большее различие, чем просто различие в степени. В нормальных фантазиях мы на какое-то время забываем о реальности. Мы закрываемся от нее, погружаемся в себя, предоставляя свободу потоку воображения, строим наш собственный мир и укрываемся в нем. Желания становятся реальностью, печали и боли реальной жизни исчезают, все приобретает веселые розовые тона. Эти состояния, более или менее продолжительные, в сущности, длятся одно мгновение, или, лучше сказать, не длятся совсем, ибо продолжают только столько времени, сколько может позволить им реальность. Представление о реальности здесь никогда полностью не утрачивается. Она всегда присутствует на заднем плане, делая наши фантазии по сути эфемерными. Мы никогда не переходим определенных границ. Нам нравится мечтать, так как это отрывает нас от действительности, но мы никогда не делаем это всю жизнь. Это едва ли является фактором нашей жизни. Фантазия всегда готова уступить место реальности. И если усиливаясь, особенно в форме творческой фантазии, она иногда начинает в нас доминировать, то проявляется вовне не в психических нарушениях, но в рассеянности и забывчивости, более или менее приятных или неприятных для окружающих. Кроме того, реализация фантазии всегда направлена на внешний мир. Даже если она заставляет нас забыть о земных благах, она делает это во имя какой-то высшей ценности, во имя дела, которое будет ее осуществлением и которое всегда стремится соединиться с реальностью. Иногда фантазия и особенно мысль кажутся нам ценнее всего остального, но в этом еще нет ничего аномального. Вспомним Архимеда, который во время захвата Сиракуз предавался своим размышлениям и, не сказав ни слова, дал отрубить себе голову. Мы понимаем иерархию ценностей, установленную фантазером-творцом, и то, что заставляет его надолго погружаться в самого себя. Сочувствие мешает нам квалифицировать его как шизоида. Напротив, он может быть в высшей степени синтоном. Таков был Луи

Пастер, который при всем своем энтузиазме и яростной борьбе в своей деятельности олицетворял тип ученого-синтона. Предоставляя полную свободу своему воображению, он не забывал давать своим ученикам совет перед входом в лабораторию оставлять в гардеробной вместе с верхней одеждой их воображение. Фантазия вполне сочетается с синтонией.

Таким образом, нормальную фантазию характеризует не интенсивность и не занимаемый ею объем нашего сознания, но то обстоятельство, что она всегда подчинена тому, что можно назвать *скрытым осознанием реальности** вместе со всей живой иерархией целей и ценностей, которую это предполагает.

Именно это скрытое осознание реальности отсутствует в фантазиях шизофреника. У него эти фантазии существуют *наряду* с реальностью как эквивалентный ей феномен. Они становятся на ее место и, извращая свою роль в нормальной жизни, экстериорируются буквально и непосредственно определяют реакции индивида, которые в силу этого входят в противоречие с требованиями реальной жизни, принимая формы, которые воспринимаются нашим рассудком и интуицией как «странные». Тем самым фантазии участвуют в общей деградации, испытываемой личностью шизофреника. В случае с Мари Б. для нас важны прежде всего клинические симптомы, поведение пациентки по отношению к окружающей среде, которое рассудочно или интуитивно мы воспринимаем как шизофреническое. Фактор фантазии участвует лишь во вторую очередь, чтобы заполнить психологический «ров», возникающий между нами и больным. Он — одно из вторичных проявлений патологического поведения. Точно так же, когда при легкой форме заболевания мы говорим шизоидам-мечтателям, что они рассеяны, то, очевидно, их поведение характеризуется не фантазиями, а именно этим постоянным состоянием рассеянности. В других случаях фантазии, наоборот, могут унести к небесам.

Таким образом, речь идет не только о разнице в степени, длительности или содержании нормального и патологического фантазирования. Патологические грезы при шизофрении часто намного скуднее нормальных фантазий, сводятся к одной или двум

* E. Minkowski, «De la rêverie morbide au délire d'influence», *Évolution psychiatrique*, t. II, Paris, Payot.

идеям-желаниям, застывшим и неподвижным, стереотипно переживаемым больными. Иногда даже отсутствует содержание. Больной говорит, что мечтает, но не может сказать, о чем.

Напротив, деятельность воображения, связанная с патологическими факторами разного характера, с клинической точки зрения, может дать совершенно иную картину. Достаточно вспомнить описанную Дюпре и Логром конституцию мифомана и развивающийся на этой почве бред воображения. Борель и Робен определили как нельзя яснее различия между фантазиями мифоманов и наблюдавшимися ими шизоманов. «Стремление к погружению в себя, к созерцанию, — пишут Борель и Робен, — присуще всем индивидам такого рода (шизоманам). Воображаемые образы рождаются в одиночестве и остаются внутренними, погруженными в глубины «я». Больной предается фантазиям не по своей воле. Реальность существует только в воображении, она преобразена, приукрашена. Для больных, описанных Дюпре, внешний мир остается таким, каков он есть, но для наших пациентов существует только воображаемое. Для них есть только одно существование, которое вытесняет внешний мир. Они не могут жить без него. Они любят его чрезмерно страстно, наделяя его всевозможными качествами. М-ль Б. и наши пациенты подобного рода ведут два существования. Одно — воображаемое, которое им нравится, другое — подлинное, которое они, погруженные в свои химеры, презирают, не давая себе даже труда в нем жить и пренебрегая своими обязательствами и обязанностями. Здесь речь идет о своего рода удвоении, но не личности, а самого существования. Одно — нормальное, земное, которое часто рассматривается как банальное или неполноценное, другое — более соответствующее тайным предпочтениям этих больных и обычно приукрашенное, объект их страстной привязанности.

Воображаемые построения, описанные Дюпре и Логром, имеют центробежный характер, они выплескиваются индивидом во внешний мир. У нашей пациентки они, согласно нашим концепциям, центростремительны, так как м-ль Б. заключила в своей субъективности внешний мир, преобразованный в мир воображаемый*.

* A. Borel et G. Robin, «Les rêveries...», *loc. cit.*, p. 248–249.

Итак, для того чтобы фантазии приобрели подобный особый аспект и стали самоцелью, необходимо, чтобы нечто существенное отсутствовало в психизме индивида. Для нас это не что иное, как *отсутствие витального контакта с реальностью*. Именно это, в сущности, определяет характерное поведение индивида по отношению к окружающей его действительности и обуславливает все относящиеся клинические симптомы шизофрении, наблюдаемые у больного в процессе его психотического развития. Фантазирование лишь вторично. Как таковое оно представляет собой сохранившееся при шизофреническом распаде личности нормальное явление, за которое больной цепляется в последнем усилии, чтобы не утонуть в полном небытии. Будучи уже в нормальной жизни реакцией ухода от окружающей реальности, оно как нельзя лучше подходит для этой роли в психизме шизофреника. Но в этом случае оно не только чрезмерно, но и приобретает патологические черты, разделяя неподвижность, жесткость и бесплодность основных черт всякого шизофренического проявления. Таким образом, фантазирование, не способное ни служить основой независимого клинического понятия, ни объяснить генезис шизофренических симптомов, тем не менее, проливает новый свет на механизмы компенсации, происходящие в душе шизофреника.

Я изложил этот мой взгляд на проблему в сообщении «Симптоматика и поведение при шизофрении», представленном на Конгрессе психиатров Франции в Париже в 1925 г. Ниже я расскажу об этом подробнее.

Патологическое недовольство и простая шизомания

Понятие шизомании в процессе эволюции не могло не пойти по тому же пути. Рано или поздно, в особенности из-за существования клинической схожести случаев с присутствием и отсутствием факторов фантазирования, должен был встать вопрос о том, является ли психологический механизм патологического фантазирования единственной основой состояний, именуемых шизоманиакальными. (Мы, со своей стороны, после всего сказанного продолжаем называть их шизофреническими.) Этот вопрос был поставлен Борелем. Он отвечает на него отрицательно и указывает на другой

механизм, способный привести к тому же клиническому результату. Он пишет о «патологическом недовольстве»*.

С самого начала существования этой темы здесь также отмечали особенности характера, создающие благоприятную почву для появления психопатических реакций шизофренической природы. Только вместо врожденной тенденции к фантазированию и интериоризации мы находим здесь следующие черты: «эгоизм, скорее даже партикуляризм, гордость, постоянно плохое настроение, гневливость, трудность сдерживать малейшее недовольство, проявления с раннего возраста неумеренной и *аномально длительной*** капризности». Все эти черты характера можно без труда подчинить общему понятию шизоидии у Кречмера.

Как только под каким-то влиянием (будь то, например, эмоциональный шок) эти врожденные черты усиливаются и порождают психотические нарушения, в основе которых, согласно Борелю, легко найти механизм патологического недовольства, когда индивид уходит в себя и в раздражении концентрируется на предмете своего недовольства».

Приведем заимствованный у Бореля пример:

Р.К. (тридцати лет) с детства проявляла тенденцию к плохому настроению. У нее не было друзей и по непонятным причинам она отказывалась играть с другими детьми, предпочитая оставаться наедине с собой. Она была замкнута, немного недоверчива и особенно упряма. Умная и прилежная, она хорошо училась в школе и вплоть до двадцати лет не проявляла никаких стоящих упоминания болезненных симптомов. В этом возрасте после несостоявшегося брака (из-за несогласия родителей) начали происходить сначала малозаметные, а затем все более выраженные изменения. Заметно уменьшилась ее активность, она часами оставалась задумчивой, бормоча едва артикулируемые слова. Однако она, хотя и против воли, подчинялась родителям, временами обнаруживая явно выраженное дурное настроение. Вскоре стало трудно выводить ее из оцепенения, в ней стали

* A. Borel, «Rêveurs et boudeurs morbides», *Journal de psychologie*, juin 1925.

** Выделено нами. — *Прим. авт.*

проявляться явные признаки негативизма. Когда с ней заговаривали, она не отвечала, принимала враждебный, озлобленный вид, а иногда становилась внезапно яростной, разбивая попадающие ей под руку предметы. В конце концов она впала в состояние полного бездействия, забившись в углу комнаты и с мимикой, выражающей постоянное негодование. Безразличная ко всему, что происходило вокруг нее, она не проявляла по отношению к своим родителям никаких эмоций, кроме гнева, перестала даже элементарно ухаживать за собой, отказывалась есть, время от времени ходила под себя. Ее состояние вызвало необходимость определить ее в стационар. Там продолжалось то же самое. Лежа на кровати с неприязненным выражением лица, она застывала в одних и тех же стереотипных позах. Казалось, что это яркий случай раннего слабоумия: негативизм, отказ от еды, произносимые шепотом слова, отказ отвечать на вопросы, безразличие к внешнему миру, апатия, инертность, и т. п. Однако в некоторые моменты, казалось, эмоции ненадолго появляются. Когда рядом с ней говорили о ее состоянии, она несколько раз начинала плакать. Наконец, после долгих расспросов, остававшихся безрезультатными, она согласилась объяснить свое поведение в течение прошедших к тому времени восемь лет: «Меня должны были выдать замуж», — заявила она. Тогда, когда болезнь еще не так сильно затронула ее и больная находилась дома, эти слова она часто повторяла своим родителям. Их нередко можно было разобрать в ее бормотании. Настойчивые просьбы позволили выяснить главное. Она никогда не могла простить своей семье ни расстроившийся брак, ни свою загубленную, как она считала, жизнь. Вместо того чтобы забыть о происшедшем, она оставалась глубоко уязвленной, сохраняя свое постоянное раздражение и ощущая или декларируя себя неспособной начать новую жизнь. Постепенно она все больше сосредотачивалась на этом чувстве раздражения и недовольства и ничего больше не хотела, так как не смогла получить то, что прежде желала.

После того как разгадка тайны была найдена, к пациентке применили активную психотерапию, которая, что примечательно, быстро дала свои результаты. После нескольких месяцев

произошло излечение, хотя и неполное. Вернулась активность и почти даже бодрость. Она стала помогать медсестрам. Обычно мягкая и послушная, она становилась хмурой, только когда ее навещали родители. Она не любила говорить о прошлом и плакала, когда ее побуждали делать это. Но в конце концов она отвечала на вопросы и рассказывала то, что вначале скрывала.

Больная объяснила свое псевдо-безразличие в тот период. Это было не что иное, как лишь внешний аспект интенсивного эмоционального состояния: гнева и озлобления. Она далеко не была столь отрешена от внешнего мира, как это казалось. Можно было видеть, что в течение этих лет ей удавалось все замечать и что, одним словом, под покровом внешне безумного поведения ей удалось сохранить адекватную психическую активность и логику, которые были не затронуты болезнью, но лишь аномально ею ориентированы*.

Следует добавить, что это улучшение состояния больной длилось недолго. Так как ее посчитали выздоровевшей, ей разрешили, возможно, слишком рано, покинуть лечебницу. Когда она вернулась в свою прежнюю среду и стала жить с родителями, нескольких дней оказалось достаточно, чтобы произошел рецидив. Почти сразу же после этого она была возвращена в клинику, где обнаружили, что результат терпеливой психотерапии сведен к нулю. Постоянно отказываясь от еды, она стала все сильнее худеть. При этом к ней вернулись все старые симптомы болезни. Как и тогда, недружелюбная и хмурая, она все менее охотно покидала свое инертное состояние. Первые же вопросы после эфиризации больной позволили установить, что ее психическая активность сохранена, но также сохранился и ее комплекс. Сопутствующее заболевание унесло ее через год нового пребывания в клинике.

Мы, как и в других случаях, описанных Борелем, охотно поставили бы в этом случае диагноз шизофрении. Множество нарушений гебефренокататонического характера проявляются здесь как нельзя более ясно. Именно на них, очевидно, должна опираться клиническая

* Подобное поведение полностью соответствует концепции шизофрении у Блейлера.

диагностика. Что же касается имевших место ремиссий, колебаний состояния больной, время от времени случавшихся эмоциональных проявлений, целостности интеллектуальных способностей, то эти особенности не подтверждали поставленный диагноз, ибо они все включены в блейлеровское понятие. Так, если Борель говорит в случае этих больных о «парадоксальном поведении, симулирующем гебефреническое состояние безумия, но являющимся на самом деле не чем иным, как длительным интенсивным патологическим недовольством», то в первой части своего заключения он применяет для своего случая взгляды Крепелина, Шаслена, Блейлера и других, развитые для состояний, называемых состояниями «безумия» гебефренического порядка. Мы узнаем здесь только специфические терминальные состояния, способные симулировать «безумие», но совершенно отличные от безумия настоящего. Прибавим еще, что, как и раньше в случаях с фантазиями, мы испытываем некоторые сомнения считать недовольство «*gritum movens*»*, главным психологическим механизмом, лежащим в основе всех наблюдаемых нарушений. Это привело бы нас к допущению, что все эти нарушения вплоть до мутизма и гатизма «произвольны, по крайней мере, вначале». Будучи убежденным сторонником интерпретации всех психиатрических явлений с точки зрения психологии, я должен признаться, что мне трудно следовать за Борелем по этому пути.

Для меня утрата витального контакта с реальностью является не «результатом» патологического недовольства или фантазии, но «исходной точкой» главного нарушения при шизофрении. Эта утрата связана вначале с дефицитом, ослаблением человеческой личности и вполне может служить основой для концепции особого психического заболевания. Что же касается таких явлений, как патологическая фантазия и недовольство, которые участвуют в шизофреническом процессе, сверх меры фиксируя и обездвиживая себя, то для меня они являются механизмами, за которые цепляется патологическая личность и благодаря которым она сохраняет человеческое подобие.

Кроме того, и это для нас здесь важнее всего, тот факт, что два разных механизма, фантазии и недовольство, «могут прийти к одним

* Лат. «перводвигатель». — *Прим. перев.*

и тем же шизоманиакальным состояниям вплоть до шизофренического распада», уже сам по себе говорит о том, что ни один из этих механизмов не может рассматриваться как патогномический элемент. Они оба — лишь вторичные, более или менее случайные проявления, добавляющиеся к основному патологическому процессу. Ни один из них не является необходимым для результатов этого процесса. Во всяком случае, нарушение, порождающее шизофрению, следует искать в другом месте. Что касается меня, то я уже говорил, в чем оно состоит. Но интересно отметить, что дальнейшая эволюция шизомании должна привести к тому же результату.

Недавно гг. Клод, Робен и Рубенович ввели понятие *простой шизофрении*^{*}: «До сегодняшнего дня, — пишут эти авторы, — мы пытались прежде всего установить на основании поддающихся проверке клинических свидетельств несоответствие между интеллектуальной и практической деятельностью, преобладание аутизма над участием в окружающей реальности, во внешней жизни... Но нам кажется, что за рамками всякой цикличности, всяких фантазий и состояний недовольства существуют клинические случаи, связанные с основным процессом шизомании. Эти случаи показывают в наиболее чистом и явном виде главный элемент, *sine qua non*^{**}, этих состояний, а именно несоответствие между интеллектуальной и практической деятельностью, преобладание «аутистической» мысли над «реалистической». Если до настоящего времени мы наблюдали аутистическую мысль то обогащенную фантазиями, то нагруженную тяжелым эмоциональным грузом, ведущим к состоянию недовольства, то, наконец, обедненную или экзальтированную, согласно циклотимической фазе, то теперь благодаря одному показательному случаю нам удалось установить клиническое существование *простой шизомании* в условиях редуцированного аутизма». Эти слова как нельзя лучше соответствуют только что сказанному.

Мы воспроизведем здесь с некоторым сокращением отчет о наблюдении больного, выбранного Клодом, Робеном и Рубеновичем в качестве примера простой шизомании.

* H. Claude, G. Robin et Roubenovitch, «La schizomanie simple», *op. cit.*, et P. Roubenovitch, thèse, *op. cit.*

** Лат. «без чего нет». — *Прим. перев.*

Речь идет об Альсиде С., архитекторе сорока шести лет, определенном в стационар с лета 1920 г.

Это человек со спокойным лицом, степенным и умным взглядом, безукоризненными манерами. Он чертил простые и очень толковые планы в своем маленьком офисе. Его можно было назвать образцовым и педантичным служащим.

Видя его, нельзя не удивляться тому, что после почти пятилетнего пребывания в стационаре он часто умоляющим тоном просит: *«Ах, главное не отправляйте меня домой, для меня это было бы равносильно смерти!»*

В детстве он был, как правило, молчалив. Его посещали нередко беспричинные страхи, фобии после прочитанного. Он боялся общества многих людей, но, будучи под абсолютным влиянием отца, не делал никаких попыток его избегать.

В восемнадцать лет он пошел на военную службу. Ему было нелегко приспособиться к армейской жизни. После демобилизации ему посоветовали изучать архитектуру. Не имея особых предпочтений, он согласился.

Во время учебы его родители развелись. После этого, как сообщил нам один из его друзей, он сделался как никогда молчаливым. С большой неохотой завершил свое образование. А. полагает, что развод родителей отвратил его от серьезных занятий.

В этот период он познакомился с девушкой, на которой захотел жениться. *«Это стало бы для меня огромным счастьем, но мне нужно было преодолеть сопротивление одного из членов ее семьи. Я предпочел борьбе отказ от брака. У меня началась тогда связь с одной женщиной. Я оказался импотентом, но мне это было уже безразлично».*

В двадцать семь лет А. стал работать архитектором в своем квартале. *«Я очень страдал от близости клиентуры моего отца: я неизменно оставался «г-н Альсид, дитя квартала».* Отсюда чувство стеснения, скованности, от которого я страдал».

В течение нескольких предвоенных лет в жизни больного произошли, по его словам, «очень тяжелые» события, о которых он совершенно отказывается что-либо говорить. Его семья, по видимому, не имела о них никакого представления. Но А. частично винит их за свою апатию к жизни.

К 1912 г. он стал ощущать, что «все не так», что он стал не таким, как все.

При мобилизации А. был послан в качестве художника-маскировщика в автомобильную воинскую часть, где был хорошо обеспечен материально. Теперь он считает, что плохо исполнял свою службу, что ошибался, думая, что не имеет большого значения, получился или не получился удачный камуфляж. Это состояние равнодушия по отношению к своей службе постепенно усугублялось. К середине войны у него возникло ощущение разрыва с внешним миром и ему начало казаться, что он сходит с ума. В мае 1918 г. его близкие стали замечать, что он изменился: стал беспокойным, раздражительным, бывал то веселым, то грустным. Иногда он начинал петь, а затем угрожал взорвать все вокруг.

В целом до тех пор поведение нашего пациента оставалось почти нормальным. Оно не позволяло окружающим заподозрить произошедшие в нем глубокие перемены, его активность оставалась во всех отношениях удовлетворительной.

Именно тогда произошло странное происшествие, ознаменовавшее появление новых феноменов. А. жил тогда в городе Л. Предоставим слово ему самому.

В продолжение некоторого времени я говорил себе, что схожу с ума. У меня было ощущение, что, проходя воинскую службу, я оставался где-то в стороне от жизни. Я был дезориентирован. Событие в Л. завершило эту дезориентацию.

Это произошло в доме, где я снимал жилье. Там жила молодая женщина, с которой я гулял несколько вечеров. Потом она назначила мне свидание. Наши комнаты находились рядом. Она пришла. Сначала я выпроводил ее, так как не хотел ее, сам не знаю, почему. Потом она вернулась, и мы провели ночь вместе. Но имела место подмена. По крайней мере, существо, с которым я гулял до этого, не было мужчиной... Впрочем, я не знаю, был ли это мужчина... Я всегда думал, что это было аномальное существо, хотя и без аномалий тела. Это существо покинуло мою комнату. Я сначала подумал, что имел дело с женщиной, у которой был дефект таза.

Через два или три часа я вышел из моей комнаты, прошелся по городу, не зная, что должен делать. Я был печален, так как понимал, что произошло нечто очень важное. У меня было также ощущение чужого влияния из-за того, как смотрели на меня встреченные люди. Я вернулся домой с тоской и идеей самоубийства. Учитывая серьезность произошедшего, эта идея самоубийства могла исходить только от меня, но у меня было ощущение, что встреченные мною люди были там из-за меня и знали, что я там буду».

Именно при этих обстоятельствах А. неожиданно покинул Л. и вернулся без разрешения домой в П., совершив патологическое бегство. В П., где он был помещен в стационар, А. склонялся к отказу от пищи. Его удалось заставить есть под угрозой выписки из стационара.

Наконец, наступило улучшение. А. вернулся домой и начал работать. В июне 1920 г. он не спал, ел все меньше и меньше, а затем ушел от матери, сказав ей, что болен проказой и не хочет заразить ее этой болезнью. Именно тогда, уйдя из дому и оказавшись случайно около озера Домесниль, он решил утопиться. Из-за этого инцидента А. был вновь помещен в стационар, где мы его наблюдали.

В сентябре 1924 г. он признался, что постоянно думает об истории, произошедшей в Л., которая является для него некой точкой отсчета. «Меня совсем не занимает пол этой личности. Меня беспокоит, что я был рассеян, и ей пришлось три раза постучать в дверь. Это все интересует меня не как сам факт, но я искал объяснения, я думаю, что некоторые слова имеют скрытый и символический смысл, который мне нужно отыскать».

В стационаре А., встав утром и ни с кем не общаясь, проводит весь день в библиотеке, где изучает геометрию. Он тщательно копирует каллиграфическим почерком научные книги и точно воспроизводит рисунки в них. Он рад, что не общается с другими пациентами, «которым нет дела до вас и которые живут каждый в своем мире».

С некоторого времени он отказывается принимать навещающих его друзей.

«Они не утомляют меня, они очень милы со мной, *но в моих глазах они не стоят тех усилий, которые мне приходится затрачивать, чтобы контактировать с ними. Единственный, кого я принимаю, это мой отец.* Я бы мог жить где-нибудь в отдаленной сельской местности при условии, что видел бы только немногих людей и мог бы к ним приспособиться, а также если бы у меня был минимум обязанностей по обеспечению собственного существования. Но в П.! Я становлюсь совершенно убитым после нескольких часов дома. Я больше не понимаю, что происходит вокруг меня, все вокруг меня танцует. Предметы, люди проходят передо мной как во сне, и я не могу установить с ними контакт. *Реальность для меня — галлюцинация.*

С моей точки зрения, моя болезнь состоит в том, что я не способен установить длительный, постоянный, нормальный контакт с внешним миром. Я нахожусь где-то на обочине жизни. Тому, что меня окружает, не удается проникнуть в меня, затронуть меня. Однако у меня нет бреда, нет галлюцинаций. Я ухожу от мира не потому что мудр или следую какой-то философской системе. Я слышу философом. Какая ерунда! Просто я мыслю абстракциями, чтобы освободиться от вещей. Это очень удобно.

Эти наблюдения как нельзя более показательны. У А. мы находим «с одной стороны, незатронутую болезнью интеллектуальную сферу, а с другой стороны, глубоко нарушенную практическую деятельность... Его заболевание, как четко определяет он сам, коренится в том, что внешний мир не воздействует на него» (Клод, Робен и Рубинович). Тем самым этот случай вполне естественным образом вписывается в сказанное мною выше относительно утраты контакта с реальностью как основного нарушения при шизофрении.

«Такова простая шизомания, — продолжают гг. Клод, Робен и Рубинович, — и существование этого типа заболевания в клинике позволяет наблюдать шизоманиакальную тенденцию в чистом

виде, без обычных сопутствующих элементов. И если у некоторых «сновидцев наяву» нарушения воображения столь важны, что заполняют всю клиническую картину, то понятие простой шизомании указывает на их подлинную роль, роль вторичных симптомов. То же самое имеет место для состояний недовольства и циклотимии... Простая шизомания не использует какого-либо механизма «компенсации»... И патологические фантазии, и патологическое недовольство предполагают теперь наличие основной психологической черты, с которой совпадает простая шизомания, а именно стремления освободиться от внешнего мира, чтобы жить *безучастно* в мире внутреннем, т. е. без мотивов практического характера, без осознанных, признанных *предпочтений* в мире глубоко внутренних, свободных мыслей, без непосредственного контакта с окружением. Тем самым простая шизомания становится *необходимым фоном*. И пусть патологические фантазеры украшают его прихотливыми узорами, а больные патологическим недовольством яростно рвут его полотно, основные симптомы продолжают лежать в их основе».

Мы можем только подписаться под этими словами. Дефицитарная сторона болезни выдвигается здесь на первый план, а механизмы фантазирования и недовольства сводятся к роли второстепенных черт.

До этого места мы полностью согласны с упомянутыми авторами. Наше несогласие с ними начинается там, где они при наличии подобных фактов продолжают пользоваться понятием шизомании. Механизмы фантазирования и недовольства, имеющие еще некоторую видимость специфичности, отодвинуты, и вполне справедливо, на второй план. Основное нарушение при шизомании предстает в простой форме, в «голом», так сказать, виде и оказывается идентичным с основным нарушением при шизофрении. Зачем же тогда вводить новый термин?

Г-н Клод и его ученики говорят нам: «Мы убеждены, с одной стороны, в клиническом существовании раннего слабоумия типа Мореля, имеющего органический субстрат, а с другой стороны, в клиническом существовании шизофрении, но шизофрении, особым образом разжиженной: действительно, из четырех форм шизофрении, описанной Блейлером, мы сохраняем прежде всего

термин *простая шизофрения*, куда включаем индивидов, называемых нами *шизоманы*, которым еще не поставлен диагноз «подтвержденная шизофрения».

Не входя глубоко в полемику относительно клинических границ шизофрении, мы хотели бы привлечь внимание к следующим моментам.

Для Блейлера шизофрения является заболеванием органического характера. Она связана не с состоянием, а со специфическим *процессом*, способным эволюционировать и демонстрировать все стадии, от самых легких до самых тяжелых. Вследствие этого всякое нарушение шизофренического типа, когда оно выходит за рамки обычного поведения, обусловленного конституцией, является уже шизофренией, а патологическое состояние, способное превратиться в «подтвержденную шизофрению», не может не иметь шизофренической природы.

Что же касается сведения шизофрении к ее простой форме с исключением всех иных форм, то мы ни на секунду не могли бы этого допустить. Разве это не полное непонимание концепции Блейлера, состоящей прежде всего в придании прежнему понятию *раннего слабоумия* новой, плодотворной в теоретическом и практическом плане ориентации? Не нужно отступать назад и оставлять уже завоеванную территорию. И если бы действительно существовало достаточное основание для отделения простой формы шизофрении от других форм этого заболевания, мы бы без колебаний отказались от нее, чтобы сохранить в более тяжелых, более «безумных» формах все то, что есть живого и полезного в концепции «шизофрении». В последнем издании своего учебника г-н Рог де Фюрсак добавляет термин «шизофрения» к понятию гебефренокататонии. Тем самым он остается верным мысли Блейлера.

Но, по сути, расчленение указанным выше образом понятия шизофрении на простую шизофрению, с одной стороны, и на гебефренокататонию и параноидную форму, с другой стороны, едва ли мыслимо при наличии клинических фактов, собранных в этой области Блейлером. Блейлер придает лишь относительное значение обычной классификации шизофрении в ее четырех формах (простой, кататонической, гебефренической и параноидной). Он пишет, что среди этих форм нет «естественных границ». У всякого

больного, имевшего диагноз простой шизофрении, в любой момент может случиться приступ гебефренокататонического возбуждения. А состояние всякого больного, подверженного гебефренокататонии, может улучшиться, и в этот период он может демонстрировать симптомы простой шизофрении. Перечитывая опубликованные г-ном Клодом и его учениками отчеты о наблюдениях «шизоманов», мы находим почти у всех (по крайней мере, в определенные моменты их психотической эволюции) множество симптомов гебефренокататонического ряда, вплоть до самых тяжелых и порой очень длительных. Даже пациент, описанный выше как простой шизоман, демонстрировал в один из моментов своей жизни психические нарушения, намного превосходящие простое несоответствие интеллектуальной и практической деятельности (инцидент в Л.) и до сего дня занимающие определенное место в его психизме.

Что касается меня, то, проследив эволюцию понятия «шизомания», я не могу не считать, что с клинической точки зрения оно дублирует понятие «шизофрения». Очевидно, это никак не мешает тому, что выявленные с его помощью факты обогащают наши знания о психопатологии заболевания.

Патологические сожаления. Интеррогативная установка

Прежде чем формулировать общее заключение, я хотел бы привести здесь выдержки из двух наблюдений, которые я имел случай опубликовать раньше. Одна работа называется «Патологические сожаления. К изучению шизофренических установок» (*Les regrets morbides. Contribution à l'étude des attitudes schizophréniques*)*, а другая, написанная совместно с г-ном Р.Таргоула (*R. Targowla*), вышла под заголовком «К изучению аутизма (интеррогативная установка)» (*Contribution à l'étude de l'autisme. (L'attitude interrogative)*)**. Начнем с первой статьи.

Речь идет о больной сорока семи лет, которая замужем и имеет дочь двадцати лет. Два с половиной года тому назад она была

* *Annales médico-psychol.*, novembre 1925.

** *Annales médico-psychol.*, mai 1923.

прооперирована по поводу фибромы. Через год после операции появились первые психические нарушения. Больная утверждала, что на улице ее преследуют. Эта идея затем пропала, но появились другие патологические проявления. Больная начала видеть образы, в частности, девочку, с которой училась за сорок лет до этого в школе. Иногда у нее бывали приступы нервного возбуждения. В эти периоды она бросала на землю все, что попадало под руку, выкрикивала ругательства и пыталась нанести себе повреждения. Вне таких периодов она казалась погруженной в свои мысли. У нас была возможность наблюдать эту больную в течение шести недель в одной из психиатрических лечебниц.

Мягкая и послушная, она не проявляла тоски, не изъявляла никаких желаний. Ничего не говорила по своей инициативе и, казалось, была полностью равнодушна к окружающему миру, а также к своей собственной судьбе.

Иногда рано утром в неполаженное время, перед первым завтраком, она спускается в сад в домашнем халате и туфлях. Иногда она несколько раз поднимается и спускается по лестнице без какой-либо видимой причины. В саду, ни с кем не общаясь, она сидит в каком-нибудь уголке, ни к чему не проявляя интереса. Покидая лечебницу, она никому из больных не сказала ни слова на прощание.

Во время визита врача больная почти ничего не говорит по своему побуждению. Она только отвечает на вопросы, но ответы кратки, неясны, очень часто противоречивы.

На мой взгляд, она сохраняет имперсональную психологическую установку. Только один раз — это было в конце ее пребывания в стационаре — она, видя мой озабоченный вид, сказала с улыбкой: «Доктор, Вы слишком много размышляете». Другой раз, в тот же период времени, когда я уезжал на несколько дней, она заявила мне после моего возвращения, что злые люди сказали ей, будто я больше сюда не вернусь. Это все за шесть недель. Однако в этот момент у меня создалось впечатление, что мне удалось установить с больной эмоциональный контакт.

Эта больная демонстрировала визуальные и аудитивные психо-сенсорные нарушения.

Еще до помещения в стационар она слышала голоса людей, которые приходили к ней и просили за них помолиться. В своем воображении она видела одного человека, которого не терпела из-за причиненного им когда-то зла, а также маленькую девочку, которая училась с ней в школе и всегда стремилась причинить ей боль. Она видела их, потому что думала обо всем этом. Она также слышала, что некто М. должен был жениться на ее дочери. Этот человек был ей навязан и недостойно попрекал ее. Относительно него больная дает столь неточные и противоречивые сведения, так путает его с другими людьми, что возникает вопрос относительно реальности его существования.

В стационаре она продолжает ощущать присутствие разных людей вокруг себя. Этой ночью она их видела, они пришли к ней в комнату. Один из них сказал ей, что ждет ее, что она должна быть с ним. Она его не знает, но считает отвратительным. Он хочет подчинить ее своей воле, делать с ней то, что пожелает. Он был убит в начале войны, и его семья предпринимала меры, чтобы возвратить его тело.

Симптомы, о которых мы говорили, не только сохраняются, но и умножаются. Мы часто видим нашу пациентку в кровати с головой, покрытой простыней. Она прячется от злых людей, приближающихся к ней. Очень часто во время беседы, даже когда речь идет совершенно о другом предмете, она останавливается и объявляет, что видит рядом злых людей. То это мерзкая женщина, читающая «Отче наш», то отвратительный тип, о котором она рассказывала, то личность, которая вызывает у нее отвращение и смеется над ней. Она не желает, чтобы эта женщина приходила, эта женщина, разрушившая «идеальный союз».

Больная говорит, что эти люди неосязаемы. Но она показывает на полу точное место, где они якобы стояли. В других случаях, напротив, она считает, что они находятся внутри нее.

Она видит субъекта, который ждет ее, чтобы продать торговцам женщинами. Она также видит девочку, которую ненавидит (эти

слова сопровождаются настоящим эмоциональным взрывом, как если бы речь шла о реальном событии). Она была в таком отчаянии от всего этого, что хотела утопиться.

Все эти люди вмешиваются в ее дела, и это ее раздражает. Она не хочет, чтобы ею так командовали. Она еще не в могиле, но, наверное, там скоро окажется. Сейчас ей нужно лежать с закрытыми глазами, накрывшись и совершенно не двигаясь. Это те, кто должен был остаться в земле и не приходиться сюда. Для нее это умершие люди.

Таковы ее психосенсорные нарушения. Однако наблюдения показывают, что эти симптомы очень часто смешиваются с проявлениями, которые кажутся нормальными, хотя и имеют некоторую специфику. Это обстоятельство придает данному случаю особый характер, о котором мы будем говорить ниже.

Мы выбрали из наших записей несколько отрывков, иллюстрирующих особенность, которую нам хотелось продемонстрировать.

27 марта. Вопрос: У Вас было много огорчений в жизни? Ответ: О, да! В.: Какие же? О.: Я опасалась, что моя дочь выйдет замуж неудачно, за плохого человека. Существо, которое мне отвратительно, оно ненавидело мою семью. В.: У Вас были неприятности и до болезни? О.: О, да! Страдания, которые я хотела забыть. В.: Какие страдания? О.: Страдания жизни. В.: Какие же? О.: Я не могу говорить об этом (отворачивает лицо). В.: До замужества? О.: Да. В.: Вы любили? О.: Да, я думала, что смогу забыть. Я вижу злых людей около меня. В.: Сколько лет Вам было? О.: Мне было восемнадцать.

Затем мы узнаем, что больная стала любовницей мужчины, которого любила. И одна женщина, ее подруга, сделала все, чтобы их разлучить. Больная потом вышла замуж в возрасте двадцати трех лет.

28 марта. Больная сожалеет, что вышла замуж. В.: Почему? О.: Я не должна была это делать. В.: Почему? О.: Не могу сказать. Я думала, что смогу забыть. В.: Что? Прежние отношения? О.: Я этого не сказала. Я хранила это для себя. Эта девочка, она опять возвращается, она пристает ко мне, я вижу ее,

я вижу, она хочет посмеяться надо мной. В.: Вы были счастливы со своим мужем? О.: Он рабочий. В.: Но все же? О.: Одно только, у меня всегда была эта идея. В.: Какая? О.: Эта первая идея, пришедшая мне в голову. Забыть это невозможно. Я вижу злых людей.

К концу беседы мы еще раз возвращаемся к ее любовнику. Вот что она сказала. Она не хотела так жить. Она попросила подругу сказать ее любовнику, что она боится быть покинутой и хочет выйти за него замуж. Она не знает, как подруга повернула дело, но с тех пор она больше не видела этого человека. Она видела его, но это было очень странно. Ее отец узнал об этом и ругал ее. Вот почему она не может больше жить. Она хотела бы избавить свою дочь от подобного.

30 марта. В.: Расскажите о Вашем прошлом. О.: Мое прошлое, мое прошлое... Оно не было таким уж хорошим. В.: Почему? О.: Мне не нравилось там, где я была. В.: Где именно? О.: Там, где я живу. Мне там совсем не нравилось. Так как знали, что я несерьезна, меня изводили. Я не могу продолжать, поскольку вижу плохих людей, которые слушают то, что я говорю.

Затем больная рассказала: «Вот как это произошло. Во время войны я жила одна со своей дочерью. Когда моего мужа не было, ходила в церковь, чтобы молиться. Но я не должна была этого делать из-за моего прошлого. Мой союз с мужем был нелогичен, а я ходила в церковь и ничего не сказала... У моей дочери была святая вода, я плеснула ее на себя, чтобы иметь защиту, и теперь я постоянно вижу эту сцену. Надо мной смеялись... Моя дочь упрекала меня, что она осталась одна из-за меня...» Потом больная сама начала говорить о своих сожалениях. «Я очень сожалею, что было так, что у меня был любовник. Впрочем, он, должно быть, тоже сожалеет. Я хотела стать его женой, а не жить так. Мне не следовало говорить с Вами об этом. Я не хочу, чтобы эта женщина возвращалась, женщина, которая расстроила такой замечательный союз. Когда он меня покинул, у меня не осталось мужества жить дальше, исчез вкус к жизни. О, я вижу этого мерзкого типа, который подслушивает».

Эти сожаления и угрызения совести постоянно повторялись в ежедневных беседах, и не потому, что мы настаивали именно на этих моментах. Больная сама все время возвращалась к ним. И постепенно становилось все заметнее, что она вообще предпочитает придавать своей мысли форму сожалений. Отметим в связи с этим еще несколько деталей.

Она жалела, что до замужества не вникала в различие вкусов, которое было у нее с мужем. Она была слишком сосредоточена на своих идеях. Ей следовало быть более общительной. Она слишком печалилась и замыкалась в своей боли. Если бы она это знала, то сразу же все прекратила. Она сожалеет, что сблизилась со своим любовником.

Вчера, — говорит нам она, — муж упрекал ее за то, что у нее не было обручального кольца. За два месяца до этого она выбросила его в приступе ярости.

Однажды больная написала на клочке бумаги: вначале я любила своего мужа и отдала ему каплю своей крови, потому что боялась, что он перестанет меня любить. В.: Как так? О.: Мне говорили, что для того чтобы не утратить расположение человека, надо добавить ему в питье каплю своей крови. У меня не было больше веры в его любовь. Мне нужно было уехать, не оставаться с мужем.

Еще больная рассказала нам, что, когда ей было двенадцать лет, одна девочка, играя, сломала ей два зуба. Эти зубы были вырваны и заменены искусственными. Больная добавляет: Мне не нужно было вырывать эти зубы. Я вынуждена была терпеть то, что было не моим (искусственные зубы).

Эта девочка не была той, которую она видела в начале болезни. В.: Почему Вы так много думали о другой Вашей соученице? О.: Я видела их всех. Эта была самой злой. Я и сейчас ее вижу. Она была очень злой. Мне было шесть или семь лет тогда. Это самое отвратительное свойство моих мыслей — я вижу этих людей, потому что они были злыми.

Один раз больная сказала нам, что утром она спустилась в сад, но потом пожалела об этом.

Как-то раз мы говорили о ее семье. Она сказала, что детство у нее было не слишком счастливое. Она рано потеряла мать. Ее отец был строг к ней, так как не хотел, чтобы она сбилась с пути. Вся ее семья — отец, брат и сестра — была против нее, когда они узнали о ее связи.

В.: У Вас были хорошие отношения с братом и сестрой? О.: О, нет, совсем нет. В.: Почему? О.: У нас были разные вкусы. Я была очень сдержанная. Я не могла говорить с отцом о некоторых вещах. В.: Но сейчас Вы в хороших отношениях с ними? О.: Они не поддержали меня тогда и остались такими же.

Затем без какого-либо перехода она добавляет: «Нужно, чтобы я Вам все рассказала, не правда ли? Я немного кокетка. С их точки зрения, слишком» (демонстрирует живую мимику, краснеет и прячет лицо, подобно молодой девушке, которой сделали упрек за незначительную ошибку).

Несколько дней спустя она вновь заговорила о своем кокетстве. Она сказала нам, что после того как заболела, ей неприятно подниматься в магазин на втором этаже. В качестве причины она указывает на то, что немало тратила на туалеты, за что муж иногда ворчал на нее.

Другой раз она рассказала нам о «страшной печали», которую она испытала, видя, что соседи строят дом, из которого они могли видеть то, что происходило у нее. Она воспринимала это очень болезненно, так как ощущала себя не дома. Затем она добавила: «Когда я была дома, то все время ела сахар, шоколад и конфеты. А эти люди смотрели. В.: Вы гурманка? О.: Да (демонстрирует детские гримасы и поведение).

В ее речи перемешаны важные вещи и пустяки. Но, по сути, это всегда сожаления, упреки, угрызения совести, мучительные воспоминания.

На вопрос, о чем она думает, больная отвечает: «Я сожалею». Она сожалеет, что вышла замуж, что слишком долго оставалась дома, что слишком много размышляла. У нее нет больше друзей, нет никого. Она пребывает одна в своей тоске и слишком замкнулась в своей боли. Ей не следовало это делать.

У нее были «невозможные» сны. Однажды ей снилось, что она дома и что весь пол покрыт битым стеклом. Там еще был некий человек, желавший зла владелице дома. В.: Что означает этот сон? О.: Я хотела бы, чтобы все было сломано. Я не хочу туда возвращаться. Я хочу, чтобы там все осталось неухоженным, нетронутым.

Больная живет одним только прошлым. Однако она проявляет некоторое беспокойство о том, что, очевидно, относится к настоящему. Из сказанного ею следует, что это связано с ее дочерью. Она очень часто возвращается к этой теме. Но если посмотреть внимательнее, то можно заметить, что она постоянно ассоциирует себя с дочерью, меняется с ней местами, идентифицирует себя с ней, проектируя на нее собственные сожаления, преобразуя их в связанные с дочерью опасения. Она видит, что дочь выросла, одинока, и она боится за нее.

Другой раз больная опять заговорила об М. Она сказала, что у него дурные намерения в отношении ее дочери и ее самой. В любой ситуации она (больная говорит о себе) его бы не хотела. Он абсолютно к ней равнодушен. Она боится, что все это обернется плохо для ее дочери, как это было с ней самой.

Так больная продолжает пребывать в своем прошлом, которое она хотела бы «поломать и уничтожить», как она видела это в своем сне. Ее настоящее является, по существу, лишь отражением ее прошлого. Что касается будущего, о котором мы еще не говорили, то оно представляется ей совершенно пустым. Для себя она впереди ничего не видит.

«Теперь все кончено, — повторяла она нам не один раз, — для меня жизнь закончилась». Ее жизнь бесполезна. Она видит, что ее жизнь остановилась. Все кончено. Будущего у нее нет.

Когда мы спрашиваем у больной, желает ли она чего-то, она отвечает: «Я ничего не вижу теперь, совсем ничего. Я не вижу себя в будущем».

Теперь она больше никуда не выходит. Ей кажется, что она увязла в земле, что она в могиле. Все кончено, она видит перед собой вечность. Ей кажется, что она живет с теми, кого нет.

Таковы сведения, собранные во время долгих расспросов. Попробуем их проанализировать.

Прежде всего перечислим имеющиеся у больной симптомы: безразличие, отсутствие желаний и инициативы, эмоционального контакта, короткие ассоциации, неясное, расплывчатое и иногда противоречивое мышление, беспорядочные действия, психосенсорные, визуальные, слуховые и, вероятно, кинестетические нарушения иногда императивного характера, смутные идеи преследования, представление о собственной смерти и о жизни среди тех, кого уже нет.

Совокупность этих симптомов позволяет поставить диагноз шизофрении.

С одной стороны, отсутствие перспективы, упадок жизненного порыва подтверждают этот диагноз. Будущее для этой больной не существует. Ее жизнь остановилась. Перед ней пустота. Она безразлична к настоящему, так как реальность присутствует в ее жизни лишь в форме галлюцинаций или в форме заботы о дочери, с которой она отождествляет себя, проектируя на нее свое собственное прошлое.

С другой стороны, мы постоянно видим, что в ее высказываниях присутствуют лица, сыгравшие важную роль в ее жизни, а также события, оставившие тягостные воспоминания, такие как любовная связь до замужества, оставившая горький осадок в ее душе, разочарование в браке, опасения, что ее дочь испытает те же несчастья, что были у нее в молодости. Несмотря на трудности с установлением подлинной идентичности лиц, присутствующих в ее галлюцинациях, можно сказать, что они также имеют отношение к прошлому больной, как, например, ее старая подруга, которую она обвиняет в разрушении «идеального союза». Эти эмоциональные факторы проявляются также в ее символических жестах, таких как выбрасывание обручального кольца. Тем самым вырисовываются некоторые психопатологические вехи ее биографии и основные черты содержания ее психоза. Вероятно, со временем можно будет глубже изучить данный случай с этой точки зрения. Однако при этом существует риск упустить из виду другие важные проблемы.

Ни перечисление симптомов, ни изучение комплексов само по себе не дадут исчерпывающего описания имеющейся перед нами

картины. До сих пор от нашего внимания ускользал один важный элемент. Мы имеем в виду особую *установку* нашей больной. Постараемся это показать.

Было нетрудно заметить, что *больная живет только в прошлом*. Это прошлое присутствует в ее психизме в форме *сожалений, адресованных самой себе упреков, мучительных воспоминаний*.

Фразы «я не должна была», «я ошибалась» без конца повторяются в ее высказываниях. А когда она вспоминает о своем детстве, то в ее памяти лучше всего зафиксировался образ той, кто больше всех причинял ей страдания, она много думает об этом и потому начинает видеть ее.

Когда больная говорит о прошлом (а, по сути, она говорит только о прошлом), она делает это прежде всего в форме сожалений. Эти сожаления относятся ко всему. Можно сказать, что это единственный способ, которым она может еще связывать себя с событиями своей внутренней жизни и вообще с реальностью. Она сожалеет и о своей любовной связи, и о замужестве, и о попытке сохранить дружбу с мужем с помощью капли крови, добавленной в предназначенный ему напиток, и о молитвах за него во время войны. Но также она сожалеет о том, что скрывала наличие двух искусственных зубов и о том, что на протяжении все жизни была слишком закрытой и потому одинокой. То же чувство она испытывает по отношению к своим состриженным волосам и к тому, что спустилась в сад в платье, которое ей не нравилось. Ее сожаления распространяются равным образом на все, что она говорит, без каких-либо нюансов. Уже одно это придает психизму нашей больной особую ригидность и позволяет предположить, что речь здесь идет о глубоко патологической установке, придающей особую окраску всей психической деятельности больной, а не о нормальной реакции, вызванной мучительными воспоминаниями.

Можно даже сказать, что эти сожаления продолжают в настоящее в форме галлюцинаторных образов, которые занимают место безразличной для нее реальности и преследуют ее как фурии, верные спутницы упреков и мучительных видений прошлого.

Другие обстоятельства подтверждают это мнение. Больная живет в своем прошлом, но мы не находим в ее высказываниях

последовательности воспоминаний, которая могла бы послужить основой живого и образного повествования. Даже важные события, о которых она говорит, не обогащаются в беседах с ней новыми деталями. Можно сказать, что все ее сожаления связаны с некоторыми моментами ее жизни, о которых она говорит довольно абстрактно, монотонно и стереотипно. Вместо того чтобы вызвать в нас чувство сострадания, они, в конце концов, становятся нам непонятны.

Так происходит потому, что эти сожаления, по существу, не стремятся ни к какой цели. В нормальной жизни мы говорим: «Ах, если бы только я не сделал того и того!» Подобные слова всегда сопровождаются неявно выраженным желанием, чтобы нынешняя ситуация была иной. Но именно этого недостает нашей больной. Мы знаем, что она сожалеет, но у нас нет впечатления, что она хочет, чтобы вместо этого было нечто другое. У нас сожаления всегда сохраняют некоторый контакт с настоящим и будущим, и подобно тому как патологический фантазер разрывает связи, соединяющие мечты с практической деятельностью, точно так же у нашей больной сожаления становятся сами по себе целью, и потому существуют вне жизни.

Можно сказать, что наша больная страдает «гиперплазией» прошлого. У нее отсутствует перспектива, в которой мы всегда рассматриваем прошедшее с точки зрения настоящего. Она ведет себя так, как будто время не течет. Говоря о сестре и брате, она рассказывает нам, что они не поддерживали ее двадцать лет тому назад, и что она *видит их всегда одними и теми же*. Таким образом, она видит только ряд фрагментов своего прошлого, как будто с тех пор ничего не изменилось. Она говорит нам о своих слабостях, гурманстве и кокетстве, за которые ее попрекали в детстве, дополняя свой рассказ выразительной мимикой, странно напоминающей мимику девочки, уличенной в каком-то проступке. Некоторые сказали бы, что это обращение к прошлому, продиктованное желанием уйти от невзгод настоящего, обратившись к более счастливым периодам прошлой жизни. Однако, насколько можно судить, это настоящее не представляется ей таким уж плохим, а прошлое столь уж счастливым, чтобы оправдать такую точку зрения. Не будет ли ближе к истине предположить, что больная,

утратившая контакт с реальностью, будучи неспособна соединить прошлое с настоящим, цепляется за это прошлое и живет им, как если бы оно имело то же значение, что и настоящее? Не в этом ли причина и гипермнезии некоторых шизофреников?

Мы говорим о сожалениях нашей пациентки, так как этот феномен, по-видимому, доминировал во всей ее психической жизни, и квалифицируем эти сожаления как патологические из-за их фиксированности, неподвижности и бесплодности.

Это объясняет, почему больная почти с самого начала без видимого сопротивления рассказывала о некоторых эмоционально тяжелых для нее событиях прошлой жизни. Но диапазон этих признаний ограничен. По мере углубления нашего анализа этого случая мы пришли к выводу, что сожаления больной вызваны не событиями прошлого, о которых она говорит, но представляют собой особую патологическую установку, фиксированную на некоторых моментах этого прошлого.

Мы видим, что и здесь появляется понятие *патологической установки*.

Введение этого понятия знаменует собой новый этап в психологическом анализе нашей больной. Именно ему мы обязаны прогрессом в понимании патологической личности пациентки в ходе проведенных наблюдений. Вначале перед нами предстала картина глубокого распада личности, множество приведенных выше клинических симптомов. Затем в некоторый момент возникло представление о специфической установке. Как мы видели, эта установка, будучи патологической, допускает, тем не менее, сближение с феноменом нормальной жизни, а именно с сожалениями о прошлом. Неожиданно личность больной обрела более близкий нам, если можно так выразиться, более человеческий аспект. Мы как бы открыли дверь в ее психизм, поняли, какие вопросы следует ей задавать, чтобы получать более осмысленные ответы, нашли точку соприкосновения между нашей и ее жизнью. Контакт с ней стал лучше.

Здесь полезно заметить, что при этом не шла речь об углублении понимания содержания ее психоза, ибо в силу однообразия и ригидности сожалений нашей пациентки у нас не было какого-то прогресса в этом направлении. Но именно существование особой

психической установки позволило нам, по крайней мере, до некоторой степени приспособиться к больной и установить с ней связь. Эта связь была хрупкой и поверхностной, но это было лучше, чем полное отсутствие контакта.

Здесь нельзя не вспомнить об одной больной, о которой рассказывал Блейлер. Уже давно она совершала однообразные действия, смутно напоминающие танец. От нее невозможно было получить каких-либо ответов на поставленные вопросы. Однажды Блейлер выполнил перед ней аналогичные движения. После этого больная вышла из состояния мутизма и вполне адекватно ответила на несколько вопросов. Мы поступили аналогично с нашей больной с той только разницей, что вместо моторики воспользовались психическим феноменом — сожалениями. Тем самым установилась параллель между психическим поведением шизофренической природы и психомоторными стереотипами.

Перейдем теперь к другому случаю, который мы позволили себе здесь представить под названием интеррогативной установки, особой формы, в которой может проявляться утрата контакта с окружением. Мы приведем здесь наши наблюдения вместе с комментариями к ним.

Поль С., лицеист семнадцати лет, развивался нормально. Как сообщили его родители, он преуспевал в учебе и проявлял явно выраженную склонность к живописи. Он посвящал ей весь свой досуг. Имея очень правдивый характер, не был способен ни на малейшую ложь. Обычно он был замкнут и мало общался с соучениками. Имел уравновешенный характер, очень любил точность, всегда стремился к более глубокому пониманию вещей. Эта черта всеми отмечалась как одно из его качеств. В целом, Поля считали уверенным в себе, не по годам развитым молодым человеком.

Начало его движения к нынешнему состоянию началось около девяти месяцев тому назад. Поль стал жаловаться на недостаток энергии и моральную усталость. Некоторое время до этого его начали беспокоить вопросы сексуального характера. Он стал расспрашивать отца, обнаружив в этом свою полную неосведомленность в этих вопросах. Последний триместр в лицее

он учился посредственно. Затем он полностью прекратил учебу. В это время он начинает контролировать свои действия, например, по нескольку раз проверять, что он закрыл двери. Все его действия стали крайне медленными. Например, для того чтобы положить перед сном платок на головной валик кровати, ему требовалось иногда больше часа. Он объяснял это тем, что должен быть уверен, что платок нисколько не выступает за пределы валика. Затем последовало быстрое ухудшение: совершая туалет, он начинал крутить туда-сюда пуговицы одежды, будучи неспособен их расстегнуть. В конечном итоге его родители были вынуждены одевать и раздевать его сами. Еда продолжалась бесконечно долго. Он без конца проверял тарелки, салфетки, ложки и вилки. Он стал часами оставаться в туалете. Родители поместили его в Службу профилактики психических заболеваний, где мы имели возможность его наблюдать.

Однажды мы спросили его, почему он целые часы проводит в туалете. Вот текстуально его ответ:

«Когда я должен идти в туалет, то сначала смотрю на часы, чтобы не оставаться там слишком долго. Требуется некоторое время, чтобы узнать, который час. Я внимательно смотрю, как расположены стрелки. Часовая стрелка не всегда располагается точно посередине между двумя соседними цифрами, как это должно быть, когда проходит полчаса. Эта констатация является для меня поводом для сомнений. Я должен быть уверен в том, который сейчас час. Если часовая стрелка немного дальше или ближе того места, где она должна быть по отношению к минутной стрелке, я перестаю быть уверенным во всем. Вот в чем все дело. Прежде чем войти в туалет, напротив двери я нахожу метелку из перьев для подметания пола. Теперь я нахожу, что эта метелка длиннее обычного. В других случаях она казалась мне короче. Я знаю, что предмет, виденный несколько раз, кажется менее примечательным, чем вначале. Но все же я спрашиваю себя, не стала ли метелка длиннее или короче. Каждый раз, когда я ее вижу, я задаю себе этот вопрос. Войдя в туалет, я не уверен, что закрыл дверь. Затем я смотрю на форточку и оцениваю возможность потока воздуха. Я несколько раз

дергаю ручку двери, чтобы убедиться, что дверь заперта. Затем, поскольку дверь закрыта плохо, я осматриваю сверху донизу оставшуюся щель. Я смотрю, является ли интенсивность света, проходящего через щель, той же, что и обычно. Иногда она мне кажется недостаточной, а иногда чрезмерной. Это может зависеть от освещения, но тогда я хочу в точности знать соотношение тонов, как если бы я хотел написать картину. Затем я смотрю на маленький гвоздь в двери, который я заметил сначала. Картинка на нем больше не висит, но от нее осталась тонкая каемка. Я смотрю на дверь и задаю себе вопрос, видно ли меня. В сущности, мне не важно, видно ли меня. Я из принципа должен удостовериться в этом и думаю об этом».

Поведение Поля напоминает сначала поведение страдающего фобиями или навязчивыми состояниями. Он сам говорит о мании и навязчивых состояниях.

Более детальное наблюдение заставляет нас полностью изменить точку зрения.

С самого начала мы констатируем, что *эмоциональный элемент* полностью отсутствует. Поль, рассказывая о своих психических расстройствах, не испытывает тревоги. Он, как кажется, пребывает в состоянии особой инертности. Порой можно сказать, что он рассказывает нам не о себе, а о каком-то другом человеке. Когда противятся его патологическим привычкам, он не меняет своего поведения. Дома он каждый день долго рассматривал трое настенных часов, чтобы убедиться, что они показывают в точности одно и то же время. В конце концов его родители занавесили циферблаты двух из них. Поль никак не отреагировал на это и переключился на другое.

Поведение Поля отличается и другими чертами от больного, страдающего навязчивыми идеями. У него не только отсутствует эмоциональный фактор, но и почти полностью утрачен *личный элемент*. Вопросы, которые он себе задает, касаются прежде всего *объективного порядка* вещей — точности часов, длины метелки, ширины каемки и т. п. У него присутствует элемент «сомнения», но он отнюдь не доминирует в ситуации, появляясь лишь как одна из модальностей его образа действий. Этот образ действий — и это тоже важно — не ограничен какой-то группой

восприятий или идей, но неизменно наблюдается вне зависимости от конкретных обстоятельств*.

Поль сам говорил нам, что «это дело случая». Если его внимание случайно коснулось какого-то предмета, он обречен заниматься им часами. Например, вчера вечером один больной упомянул вскользь слово «потаскушки». Он тотчас был атакован серией вопросов: это плохие женщины, порочные женщины, женщины, которые отдаются всем? Религия их осуждает? Когда Поль слышит о чем-то или о чем-то читает, он с самого начала «приговорен»: идея обосновывается у него в мозгу и больше уже не отпускает его. Он совершенно не может читать. Он привязывается к одному слову, к одной букве, но не к смыслу фразы. Он проверяет, есть ли все точки над *i*, поставлены ли ударения там, где это надо, имеют ли буквы везде одну и ту же форму. Потом он ищет этимологию какого-нибудь слова. После этого ему приходит в голову, что другое слово напоминает ему предыдущее, но имеет другой смысл. «Все это, наконец, заставляет его думать о грустном, о его навязчивых идеях». В другой раз Поль заявляет нам, что «прекратит задаваться вопросами, когда исчерпает их все», как если бы такое было возможно.

Приведем еще один пример. Проведя в стационаре четыре недели, Поль вернулся домой. Там он начал изводить родителей вопросами. Вот что он сам рассказал нам по этому поводу:

Дома я без конца задаю вопросы. Моя мать должна отвечать на них целый день. Эти вопросы касаются предметов, которые я вижу перед собой, а также различных деталей этих предметов. Так, я спрашиваю у матери, меняет ли она постельное белье каждые восемь дней. Я спрашиваю это, чтобы знать, — меня побуждает задать этот вопрос сравнение с тем, как это было в клинике, где меняли белье каждую неделю. Я должен сосредотачиваться на всех вопросах, приходящих мне в голову. Когда мне нужно сесть в кресло, я должен знать, как и из чего оно сделано, из тростника или соломы, прочно ли оно, не может ли оно поломаться? Нужно

* С этой точки зрения наш больной удивительно напоминает патологического «геометра», описанного в гл. II. Следует отметить, что Поля также занимают только предметы, но не люди.

стремиться знать все, что попадаетея нам на глаза. Когда сидишь в кресле, логично знать, на чем сидишь, знать подробности его изготовления. Прежде меня не интересовали все эти детали, но теперь я задаю вопросы обо всем, что передо мной, и нахожу это совершенно естественным.

Таким образом, нарушение, которым страдает Поль, вырисовывается все яснее. Речь идет о патологической установке по отношению к реальности в целом, установке пассивной, которая характеризуется вопросами, задаваемыми без конца обо всем, что находится перед его глазами, и обо всех идеях, приходящих ему в голову.

Можно сказать, что единственное, что еще соединяет его с событиями, людьми и предметами окружающей среды, это феномен вопрошания. Только в этой специфической форме он способен зафиксировать то, что воспринимает из внешнего мира. В этом смысле мы говорим здесь об *установке вопрошания**.

Термин «любопытство» кажется нам здесь неуместным. Любопытство влечет за собой желание что-то знать. Но подобного желания нет у нашего пациента. В сущности, поведение Поля характеризуется главным образом бесконечным задаванием вопросов. Поэтому выражение «интеррогативная установка» нам представляется более уместным.

Нормальный феномен, вопрошание, здесь освобожден от связей, которые, соединяя его с другими факторами, позволяют ему играть его подлинную роль в нормальной жизни. Здесь он приобретает патологическую автономию и определяет описанное нами патологическое поведение.

Какова же модификация контакта с окружением, приводящая к интеррогативной установке? Особенность всякой личности определяется прежде всего ее желаниями, преследуемыми целями, принятыми решениями, наконец, ее поступками. И именно

* По причинам, изложенным выше, мне кажется предпочтительнее говорить в этом случае об интеррогативной установке, а не о навязчивом вопрошании. Я хотел бы напомнить здесь о мемуаре Реймона и Арно (Reymond et Arnaud, «Sur certain cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements», *Annales médico-psychologiques*, 1892).

с помощью этих факторов она пытается интегрировать себя в реальность, сохраняя при этом свои индивидуальные черты. С этой точки зрения другие факторы жизни подчинены деятельности сознания. Попытаемся определить в этом плане феномен вопрошания. В вопрошании есть нечто незавершенное, ибо оно обычно предполагает последующий ответ. В этом смысле оно отстоит от действия дальше, чем, например, утверждение. Последнее всегда находится между вопросом и действием, которое может последовать за вопросом. Там, где вопрошание приобретает патологическую автономию и определяет все поведение индивида, у нас возникает ясное ощущение *отступления* от реальности. Наш больной, полностью занятый внешними вещами, не преследует при этом никакой реальной цели, он тонет в вопросах. Можно сказать, что он тем самым укрылся на позициях, наиболее удаленных от действия и реальности.

Это отступление от реальности проявляется не только в выборе феномена, определяющего теперь поведение нашего больного. Мы находим его и в том, как он ставит вопросы, и в том, как он соединяет друг с другом. *Прагматическое* значение событий и вещей для него не существует. Он, в сущности, стремится только расширить поле заданных вопросов и начинает применять абстрактные нормы к тому, к чему они не имеют никакого отношения. Математическая точность, очень полезная в других сферах, неизбежно ведет к абсурду, если мы делаем ее правилом повседневной жизни. Но Поль ищет ее повсюду. Он доводит до крайности свое вопрошающее поведение. Он никогда не допускает в разговорах при нем использование таких сочетаний, как «ну, вроде...», «наподобие», «как то бишь его...», не начав тут же забрасывать своих домашних уточняющими вопросами. И не успокаивается, пока эти слова не будут заменены более точными выражениями. Перед тем как ложиться спать, он долго спрашивает себя, точно ли посередине кровати лежит подушка. Мы только что видели, какое значение он придает знанию, находится ли часовая стрелка там, где она должна быть, по отношению к минутной или показывают ли трое настенных часов в доме в точности одно и то же время. Рассматривая свою тарелку, он обнаруживает на ней маленькие черные точки и спрашивает себя, являются ли они производственным браком

или это остатки пищи. Тогда он начинает бесконечные попытки убрать их с помощью вилки. В аналогичной ситуации мы очень быстро после нескольких попыток приходим к определенному эмпирическому выводу и начинаем заниматься чем-то другим. Он же продолжает без конца царапать вилкой свою тарелку. Он говорит себе, что если ему не удалось до сих пор удалить черную точку, то это не значит, что ему не удастся сделать это при следующей попытке. Таким образом, он демонстрирует глубокое нарушение практического мышления, которое может нормально функционировать только при непосредственном контакте с реальностью: оно в каждый момент ставит новые цели, ограничивает время, которое мы можем потратить на достижение каждой из них, являя тем самым все значение опытной достоверности. Существует огромная разница между «быть едва не задетым автомобилем» и «быть сбитым автомобилем». Поль видит здесь только геометрическую разницу в несколько сантиметров, иногда «на волосок». Она столь мала, что он ею пренебрегает. И в тот день, когда автомобиль проехал совсем рядом с ним, он долго занимался всеми следствиями, которыми могло быть чревато это происшествие, как если бы они произошли на самом деле. У него отсутствует необходимая перспектива, чтобы оценить истинное значение огромной дистанции, отделяющей мир возможностей от мира реальностей.

Теперь мы видим, что мышление Поля не стремится интегрироваться в реальность. Перед нами одна из форм аутизма. Действительно, мысль Поля не прячется, как это часто бывает, в чисто воображаемом мире. Она занимается внешними предметами, но делает это в вопиющем противоречии с потребностями жизни. Отсюда следует полный хаос в действиях и поведении больного. Но здесь речь не идет об ослаблении собственно интеллекта. Родители Поля подтверждают это мнение. Они удивляются, что иногда он как прежде рассуждает о серьезных вещах, и находят даже знаменательное выражение для описания его состояния: «Можно подумать, что в нем существуют две личности». Выражение *ослабление практического мышления*, ясно выражающее то, что больной, сохраняя свои интеллектуальные способности, не пользуется ими в соответствии с требованиями реальности, представляется здесь наиболее уместным.

Когда Поль читает, он останавливается на форме букв, на точках над *i*, на ударениях и т. п., на деталях, которые важны при корректуре текста в типографии, но не имеют никакого значения при чтении статьи в газете. Если Полю нужно сделать перевод, он ищет слово в словаре, при этом смотрит и другие слова на той же странице словаря, хочет узнать их значение и, таким образом, занимается вопросами, которые при данных обстоятельствах не представляют никакого непосредственного интереса.

С этой точки зрения психологическая установка Поля полностью отличается от нашей. Он больше не распределяет свою активность *во времени* и не устанавливает иерархию разных вопросов по отношению к требованиям настоящего момента. Он не знает больше ни усилия, ни расслабления. «Все одинаково важно для меня. Всегда учишься чему-то, смотря в словаре и другие слова, помимо того, что необходимо в данный момент». Это верно, только перевод из-за этого продолжается бесконечно долго. И личность Поля расплавляется, теряя форму, становится имперсональной, вялой и несвязной.

В сущности, Поль не стремится ни к какой цели и не ориентирует на реальность свои личные усилия. Он занимает пассивную позицию по отношению к окружающей его среде. Можно сказать, что его жизненный порыв зачах.

Понятие будущего теряет теперь весь свой смысл. Мы не можем не поддаться искушению рассмотреть с этой точки зрения одну новую проблему. Как мы уже отмечали выше, всякий вопрос имеет в себе нечто незавершенное. Он подразумевает ответ, который обычно следует за ним. Тем самым он создает некую проекцию в будущее. Тогда не является ли интеррогативная установка средством заполнения лакуны, которую создает в понятии будущего утрата жизненного порыва? Не становится ли она якорем спасения для личности, начинающей помрачаться? Во всяком случае, личность по своей природе склонна приспособляться. С такой же точки зрения можно рассматривать и частое рассмотрение возможных следствий, чем любит заниматься Поль. Мы видели, как он предавался этому в связи с инцидентом с автомобилем. Подобное поведение очень характерно для него. Не принимая во внимание реальности исходного события, он строит на

нем серию возможных последствий. При недостатке витального импульса к будущему у него выработался своего рода «аутистический взгляд» на будущее, которое начинает от него ускользать.

Таково в общих чертах содержание сообщения, которое я сделал вместе с Таргоула (*Targowla*) в Медико-психологическом обществе в 1923 г. Я имел возможность еще некоторое время следить за нашим больным и приведу здесь окончание записей моих наблюдений.

Через несколько месяцев родители Поля вернули его в стационар. Они не могли больше ухаживать за ним. После короткого периода улучшения его состояние вновь ухудшилось. За это время клиническая картина несколько изменилась.

«Все началось опять, — сказал нам Поль, когда мы его увидели вновь. — Я совершенно не могу терпеть моих родителей. Они с самого начала не поняли мою болезнь и говорили об упадке сил. После моего первого пребывания в стационаре я об этом не думал, но теперь все это вернулось ко мне и стало моей главной идеей. Я спорил об этом с отцом и ругался с ним. Я злюсь на родителей и не могу больше их слушать. От них исходят отрицательные флюиды. Но с тех пор как я нахожусь в стационаре, эта ненависть уменьшилась. Я рад, когда они приходят меня навестить».

Ему кажется, что что-то мешает ему в горле. В носу ему тоже что-то давит.

Теперь он называет себя совершенно сумасшедшим. Никто его не понимает. Ни его, ни его проблем. Он полностью потерял разум. Когда он видит предмет, тот его гипнотизирует. Метла из-за своей формы побуждает его думать о допросах и пытках. Он считает, что она служит для пыток больных, а электрический штепсель, лежащий на земле, нужен, чтобы пытать их током.

Вчера, подметая двор, он спросил, почему убраны сухие листья. Когда они лежали на земле, вид был гораздо красивее. Убрать их — это идиотизм и преступление.

Прежние мании ослабели. Он одевается и ест быстрее, чем раньше, спрашивает тоже реже. Но он всегда колеблется между двумя действиями. Например, сегодня утром, занимаясь своим туалетом, он спрашивал себя, должен ли он положить на место сначала полотенце или же мыло.

Кроме того, у него теперь «мания экспериментирования». Он постоянно должен экспериментировать, чтобы узнать, что из этого получится. Так, сегодня утром он налил кофе с молоком себе в суп, чтобы узнать, какой будет вкус у этой смеси.

Десять дней тому назад он поехал на Монмартр, чтобы впервые встретиться с женщиной. Это не произвело на него никакого впечатления. Она предложила ему некоторые особые практики. Вначале у него возникло чувство отвращения, но затем он сказал себе, что нужно узнать, что это дает. Вчера он устроился на постели, чтобы узнать, какое впечатление дает курение лежа. Он также целый час неподвижно стоял, чтобы узнать, какие у него будут ощущения.

Вот он становится буйным. Он хочет произвести как можно больше шума, чтобы увидеть, что из этого получится. Он хочет пойти на войну, чтобы убить боша*. Он хочет все пробовать, все испытать. Он хотел бы иметь представление о максимальном шуме, который он способен произвести. Он считает, что все должны производить столько же шума. Когда он стучит в стену, то находит звук очень приятным. Он все находит теперь приятным. У него также есть идея, что если он будет шуметь, то увидит явление Бога. Нужно, чтобы все было точно. Как действовать «правильно», когда предаются уединенным практикам? Нужно попробовать педерастию, морфиноманию, кокаиноманию, вообще все то, что, как говорят, приносит наслаждение.

Гений близок к безумию. Товарищи по стационару говорят ему: «Ты валяешь дурака!». Но он считает, что он гений, и верит, что способен теперь на замечательные вещи. Он сочиняет в голове оперы и стихи, думает, что мог бы очень легко писать картины,

* Презрительная кличка немцев у французов. — *Прим. перев.*

как Микеланджело и Леонардо да Винчи. Он мысленно сочиняет такие же шумные оперы, как у Вагнера, а потом их забывает. Он может мгновенно сочинить оперу.

Когда больной стал реализовывать на практике свою «экспериментоманию» и производить как можно больше шума, его пришлось определить в стационар. Он провел там несколько месяцев.

Там он продолжал свои эксперименты. Он бросал тарелки на землю, чтобы узнать, какой шум это вызовет. Тогда довольно энергично вмешались медсестры. Он больше этого не повторял, так как «в сущности, ему это безразлично». Один больной рассказал ему, что пил свою мочу. Тогда он помочился на пол и начал лизать паркет, чтобы узнать, какого вкуса моча. Один раз он помочился в постели, чтобы узнать, какие ощущения это доставляет. «Это не слишком неприятно. Ощущаешь себя мокрым, и спине горячо... В науке, чтобы быть в чем-то уверенным, надо делать эксперименты». В течение трех дней он не ходит в туалет, чтобы узнать, сколько времени он сможет сдерживаться.

Все кажется ему одинаково занятным и интересным. Шум и опера одинаково привлекают его. Теперь он имеет тенденцию путать значение вещей. Для него ничто не выделяется особо. Землетрясение для него значит то же самое, что и незначительный шум. Землетрясение может погубить многих людей, но ему все равно. Он придает мало значения вещам мира сего, деталям материального мира.

Через несколько недель Поль прекращает свои эксперименты, но не видит, в чем его поведение ненормально. Напротив, он находит его вполне оправданным.

Его поведение теперь меньше стесняет других, но личность не стала менее разрушенной и менее обедненной.

Он вновь принимается рисовать, но ему вдруг приходит в голову идея дорисовать вопросительный знак на фигуре изображенного человека или добавить трубку, поскольку, как он говорит,

он сам курит. Таким образом, его рисунки становятся несообразными.

Он ничем больше не интересуется, не читает газет, так как «у него нет теперь четкого мнения, он не знает, кто виноват, убийца или жертва».

Главная идея у него — женщина. В его возрасте он не может обходиться без женщин. Это как раз то, чем он собирается заняться после выхода из стационара. Есть одна «штука», прямо находка для него. Один больной рассказал ему, что в Париже есть дома для практикующих флагелляции. Их содержит одна старая баронесса.

Он хотел бы вернуться домой, так как оттуда он сможет свободно уходить, а также потому что у него дома цветные обои, а стены стационара серые.

Теперь у него новая мания. Перед тем как сесть, он должен пронести ногу над стулом. Это просто идея, пришедшая ему в голову. Впрочем, он вполне может обходиться без этого. Когда сидеть на стуле неудобно, он садится на пол. Это, в сущности, логично. У него сохраняются очень курьезные мании. Он все сравнивает с точки зрения красоты, например, сигарету и фигуру человека. Он находит, что обе одинаково красивы.

Он недоверчив ко всем. В каждом видит врага, но внешне не показывает своих чувств. Говорит, что окружен врагами, но относится к недоверию с презрением, так же как это было с его маниями. Он не похож теперь на других людей. Те совершают поступки как животные, спонтанно, он же, напротив, все анализирует, все совершает силой мозга, а не животной силой, инстинктом. Он должен все анализировать, вплоть до своего аппетита. Поэтому он абсолютно отличается от других существ.

Родители Поля, воспользовавшись тем, что у него исчезли асоциальные проявления, вновь взяли его домой. Мы опять наблюдали его после этого через четыре месяца. По нашему приглашению он пришел на консультацию. Поль оказался нам инертным и индифферентным. Его внешний вид небрежнее,

чем раньше. Он говорит, что из-за недоверия ко всем не выдает своих чувств. Его ответы коротки, иногда бессвязны. Активность явно уменьшилась. Отдаленность от реальности только возросла. Личность в еще большей степени подавлена.

Он сказал нам, что его эксцентричности исчезли. Если он захочет, то будет одеваться так же быстро, как другие. Но он ничем определенным не занимается, разве только, когда у него возникает такое желание, немного живописью, поэзией, музыкой. Он чувствует себя несколько нервным. Он не может сказать, в чем именно состоит эта нервозность. Когда ему приходит в голову что-нибудь сделать, например, порисовать, он должен это сделать. Он говорит себе, что именно сейчас может сделать что-то очень хорошо, что, может быть, он никогда не сможет создать ничего столь же красивого. Тогда он принимается рисовать, не принимая во внимание ничего другого, даже то, что казалось важным для антуража. Он понимает вещи совсем не так, как его родители. Поэтому он едва ли может сказать, что он их сын. Когда ему приходит идея танцевать, они говорят ему о пыли, которую он подымет. Они не должны так его нервировать.

Это наблюдение особенно поучительно. Теперь стало очевидно, что мания вопросов, преобладавшая вначале в клинической картине, являлась более или менее вторичным проявлением глубинного патологического процесса. Впрочем, некоторые черты заставили нас с самого начала говорить не о навязчивом состоянии, но об интеррогативной установке, и поставить диагноз шизофрении. Дальнейшая эволюция показала нашу правоту. Вопросы со временем прекратились, но состояние больного не стало лучше, оно только ухудшилось. Шизофренический процесс прогрессирует, и распад личности продолжается. Поль все больше теряет контакт с реальностью. Эта утрата контакта выражается прежде всего в новой мании — желании все проверять самому на эксперименте. Это своего рода «эмпирический солипсизм»*, которому он пытается дать логическое обоснование и который

* H. Claude, E. Minkowski et M. Tison, «Contribution à l'étude des mécanismes schizophréniques», *Encéphale*, janvier 1925.

в отсутствие какой-либо иерархии целей и какого-либо прагматического фактора приводит к самой что ни на есть несообразной активности. Но и здесь речь идет лишь о вторичной черте. Независимо от этого болезнь продолжает прогрессировать. Время от времени появляются патологические идеи преследования и величия. Мышление становится все более бессвязным и странным. Внутренняя жизнь все больше обедняется. Аффективные мотивы, интерес к людям едва ли играют какую-то роль в его психизме. В стационаре он хотел вернуться домой, потому что там цветные обои, а не серые стены. Нюансы и различия исчезают. Сигарета с эстетической точки зрения находится в той же плоскости, что и красивый рисунок. Инстинкт, «животная сила» больше не проявляются. Поль все делает «силой мозга». Необходимо, чтобы он все обдумывал, «вплоть до своего аппетита» (патологический рационализм). Будучи неспособным к целенаправленному труду, он становится игрушкой фрагментарных идей, возникающих в его мозгу, которые он тотчас реализует, нисколько не заботясь об их уместности («бедный аутизм»).

Таким образом, несомненной основой наблюдаемых у Поля нарушений является шизофренический распад личности. Именно на нее более или менее случайным образом наслаиваются другие патологические проявления, такие как интеррогативная установка или «экспериментомания». Эти проявления имеют преходящую природу, тогда как шизофренический процесс непрерывно прогрессирует к состоянию полного распада личности.

Шизофренические установки. Психические стереотипы

Мы попытаемся дать теперь общий обзор.

Основное нарушение при шизофрении состоит в утрате витального контакта с реальностью. Оно выражается в подавлении динамических факторов психической жизни и затрагивает прежде всего цикл личной активности или, как мы это называем, расцвет личности. Результатом этого является специфический дефицит прагматического характера. Больной бедным аутизмом демонстрирует это в чистом виде.

Нарушения мышления, эмоциональной сферы и волевых проявлений, которые Блейлер считал элементарными симптомами

шизофрении и чьей основной чертой является дискордантность, легко выводятся из утраты витального контакта с реальностью.

Когда дефицитарная сторона заболевания определена, становится возможным приступить к решению проблемы патологических проявлений реактивного характера. Когда в психизме образуется лакуна, он мобилизует свои защитные средства для ее устранения. Каким путем осуществляется эта компенсация? До настоящего времени компенсация в психопатологии шизофрении рассматривалась главным образом в «эмоциональном» смысле этого слова. В бредовых, галлюцинаторных или фантазийных построениях больной реализует свои несбывшиеся желания и надежды, как это нередко делает человек во сне. Бред, таким образом, является компенсацией ударов и разочарований жизни. Все содержание богатого аутизма очень часто состоит исключительно из подобных компенсаций. Эта концепция, рассматривающая эмоциональную компенсацию как основной фактор психоза, легко объясняла генезис психических нарушений, оставив при этом без внимания то, как конкретно комплексы представлены в патологическом психизме.

Однако эта концепция односторонняя. Она с самого начала чрезмерно ограничивает проблему. Ибо помимо эмоциональной компенсации (и даже значительно чаще ее) при психических нарушениях, особенно при шизофрении, действуют реактивные проявления более «механического» характера или, как мы предпочитаем говорить, поскольку изучаем здесь психические факты, проявления *феноменологического порядка*. Когда отсутствует один из основных факторов психической жизни, те, что остались незатронутыми заболеванием, перестраиваются, чтобы по возможности образовать некое новое равновесие. Это равновесие, будучи глубоко патологическим состоянием, служит, тем не менее, якорем спасения для угасающей личности. Индивид пытается закрыть формирующуюся в нем лакуну, цепляясь за те феномены, которыми он еще располагает. Тем самым он хочет спасти свой человеческий образ.

Утрата динамических факторов психизма может сопровождаться гипертрофией рациональных и пространственных факторов. Таково происхождение рационализма и геометризма некоторых шизофреников. Но это еще не все. Шизофреник, теряя опору, может

пытаться зацепиться за другие феномены нормальной жизни. Те среди них, которые по самой своей природе представляют собой *реакции ухода по отношению к окружающей среде*, такие как фантазии, недовольство, сожаления или вопрошание, более всего подходят для этой роли. Их характер как нельзя лучше соответствует основному нарушению шизофрении, состоящему в *утрате контакта с реальностью*. По нашему мнению, именно это формирует вопрошание, патологическое фантазирование, недовольство и сожаления у некоторых шизофреников и даже у отдельных шизоидов. Не являясь психологическими механизмами, способными при чрезмерном развитии привести к шизофреническому разрушению личности, они представляют собой лишь попытки уменьшить это разрушение. Так рождается понятие *шизофренических установок*.

Проявления реактивного характера редко способны полностью компенсировать ущерб от заболевания или первичный дефицит психического состояния. Кроме того, несмотря на полезную тенденцию, они сами могут стать опасными для индивида в случае, если получат гипертрофическое развитие. Такова роль и опасность лихорадки при инфекционных заболеваниях. То же самое происходит в психопатологии. Шизофренические установки, пытаясь сохранить человеческий образ распадающейся личности и позволяя удержать хоть что-то общее с нормальной психикой, тем не менее, участвуют в шизофреническом процессе. Кроме того, они, как мы уже неоднократно видели выше, отличаются *своим абстрактным и непрагматичным характером, бесплодностью, фиксированностью и неподвижностью*. Они сами по себе глубоко патологичны. И даже фантазирование, самая синтетичная шизофреническая установка с течением времени распадается, обедняется и становится неподвижной. Этим установкам никогда не удастся заменить то, чего недостает, и что, в сущности, не входит в их компетенцию.

Шизофренические установки, если рассмотреть их более внимательно, являются подлинными *психическими стереотипами*. Они относятся к соответствующим психическим феноменам в точности так же, как стереотипы движений и поз относятся к произвольным движениям или позам отдыха и расслабления. И те, и другие лишены витальности. Здесь, как и там, речь идет о заполнении пустоты, но индивид может это делать только так, как

ему позволяют обстоятельства, т. е., придавая используемым механизмам аномальный или патологический характер. Шизофренические стереотипы в конечном итоге начинают управлять *всем* поведением индивида, в отношении как окружающей среды, так и его внутренней жизни.

Понятие шизофренических установок способно приуменьшить роль комплексов в патогенезе шизофренических нарушений. Одни из них фиксированы на эмоционально тяжелых событиях, другие — на вполне обычных событиях повседневной жизни. Беря за образец наш собственный психизм, мы совершенно естественно будем склонны принимать во внимание лишь первые и видеть именно в них важные проявления эмоциональной жизни больного. Однако (по крайней мере, в некоторых случаях), поступая так, мы идем по ложному пути. Пытаясь слишком «нормализовать», если можно так выразиться, проявления патологической личности, мы вносим в них наши собственные представления. Озабоченность Поля вопросами сексуального порядка и странные идеи, которые он выдвигает в этой области, представляют собой не что иное, как одно из многочисленных выражений его интеррогативной установки, а также прогрессирующего распада его личности. В данном случае нет никаких оснований придавать этому слишком большое значение. И то же самое в случае с нашей пациентки, отличавшейся стереотипными сожалениями и упрекавшей себя за то, что до замужества она имела любовника. Немного более глубокий анализ показывает, что аффективный «тонус» ее упреков себе ни в коей мере не соответствует аналогичным сожалениям нормального индивида. Здесь мы видим также, что эти сожаления являются лишь выражением общего отношения к своей жизни, характеризуемого гипертрофией прошлого, проявляющегося в форме сожалений как о важных, так и о незначительных событиях. Мы не можем приписать первым большую патогенную роль, чем вторым. Все эти сожаления, большие и небольшие, в сущности, одинаковы. Они как сухие листья — жизнь из них уже ушла, осталась только форма живых листьев. Мы можем пытаться их сохранить, но, вороша, рискуем обратить все в пыль. Поиски неосознанных комплексов в душе шизофреника нередко служат лишь тому, что бесполезно питают его патологическую установку новыми фактами, которые

в настоящий момент он не в состоянии нормально интегрировать в свою жизнь. Здесь, как и везде, необходимо соблюдать меру. У шизофреников бывают стереотипные сожаления, равно как и стереотипные признания, которые не дают им никакой разрядки и не вызывают никакого прогресса. Здесь очень часто значительно лучшие результаты дают другие методы психотерапии. В качестве психотерапевтической процедуры поиск подавленных комплексов предполагает некую минимальную целостность человеческой личности. Там, где этого минимума больше нет, он может принести больше вреда, чем пользы, и должен уступить место другим методам. Знание шизофренических установок, позволяя нам лучше понять некоторых шизофреников, может помочь нам выбрать средство для установления контакта с больным. Мы поговорим об этом следующей главе.

Шизофренические установки не являются необходимым атрибутом заболевания. Они могут полностью отсутствовать (как в случае с инженером). Там, где они есть, они способны занимать более или менее важное место в психизме больного. Иногда они исчезают в других симптомах (случай больной с патологическими сожалениями). А иногда они имеют лишь преходящую природу, характеризуя только одну из фаз заболевания, исчезая в ходе его дальнейшей эволюции (интеррогативная установка Поля). В других случаях, однако, эти установки способствуют установлению своего рода равновесия. Тогда они до конца исполняют свою компенсаторную роль, и заболевание в течение многих лет может протекать без каких-либо изменений. (Случай, описанный у нас под названием патологического рационализма и геометризма. Таковы также стертые формы шизофрении, описанные Визелем*.)

Шизофренические установки, помогая индивиду сохранять некоторый человеческий аспект, привносят нюанс пластичности. Этот нюанс отсутствует, когда никакая установка не ослабляет шизофренический процесс.

Среди установок, описанных выше, можно различить две группы. Одни относятся к феноменам нормальной жизни, имеющим чисто аффективную природу, таким как фантазия, недовольство

* A. Wiesel, «Les forms frustes de la schizophrénie», *op. cit.*

или сожаление. Здесь речь идет, если так можно выразиться, об идео-аффективных феноменах. Каждый из них заключает в себе идею, имеющую определенную эмоциональную окраску. Они разные в случае интеррогативной установки, патологического рационализма или установки, для которой характерна патологическая гипертрофия геометрических и статических факторов. Каркасом этих установок служат феномены чисто интеллектуального порядка. Они свидетельствуют о глубочайшем распаде человеческой личности.

Завершая эту главу, мы приведем здесь с небольшими изменениями заключения, сформулированные нами на Парижском конгрессе 1925 г.

Психопатология шизофрении должна, по-видимому, включать в себя, помимо изучения симптомов и комплексов, новую главу о *шизофренических установках*.

Эти установки имеют место не во всех случаях шизофрении. Они позволяют различать пластические и апластические формы этого заболевания*.

Эти установки можно предварительно разделить на две группы: установки идео-аффективные и чисто интеллектуальные. Вероятно, классификация пластических форм может быть осуществлена на этой основе.

Знание этих установок позволяет нам лучше понять некоторых шизофреников. Они могут направлять наши поиски средств более легкого установления контакта с этими больными.

Все эти установки можно подчинить первому понятию шизофрении. Они сопровождаются шизофреническими симптомами и стремятся к состоянию специфического распада. Они должны быть включены в сферу шизофрении, как ее определил Блейлер. Они участвуют в шизофреническом процессе и отличаются бесплодностью, неподвижностью и ригидностью. Таким образом, они представляют собой настоящие психические стереотипы, сравнимые со стереотипами движений и поз.

Эти установки должны рассматриваться как защитные реакции *феноменологической* (а не только аффективной) природы против шизофренического распада личности.

* Так же как различение бедного и богатого аутизма.

Глава V

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОНЯТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Схема безосновательной критики понятия шизофрении

Один молодой коллега критикует (это теперь модно) понятие шизофрении. Он начинает со следующей анекдотической истории:

Конгресс психиатров. Докладчик делает сообщение по клинической истории одного больного. Речь идет о параноике, который после систематизации бреда продемонстрировал галлюцинаторный эпизод с возбуждением, а теперь его состояние улучшается и движется к выздоровлению. Присутствующие обсуждают доклад. Говорят о повторяющемся бреде, циркулярном психозе у параноиков, ассоциации маниакальных эпизодов с бредом интерпретации. Все согласны с важностью точной диагностики как для прогнозирования эволюции заболеваний, так и для судебной медицины. В этот момент встает один психиатр и говорит: «Господа, я не могу понять ваши сомнения. Для нас, учеников Блейлера, совершенно очевидно, что речь здесь идет о шизофрении».

И наш брат заключает: «Этот скрупулезно точный анекдот как нельзя лучше говорит о практическом значении концепции Блейлера».

Эта сцена реально имела место на Конгрессе в Безансоне в 1923 г. И психиатр, подвергшийся осуждению, был не кто иной, как доктор Репон. Я нисколько не колеблюсь здесь его назвать. На его месте я сказал бы то же самое без малейшего риска для репутации блейлеровской концепции.

Позволю себе одно сравнение. Рабочий сидит перед большой кучей драгоценных камней и сортирует их, складывая вместе рубины с рубинами, сапфиры с сапфирами, бриллианты с бриллиантами и т. д. Он создает множество кучек, в каждой из которых находятся камни одного цвета и одной формы. Входит хозяин. Он смотрит на сделанную работу и говорит: «Да, все это прекрасно, но сначала следовало бы отделить настоящие камни от фальшивых». Тогда осталось бы всего две кучи, но кто станет отрицать их важность? Наше поведение по отношению к ним будет совершенно разным. Я привожу этот пример не для того, чтобы сказать молодому коллеге, что он смешал в своей классификации драгоценные камни с фальшивыми. Я имел в виду другое. Я сделал это только для того, чтобы показать, что в отношении дальнейших действий две большие кучи имеют иногда не меньшее, если не большее значение, чем множество маленьких кучек. Все зависит от принятой точки зрения. И ни в коем случае нельзя упрекать концепцию Блейлера в отсутствии практического значения.

Но мой молодой коллега даже не дал себе труда изучить практическую сторону работ Блейлера. Чтобы обесценить их, он слишком упростил себе задачу. Он видит в «цюрихской школе под руководством Блейлера» только результат соединения двух потоков: с одной стороны, психоанализа и пансексуализма Фрейда, а с другой стороны, феноменологии Гуссерля.

Несомненно, труды Фрейда оказали большое влияние на Блейлера. Он сам говорит об этом в предисловии к своей работе о шизофрении. Но сам по себе один только психоанализ далеко не способен исчерпать труд выдающегося цюрихского психиатра. Как мы видели, полностью признавая роль комплексов в патогенезе симптомов шизофрении, он никогда не принимал психоаналитическую, в строгом смысле этого слова, теорию этого заболевания. Ту теорию, что пытается свести этиологию шизофрении, как в случае

психоневрозов, к полученной в детстве травме и последовавшей в ее результате «аффективной отсталости»*. Комплексы определяют для Блейлера содержание симптомов, объясняют некоторые особые реакции больного, но не являются для него действующей причиной заболевания шизофренией. Пользуясь метафорой, можно сказать, что комплексы заполняют пустоту, образовавшуюся в результате действия первоначального нарушения, но не способны сами создать эту пустоту. И потом, есть еще все «остальное», все то новое и важное, что содержит в себе концепция Блейлера вне каких-либо психоаналитических элементов. Я уже указывал на этот пункт и, мне кажется, сейчас нет необходимости возвращаться к нему еще раз. Именно это «остальное», которое некоторые предпочитают рассматривать (вероятно, по инерции) как то, чем можно полностью пренебречь, объясняет, почему со временем видение Блейлера начинает все больше и больше расходиться с психоанализом. Эволюция понятия «шизофрения», которую мы представили в предыдущих главах, показывает это как нельзя более убедительно. Мы полагаем, что сообщили вещи, достойные, по крайней мере, внимательного изучения, хотя в них не было практически ничего, связанного с психоанализом.

Что касается феноменологии, то можно с уверенностью утверждать, что Блейлер совершенно не был знаком с философскими трудами Гуссерля, когда работал над своей книгой о шизофрении. А впоследствии** он всегда сдержанно относился к применению этого метода к психопатологическим явлениям. Среди непосредственных учеников Блейлера только Л. Бинсвангер и я пытались найти подобное применение. Но зачем тогда делать нашего учителя ответственным за наши заблуждения, если такие имели место?

Наш коллега сделал это, поскольку, по-видимому, он не желает видеть в работах Блейлера то, что ему следовало там видеть.

* См. на франц. яз.: H. Codet et R. Laforgue, «Les arriérations affectives: la schizonoïa», *Évolution psychiatrique*, Paris, Payot, 1925, Éd. Pichon et R. Laforgue, «La névrose et le rêve: la notion de schizonoïa», R. Laforgue, «Rêve et schizonoïa», in R. Laforgue, «Le rêve et la psychanalyse».

** 63^e réunion de la Société psychiatrique Suisse, novembre 1922, à Zurich.

Так пусть же он извинит нас за то, что мы отказываемся признавать за его критикой какое-либо объективное значение.

Ибо что можно сказать по поводу такого заключения: «В этом отношении концепции Блейлера напоминают неевклидовы геометрии, с которыми в последние годы нас познакомили математики-философы. Эти прекрасные образцы логики, острейшие инструменты метафизического мышления не помогли нам построить даже малой хижины»?

Со своей стороны я должен сказать, что если бы роль моего мэтра действительно состояла в создании «неевклидовой» психиатрии, это нисколько не уменьшило бы моего восхищения им. Ибо нельзя забывать, что геометрия Лобачевского — это не просто игра ума. Речь идет о гениальном озарении, проливающим живой свет на сами основы нашего знания. Оно также учит нас скромности перед лицом абсолютных истин. Сохраняя все должные пропорции, можно сказать, что в психиатрии подобные идеи не лишены определенного значения. Поклоняться «наблюдаемому факту» — это прекрасно. Но попытаться увидеть, как этот так называемый «факт» был отделен нашим рассудком от всей движущейся целокупной реальности, определить его происхождение и границы, задаться вопросом, нельзя ли посмотреть на группу подобных фактов совершенно по-другому — бесконечно прекраснее. Будучи психиатрами, мы являемся и всегда будем являться прежде всего клиницистами. Но если наша профессия побуждает нас изучать психопатологические явления, а значит, явления, связанные с психической и духовной деятельностью человека, то не наш ли долг почерпнуть в этой области все, что может представлять ценность для человеческого знания вообще? Наука не может иметь только практические цели. В этом случае она обменяла бы все свое золото на разменную монету. На самом деле ее одушевляет совершенно иной дух. Именно поднимаясь над практическими интересами в мощном порыве к небесам, ей удается находить свои новые, «абстрактные» идеи, свои великие истины. Рано или поздно они явят свое огромное практическое значение, даже если мы не будем специально об этом заботиться. Практическое значение — не единственная цель и не единственный критерий науки, но лишь ее верная тень, сопровождающая ее прогресс. Оно есть даже там,

где с первого взгляда мы не можем его разглядеть. Взор, устремленный к небу, всегда возвращается к земле. Но отказаться с самого начала от небесного горизонта не значит идти земным путем, как на это гордо претендуют. Нет, это значит опуститься на ступень ниже и не производить ничего, кроме банальных вещей.

Но пусть читатель-психиатр не беспокоится. Понятие шизофрении — это не неевклидова геометрия. Его практическое значение заметно с самого начала. Благодаря Блейлеру психиатрическая больница в Цюрихе стала центром мощного терапевтического и профилактического движения как общественного, так и индивидуального характера. Этот факт сегодня нельзя игнорировать. Это нельзя делать, если стремиться иметь верное представление о значении работ Блейлера. И речь идет не о «скромной хижине», но о «роскошном дворце», который был там построен. Нужно быть слепым или сознательно закрывать глаза, чтобы этого не видеть. Именно об этом дворце мы хотели бы теперь сказать несколько слов. Подробное изложение заняло бы целый том.

Терапевтический характер понятия шизофрении

В психиатрии наши нозологические концепции сами по себе могут иметь терапевтическое значение. Это утверждение кажется парадоксальным. На самом деле это не так.

Понятия, относящиеся исключительно к синдромам (например, хронический галлюцинаторный бред), основаны на ярко выраженных симптомах психических заболеваний, таких как галлюцинации и бредовые идеи. Тем самым они выдвигают на первый план те проявления, которые почти по определению мы не можем непосредственно понять. Разве одной из главных черт бредовых идей не является как раз то, что мы не можем постигнуть их нашим разумом? Это, очевидно, не приуменьшает клинического значения, которое могут иметь эти понятия, и никоим образом не исключает *a priori* какое-либо терапевтическое усилие. Однако это усилие сможет состоять только в попытках, предпринятых, так сказать, вслепую, ибо сами по себе эти понятия не содержат в этом смысле никаких указаний.

Однако понятие безумия как *невозполнимой утраты* психических функций парализует всякую попытку лечения. Подобная

попытка стала бы посягательством на тираническое господство этого понятия, господство, которое уже давно своим весом подавляет практическую психиатрию.

Посмотрим теперь, как выглядит с этой точки зрения понятие шизофрении. Идея безумия из него изгнана. Оно также абстрагируется от явно выраженных нарушений этого психического заболевания. Вместо этого мы находим идею глубинного психического процесса, выраженного особыми элементарными симптомами. Эти симптомы, отнюдь не являющиеся признаками непоправимого разрушения психических функций, состоят в отклонении от нормы, в разупорядочении этих функций в результате утраты контакта с реальностью. В этом смысле мы можем сказать, что шизофрения — это болезнь *управления*.

Понятие утраты контакта с реальностью подразумевает идею возможности установить этот контакт или полностью, или частично. Но нам возразят, что идея возможного обратного развития наблюдаемых нарушений еще мало что нам говорит, ибо не указывает, каким образом мы можем на это повлиять. Это возражение справедливо для соматических заболеваний. Другое дело — психиатрия. Здесь перед нами не просто больной, но человеческое существо в целом. Мы сами являемся частью той среды, в которой призван жить и развиваться больной. Мы констатируем, что не имеем эмоционального контакта с шизофреником. Не означает ли это, что мы должны его установить? Не входя в детали, о которых мы еще поговорим ниже, скажем здесь только, что даже если мы не всегда отдаем себе в этом ясный отчет, сам подход к больному как к индивиду, который *может выздороветь*, влияет на наше отношение к нему, влияет на медицинский персонал, на семью больного и все его окружение. Такой подход ослабляет ту враждебную силу, которой является для него реальность и от которой он все больше и больше отходит. Каждый психиатр не раз в течение своей карьеры констатировал, что с того момента, как он начинает считать своего пациента неизлечимым, или после серии бесплодных попыток лечения он «выходит из игры», становится другим по отношению к этому больному. Одна из струн, соединяющих человека с человеком, перестает вибрировать в нем и замирает на жалобном звуке. Перед ним теперь

только душевнобольной, а тот, если это шизофреник, начинает все больше и больше погружаться в свой аутизм. *В психиатрии понятие излечимости может само по себе оказывать иногда лечебное воздействие.* Вследствие этого так же обстоит дело и с нозографическими концепциями, позволяющими нам видеть психические нарушения с точки зрения их обратимости. Понятие шизофрении открывает перед нами эту перспективу для очень широкой группы больных. Возможно, впервые в психиатрии перед нами понятие, которое *охватывает не только симптомы больного, но и наше отношение к нему, а также содержит указание на то, какого поведения мы должны придерживаться в общении с ним как психотерапевты и прежде всего как психотерапевты.* В сфере психических болезней мы можем сказать то же самое, возможно, только о понятии психиатризма. Да и то на практике оно связано больше с генезисом и исчезновением различных симптомов, чем с обуславливающим их психическим фоном, тогда как, напротив, предметом понятия шизофрении прежде всего служит именно этот фон. И потом, истерия никогда не наблюдается в состоянии безумия. Для нее не может идти речь о территории, отвоеванной для усилий психотерапии в самом широком смысле этого слова.

Вот почему мы считаем, что *появление концепции шизофрении ознаменовало целый этап в психиатрии. Оно освободило не только психически больного, но и психиатра от цепей, которыми столь долго их обоих сковывало понятие безумия.*

Таким образом, мы видим, что *терапевтические нужды* более или менее неосознанно становятся фактором и критерием нашей классификации психических болезней.

Всякая дискуссия о понятии шизофрении должна была бы, по существу, вдохновляться этой точкой зрения. Но это отнюдь не так. Много тех, кто, следуя традиции, предпочитает оставить полностью в стороне этот важный аспект проблемы. На миг переносясь в совершенно другую область, напомним о чисто доктринальном сопротивлении, победившем попытки лечить больных прогрессивным параличом. Разве неизлечимость не была одним из главных отличительных признаков, установленных раз и навсегда нашими предшественниками для понятия прогрессивного паралича?

И не должна ли была она оставаться для нас неким *noli me tangere**? Иногда я думаю о том, сколько энергии было потрачено на критику работ Фрейда, и как мало принимался во внимание терапевтический эффект, бывший для них отправной точкой и одним из главных критериев. (Я тем более могу здесь использовать этот аргумент, что далеко не разделяю всех концепций Фрейда.) Можно ли удивляться, что шизофрения на своем пути должна была преодолевать ту же инерцию.

Противники понятия шизофрении не устают упрекать его в излишней широте содержания. Насколько научнее оперировать многочисленными этикетками!

Однако это понятие, непосредственно апеллируя не только к нашему уму, но и к нашей деятельности, подчинено другим критериям. Существуют хорошие и практичные понятия, позволяющие установить порядок в наблюдаемых фактах, но есть другие, которые не могут не быть верными, ибо открывают перед нами новое поле деятельности. Таков случай шизофрении. В отличие от дискурсивной мысли, наше практическое чувство не ищет строго очерченных рамок. Его удовлетворяют видимые неточности. Ему достаточно нескольких общих черт. Они станут для него ориентирами, а интуиция поможет затем найти верный путь. Наши установки в отношении психически больного, так же как и нормального человека, как индивида, которого мы можем понять, кому стремимся помочь и кого хотим ориентировать в самом широком смысле этого слова, возможно, немногочисленны. В силу самой природы вещей классификации, основанные на различии этих установок, с самого начала обречены оставаться бедными. Но из-за этого они не утрачивают своей ценности. По нашему мнению, именно это имеет место в случае двух больших групп, которые в итоге были выделены в области эндогенных психозов. Мы имеем в виду группу нарушений синтонной природы (маниакально-депрессивный психоз) и группу нарушений шизоидной природы (шизофрения). Обе эти группы принимают во внимание важные факторы, о которых только что шла речь, поэтому их противопоставление, несмотря на

* «Не прикасайся ко Мне» (лат.). Слова Христа из Евангелия от Иоанна (Ин 20:17). — Прим. перев.

его явный схематизм, оказывает большую услугу. Каждая из них указывает на входную дверь, через которую мы можем проникнуть в психизм больного. И эти двери, возможно, ценнее, чем целый коридор с комнатами, перенумерованными от 1 до 100, но при этом с надписями «Деменция» или «Вход воспрещен». Противопоставление этих двух групп, отнюдь не являясь упрощением нашей классификации, напротив, смещает всю проблему и придает значение всякому усилию современной психиатрии с самого начала, т. е. по самой природе этих фундаментальных понятий стать психиатрией психотерапевтической.

Дошло до того, что шизофрения в силу широты этого понятия стала синонимом безумия. Это верно с той только разницей, что «безумный» означает безумный, и ничего больше, тогда как «шизофреник» значит способный быть нами понятым и ведомым. И даже немного хочется, чтобы «шизофрения» действительно стала синонимом безумия. Перспектива терапевтического воздействия важнее богатства используемой терминологии.

Впрочем, классификация шизофреников ни в коем случае не кажется нам излишней. Напротив, это задача будущего. Всякая попытка подобной классификации должна, однако, вдохновляться принципом, определившим рождение самой шизофрении. Мы попытались установить несколько вех в этом направлении. И в надежде сделать это еще лучше мы ни за что на свете не хотели бы отказаться от малейшей частички шизофрении, даже в ее самом широком и схематичном смысле, в пользу других классификаций, сколь содержательными и разнообразными они бы ни казались, именно из-за «терапевтического характера» этого понятия.

Практические приложения

Очевидно, Блейлер не ожидал, что один из его учеников, которого он не переставал упрекать, хотя и по-отечески, в том, что тот имеет философский склад ума, откроет ему скрытые черты его концепции. Вместе со своими сотрудниками он принялся за работу. Так возникла маленькая «хижина», которую некоторые упрямо не хотят видеть. Тем хуже для них.

Сам Блейлер далеко не был энтузиастом. Мне редко удавалось видеть ученого, более осторожного в своих суждениях, чем он. Эта

осторожность доходила до скептицизма. Главу своей монографии, посвященную терапии, он начинает такими словами: «Лечение шизофрении — одно из самых плодотворных и интересных для врача, не приписывающего своей собственной заслуге спонтанное выздоровление от этого психоза». Формулировка самая что ни на есть обманчивая. Но понятие шизофрении там есть. Его терапевтический характер не мог не восторжествовать над скептицизмом мэтра. Об этом свидетельствует проделанная затем работа. Именно эта работа побудила нас в предыдущем разделе говорить о терапевтическом характере блейлеровского понятия. Сам он не придавал этому значения. Но разве ученики иногда не более способны к тому, чтобы окинуть взглядом все сделанное их мэтром, который, находясь в своем творческом процессе не способен ясно различать глубоко лежащие истоки его мысли? Открыть эти истоки — это ли не задача для хорошего комментатора?

Мы не можем здесь перечислить все те практические меры, которые были вызваны к жизни понятием шизофрении. Это далеко выходит за рамки данной книги. Мы только кратко укажем некоторые из них, ставя на передний план меры коллективного или социального характера, претворенные в жизнь благодаря введенному Блейлером понятию и глубоко изменившие всю психиатрическую помощь шизофреникам.

Был создан один из первых в Европе *психиатрических диспансеров*. Именно в Цюрихе родился этот важный орган современной помощи душевнобольным и психопатам, там, где, как говорили злые языки, шизофрения была так распространена, что другие психозы не были видны. Это не могло быть простым совпадением. Должна была существовать тесная связь между блейлеровским понятием и этой потребностью распространить деятельность психиатра-терапевта за стены психиатрической больницы. Обнаружить эту связь нетрудно. Диспансер бесполезен там, где речь идет только о констатации сумасшествия, неисправимого дефицита психических функций, или же об ожидании спонтанных выздоровлений. Предварительным условием его права на существование является пересмотр психиатрических понятий, способный открыть новые терапевтические перспективы. Пациенты в качестве больных ранним слабоумием были «слабоумными»,

и потому им не требовался диспансер. А в качестве шизофреников они могли широко пользоваться его благами. Теперь речь шла об индивидах, которые, не утратив ни одной из основных психических функций, демонстрировали только их несвязную и дисгармоничную активность, об индивидах, которые потеряли витальный контакт с реальностью. Интересно, что во Франции Лига психической гигиены, а также Служба психической профилактики были созданы Тулузом, который вместе с Миньяром ввел до этого в свои психиатрические концепции понятие самонаправленности и оставил обратимость психических нарушений. Здесь не может быть речи о простом совпадении. Работы Тулуза, как и работы Блейлера, проникнутые идеей излечимости психических заболеваний, не могли рано или поздно не привести к тем же практическим результатам.

Благодаря Блейлеру и Х. В. Майеру Цюрихский диспансер быстро становится образцовым учреждением. Число консультаций и лечащихся больных постоянно растет.

Размещение в семье также становится все более важным фактором лечения шизофреников. Получая все большее распространение, оно в то же время меняется по сравнению с тем, каким оно было раньше и каким продолжает быть в некоторых странах. Речь теперь идет не только о том, чтобы «устроить» несколько безобидных «сумасшедших» вне лечебницы, но о применении некоей терапевтической меры ко всем тем, кто может получить от нее пользу. Шизофреник охотно бежит от реальности, укрываясь в своем аутизме. Длительное пребывание в стационаре ему совершенно не показано. Он адаптируется к больнице и застывает там в своей неподвижности. Размещение в семье эффективно борется с этой тенденцией. Вместо того чтобы резко возвращать больного в обычную жизнь, ему дают возможность в надлежащих рамках приспособиться к жизни, хотя и несколько ограниченной, но намного более близкой к нормальной по сравнению с больницей. В то же время это помогает смягченным призывам этой жизни постоянно проникать к нему.

Трудовая терапия содействует этим усилиям. Теперь она имеет и психологическую базу. Отделенный от становления окружающей среды, шизофреник нуждается в чем-то определенном

и постоянном, за что он может зацепиться. Только регулярный труд может дать ему это. «Наша задача состоит в выборе благоприятного момента, чтобы проделать брешь в аутизме, в котором замыкается шизофреник, и помешать ему вновь закрыться в нем. Лучшим средством для этого является, естественно, труд, причем труд не машинный и шаблонный, но деятельность, адаптированная к индивидуальности больного и учитывающая его привычки и вкусы»*. Трудовая терапия в широких масштабах применяется сейчас не только в психиатрических лечебницах, но и в самых фешенебельных пансионатах. *Она является одним из средств, без которых не обходится рациональное лечение шизофреников.*

Эти меры, тем не менее, еще не исчерпывают роль психиатра. Как мы только что отметили, шизофреник останавливается, замедляет в своих реакциях, поведении, своем образе жизни. Ему трудно изменить их, он не может выйти из такого состояния. Тщетно было бы ожидать, что он спонтанно изменит их. Но вмешательство врача в подходящий момент может привести порой к поразительным результатам, ибо наиболее неподвижный и замкнутый в себе шизофреник больше остальных способен перейти из одного состояния в другое, преобразовать свои патологические реакции в почти нормальное поведение.

Репон сообщает о медсестре, которую он лечил после острого кататонического криза. Этот криз длился два месяца. Из-за бурных реакций больной ее пришлось изолировать. Не было никаких признаков близкой ремиссии. Тем не менее эмоциональный контакт с врачом оставался хорошим. Однажды Репону потребовалась медсестра для ночного дежурства. В качестве эксперимента он спросил у своей пациентки, не согласится ли она на дежурство. Ее реакция была поразительной по силе. За несколько секунд больная успокоилась и в тот же вечер вышла из своей палаты, чтобы приступить к дежурству. Конечно, за ней наблюдали. Однако это наблюдение оказалось излишним. Больная отлично выполняла свою работу, прилежно заботилась

* A. Repond, «Quelques remarques sur le traitement de la schizophrénie dans les asiles», *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. VIII, 1921.

о других пациентках, вела запись наблюдений, короче говоря, делала все, что требуется от хорошей медсестры. Но ее криз не прошел. Утром, едва сняв халат медсестры, она вновь впала в возбужденное кататоническое состояние и сама попросила, чтобы ее изолировали.

Таким образом, врач всегда должен пытаться создавать брешь в шизофренических реакциях.

Неудачи не должны его обескураживать. Не опуская руки, он должен продолжать попытки. В большинстве случаев, рано или поздно, они увенчиваются успехом, если только у него есть необходимая интуиция. В этом отношении должны приниматься во внимание все изменения. Иногда становится возможным выводить больных на прогулку сразу после длительной ванны или изолированной палаты. В неподдающихся лечению случаях следует пробовать переводение из одного помещения в другое и даже из одной клиники в другую. Наконец, *досрочная выписка* из больницы, особенно рекомендуемая Репоном, часто приводит к неожиданным позитивным результатам*.

Тот же принцип, состоящий в том, чтобы любой ценой сломать ригидность шизофренических реакций, определяет применение медикаментозных средств. В некоторых случаях цюрихская школа приписывает благоприятные, хотя и не всегда устойчивые результаты, не столько действию используемых фармакологических препаратов, сколько изменению всей *психологической ситуации* вследствие этого действия. Например, провоцируя приступы малярии или погружая больного в состояние более или менее длительного наркоза, они трансформируют на некоторое время психическое заболевание в соматическое. Особая забота медицинского персонала, окружающая при этом пациента, и другие меры, такие как перемена среды или более активная психотерапия, приводят к разрыву безысходного порочного круга, в котором застрял больной. Очевидно, что с первого взгляда подобная интерпретация

* Напомним, что Жиль (*Gilles*), пользующийся отличной от нашей классификацией, недавно выступил в поддержку досрочной выписки при лечении некоторых психических заболеваний (*Bulletin de la Société médicale de Pau, septembre, octobre, novembre, décembre 1925*).

выглядит сомнительно. Но всякий, кто хоть немного знаком с психологией шизофреника, не отбросит ее, не рассуждая. Напротив, она покажется ему вполне правдоподобной. Впрочем, совершенно вторичная роль используемых медикаментов, неустойчивый характер результатов, необходимость добавлять психотерапевтические меры говорят в пользу этой концепции*.

В области лечения шизофрении введенное Блейлером понятие оставляет много места для психологического анализа. В то же время этот анализ налагает на терапию ограничения, особенно там, где он имеет тенденцию превращаться в слишком жесткую доктрину. Вполне естественно, врач будет стремиться там, где возможно, выявлять комплексы, вызывающие некоторые симптомы, чтобы затем их устранить. Таким же образом он попытается обнаружить скрытые желания больного, и особенно тенденции к выздоровлению, все еще действующие в нем. Он воспользуется этим в своей терапии. Но, делая это, он не станет пренебрегать и другими средствами лечения, согласующимися с современной концепцией шизофрении. Во многих случаях из-за состояния больного, его возбуждения или негативизма даже поверхностный психологический анализ становится невозможным. В таких ситуациях, как мы видели, прибегают к иным средствам, чтобы прервать скованность поз шизофреника и устойчивость его реакций, а также чтобы установить контакт с ним. Терапевтический опыт, собранный таким образом, не мог не повлиять на наше поведение даже в отношении самых легких случаев. Здесь, как и там, речь всегда шла об одном и том же заболевании — шизофрении. Также врач должен остерегаться существующей в этой сфере опасности, связанной с исключительным и неумеренным доктринальным применением какого-то одного терапевтического метода, каким бы он ни был. Ему не следует забывать, что перед ним находится шизофреник, и он не должен противопоставлять жесткости его установок жесткость собственной доктрины. Врач постоянно должен задавать себе вопрос о том, до какой степени разрушающаяся личность больного способна в данный момент интегрировать в свою жизнь комплексы, которые мог выявить психологический

* J. Klaesi, «Einiges ueber Schizophreniebehandlung», *Zeitschrift für gesamte Neurologie u. Psychiatrie*, vol. LXXVIII, 1922.

анализ. Кроме того, врач, не ограничиваясь каким-то одним методом, будет использовать все средства, способные установить эмоциональный контакт с больным и ослабить его аутизм. Он попытается получить ясное представление о всей психологической ситуации в целом. В своей оценке этой ситуации он, не ограничиваясь бессознательным, предоставит значительное место силам сознания, сколь патологическими они бы ни казались. Беседа иногда предпочтительнее научного анализа. Она не преминет оказать свое воздействие. Все здесь зависит от меры и такта. Очень часто нужно позволять себе руководствоваться плодотворной и творческой интуицией. Иногда даже нельзя сказать, какой именно процесс привел к желаемому результату. Ибо в лечении шизофреников в большей степени, чем все меры, о которых мы только что говорили, играет роль общая ориентация, происходящая непосредственно из терапевтического характера понятия шизофрении. Теперь больной шизофренией для нас не сумасшедший, фатальную эволюцию болезни которого мы безучастно наблюдаем. Он именно «шизофреник», т. е., индивид, порвавший связи с окружающей реальностью, но с чьей патологической установкой можно бороться. Мы считаем, что своим поведением по отношению к нему можем ему помочь, а подобное видение уже само по себе дает терапевтический эффект. Наш дух научной точности найдет это высказывание расплывчатым и недостаточным. Но нельзя забывать, что от человека к человеку и от врача к больному тянутся неуловимые струны, которые невозможно описать словами. Интуиция найдет среди них те, что еще не повреждены, попытается настроить те, что звучат фальшиво, рискнет вновь натянуть струны, кажущиеся навсегда порванными, и, не отчаиваясь дисгармоничными и скрипящими нотами вначале, извлечет из сломанной скрипки медленные, но мелодичные звуки. Но для этого прежде всего нужно самому верить в возможность решения такой задачи. «Если говорить о терапевтическом скептицизме при шизофрении, то эта позиция отнюдь не безразлична к результатам лечения. Мы все хорошо знаем, как легко шизофреники поддаются активному и пассивному влиянию внешней среды, их окружения и т. п. в лучшую, но особенно в худшую сторону. Однако совершенно очевидно, что терапевтический скептицизм руководителя клиники с необходимостью скажется на работе всего учреждения, на всех его

сотрудниках, в первую очередь на медсестрах и санитарках. Изменится, пользуясь выражением Блейлера, сам *spiritus loci*^{*}, что неизбежно отразится на больных. Кроме того, как хорошо известно, для эффективного воздействия на других необходима собственная вера. При лечении шизофрении психиатр, не верящий в собственную терапию, «лишен самых надежных и действенных средств, имеющих в его распоряжении» (Репон).

В психиатрии, более чем где-либо еще, кроме знаний необходимы энтузиазм и вера.

Аутизм, а вместе с ним и шизофрения, так же как истерия поддаются обработке, но, так сказать, в противоположном смысле. Многое зависит от нашего собственного отношения. Полученные результаты свидетельствуют о справедливости этого замечания. Конечно, в Цюрихе, как и в других местах, лечение шизофрении не было полностью эффективным, не приводило с неизбежностью к выздоровлению. Однако под влиянием Блейлера эта болезнь стала *излечимой*, т. е. доступной для нашей терапевтической активности, как коллективной, так и индивидуальной. И теперь, когда у нас есть возможность оглянуться назад и обозреть проделанную в течение многих лет неутомимую работу, мы не можем считать эти слова некой химерой. Сейчас уже невозможно сосчитать число шизофреников, улучшивших свое состояние и возвратившихся к обычной жизни. В других условиях они погружались бы, вероятно, во все более глубокий аутизм. Даже в тяжелых случаях иногда удавалось адаптировать больного к жизни вне стационара. Это привело к заметному улучшению ситуации с медицинской и бюджетной точки зрения как для больного, так и для общества. Наконец, что касается терминальных состояний, этих результатов длительной изоляции, этих больных, застывших в стереотипных позах и наполняющих палаты психиатрических клиник, то они почти полностью исчезли. Блейлер даже жалуется, что во время своих лекций в клинике он не может показать своим ученикам таких больных.

Если бы только ввиду подобных результатов решительно отказались от термина «раннее слабоумие» там, где в действительности речь идет лишь о шизофрении! Ибо теперь *единство*

* Лат. «дух места». — Прим. перев.

терапевтических средств сделало еще более тесными связи между различными видами шизофрении, от самых легких до самых тяжелых, видами, на первый взгляд совершенно не связанными друг с другом. Эти терапевтические усилия и полученные результаты побуждают нас дважды подумать, прежде чем отколоть хоть малейшую часть от здания, построенного Блейлером. Именно они вызывают наше восхищение трудами мэтра, трудами, намного превосходящими масштаб простой хижины, которые на наших глазах превращаются в роскошный дворец, полный богатств и еще не найденных сокровищ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
<i>Глава I.</i> Шизоидность и синтония.....	8
<i>Глава II.</i> Основное расстройство при шизофрении и мышление шизофреника.....	59
<i>Глава III.</i> Аутизм.....	100
<i>Глава IV.</i> Шизофренические установки. Психические стереотипы.....	132
<i>Глава V.</i> Терапевтическое значение понятия шизофрении.....	189

Эжен Минковский

ШИЗОФРЕНИЯ
Психопатология шизоидов и шизофреников

Перевод с французского Ю. А. Ромашева

Формат 60 × 90 1/16.

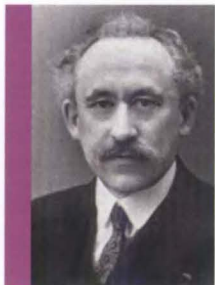
Объем 13 печ. л.

Тираж 1000 экз.

Заказ 659.

Издательский Дом «Городец»
105082, г. Москва, Переведеновский переулок, д.17, к. 1
тел. +7 (495) 640-1521

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».
Филиал «Чеховский Печатный Двор».
142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1.
www.chpd.ru, тел. +7(499)270-7359



Эжен Минковский (1885-1972) — французский психиатр. Выдающийся специалист по личностным расстройствам.

В представленной вниманию читателя работе, одной из самых известных в истории мировой психиатрии, впервые в достаточной степени последовательно применён комплексный структурный подход к описанию феномена шизоидных расстройств. Автор разделяет психоклиническую (структурную) и психоаналитическую (события из прошлого пациента, сформировавшие содержание наблюдаемых симптомов) составляющие шизофрении. Процесс развития личностного расстройства описывается в рамках глобального подхода к проблеме, близкого школе Анри Бергсона, как расходящаяся эволюция этих двух составляющих, тесно связанных на первой стадии заболевания. После краткого рассмотрения в начале книги шизоидной конституции, автор переходит к наиболее важной части своей работы — обсуждению данных, относящихся к глубинной структуре психизма при шизофрении.

www.gorodets.ru

ISBN: 978-5-906815-77-4



9 785906 815774



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ