

A625585

◎ 亂世の精神と思想の歴史

Атактическое
и шизофрания

Случевский Ф. И. Атактическое мышление и шизофазия. Л. «Медицина», 1975, 160 с.

Монография подводит итоги многолетней работы автора по клинико-экспериментальным исследованиям различных форм расстройств речевого поведения как признака различных форм психических заболеваний. Дифференцировка отдельных наиболее значимых клинических форм расстройств мышления позволяет дать более тщательную клиническую характеристику основного предмета исследования — атактического мышления и шизофазии. Как дополнительные к клиническим, автором были использованы методы формальной (математической) логики, патологии нейропсихологии, психолингвистики. Для уточнения клинической значимости изучавшихся феноменов применялись статистические методы, в том числе методы вычислительной диагностики. Работа иллюстрирована выписками из историй болезни, протоколами и иллюстрациями.

Книга рассчитана на врачей-психиатров, медицинских психологов. Она может представлять интерес для специалистов по психолингвистике, нейрофизиологии и смежных дисциплин, интересующихся проблемами организации речевых функций и применением математических методов для диагностических целей. Книга содержит 4 рисунка, 13 таблиц; библиография — 156 названий.

С 51 700—091
039(01)—75 142—75

© Издательство «Медицина»,
Москва, 1975 г.

ВВЕДЕНИЕ

Развитие клинической психиатрии последних десятилетий, как в нашей стране, так и за рубежом, идет по пути уточнения клинико-нозологических понятий, динамики психопатических состояний и дальнейших попыток нозологических дифференцировок. Одновременно развитие психиатрической науки приводит ко все более отчетливо формирующемуся «разноязычию» психиатров не только различных стран, но даже и различных коллективов, работающих территориально смежно.

Считается очевидным однозначное понимание феноменологических явлений (симптомов), что фактически не соответствует действительности. Основой этого процесса является, с одной стороны исторически неизбежный процесс изменения содержания понятий в связи с развитием психиатрии и смежных дисциплин, с другой стороны — известная произвольность пользования понятиями, обусловленная нередко недостаточным знакомством с первоисточниками. Примером такого рода могут быть «разночтения» понятий «аутистическое мышление», «деперсонализации-психосенсорные расстройства», и т. п. Следствием названных «разночтений» являются неверные синдромологические оценки состояний. Так, скажем, утверждение больного о том, что он подвергается «гипнозу» или «читаются его мысли», нередко дает повод к диагностике синдрома психического автоматизма у больного с белой горячкой или аментивной спутанностью.

При первых же попытках внедрения в психиатрическую науку вычислительных методов диагностики стала очевидной невозможность однозначной синдромологической и нозологической диагностики. Поэтому

наиболее актуальна в настоящее время проблема возврата к определению понятий феноменологического уровня (симптомов). Клинические описания «старых авторов» (сделанные 70—50 лет назад) могут быть подкреплены и целым рядом описаний современного уровня данных.

В виду того, что в данной работе рассматриваются расстройства речевого поведения у психически больных необходимо уточнить основные понятия. Под патологией речевого поведения автор понимает расстройства коммуникативных возможностей, проявляющиеся преимущественно через нарушения экспрессивной речи и поведения в целом. Основой расстройств речевого поведения могут быть как нарушения функций мышления, так и расстройства собственно речевых функций, или же их смешанные формы. Под расстройствами мышления понимаются нарушения высших форм познавательных процессов, которые могут не сопровождаться расстройствами экспрессивной речи, — например, некоторые формы бреда, резонерство и т. п. Под нарушениями речевых функций понимаются расстройства системы выражения, т. е. неспособность правильно воспользоваться исполнительской и сравнительно суверенной подсистемой (по отношению к мышлению), в ряде случаев они могут расстраиваться изолированно (например некоторые формы афазий). Автор допускает существование смешанных форм одновременных расстройств мышления и речи (*«aphasie avec incohérence»* J. Delmond, 1935). Дифференцированию этих форм, определению их клинико-диагностической значимости и посвящена настоящая работа.

Глава I

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ АССОЦИАТИВНОЙ СПУТАННОСТИ (речевой бессвязности)

Психиатрическая наука в настоящее время не располагает законченной и общепринятой классификацией ассоциативных расстройств. Каждый автор предлагает свои варианты группировок этой категории психопатологических расстройств.

В течение последних лет этому вопросу уделяется явно недостаточное внимание. Однако в классической психиатрической литературе этот вопрос освещался более развернуто. Так, уже у Крафт-Эбинга предлагаются достаточно подробная классификация ассоциативных расстройств с выделением двух больших групп — дисфазий и дисфразий. Позднее соответствующие классификации предлагаются в руководствах С. С. Корсакова, В. П. Сербского, Э. Крепелина, Е. Блейлера и др. Наиболее обобщенный перечень основных форм ассоциативных расстройств представлен в единственном за последние несколько десятилетий капитальном изложении учения по общей психопатологии В. П. Осипова, где выделяются три основных их группы — апрозексическая атаксия, астеническая атаксия и атимическая атаксия. В более поздних руководствах наиболее четко данный вопрос освещен в книге И. Ф. Случевского, где выделяются четыре основных формы речевой бессвязности: 1) аментивная, 2) атактическая, 3) маниакальная, 4) хореатическая. К сожалению, последняя классификация, несмотря на свою четкость охватывает лишь тяжелые формы развернутых картин речевой спутанности, чаще всего наблюдаемые в состояниях выраженного обострения психоза. Совершенно при этом не находят своего места более «мягкие» формы, встречающиеся в психиатрической практике несравненно чаще. Кроме того, не находят

своего места также (выделявшиеся еще Е. Блейлером) расстройства ассоциативной деятельности при широком круге «органических поражений» головного мозга — у больных эпилепсией, при грубых явлениях слабоумия и олигофрении и т. д. Руководства по общей психопатологии последних лет (В. М. Банчиков с соавт., 1971; А. А. Мегробян, 1972, и др.) повторяют с вариациями вышеприведенное.

С учетом основной задачи — выделения «шизофренических» форм расстройств мышления, использовался несколько дополненный перечень отдельных видов ассоциативных расстройств представляющий собой нечто среднее между классификациями перечисленных выше авторов, в основном В. П. Осипова и И. Ф. Случевского.

Расстройства темпа мышления. Сюда входят ассоциативные расстройства, связанные с болезненно ускоренным или замедленным темпом мышления. Практически речь идет о расстройствах мышления «маниакальных больных» («апрозексическая атаксия» по В. П. Осипову), так как замедление темпа мышления, как правило, процессуально-ассоциативных расстройств мышления не вызывает [если не считать необходимость выделения явлений заторможенности мышления (*Hemmung*) и «остановки мысли» (*Sperrung*)]. Существом расстройства, как это широко представлено в литературе, при маниакальной бессвязности является болезненно ускоренный темп возникновения представлений, преобладания поверхностных, «механических» ассоциаций.

Астеническая спутанность — широкий круг процессуально-ассоциативных расстройств, где на одном полюсе — легкая непоследовательность суждений астенизированной личности, когда «больной надолго или на время утрачивает власть над своими мыслями и не в состоянии сделать целесообразного выбора из имеющихся в его распоряжении ассоциированных представлений. Это ведет к тому, что с одной стороны, в сознании могут повторно возникать одни и те же группы представлений, с другой же стороны, любое представление тотчас же апперцептируется, коль скоро оно достигает известной силы, притом совершенно независимо от того, согласуется ли оно по

своему содержанию с общим ходом мыслей или нет¹. На другом полюсе — развернутая картина аментивной спутанности по И. Ф. Случевскому, *ipsogerezia idearum* или *dementia acuta* по Крепелину. Такого рода расстройства описывались при «острых состояниях истощения», «бреде вследствие коллапса», «астенической спутанности» (С. С. Корсаков, Э. Крепелин) и в рамках затяжных состояний — аменции Майнерта или дизпойи С. С. Корсакова. Существом расстройства является то, что «мышление пассивно направлено на объект и задание. У больных нет достаточного полного понимания задачи и охвата ситуации. Сложная взаимосвязь явлений не улавливается ими. Суждения слабы, поверхностны и ошибочны. Синтез не опирается на достаточный анализ и не полон. Критика снижена. Поэтому предполагаемое кажется достоверным, возможное действительным...»². Иначе говоря, сущность расстройства — в утрате возможности синтеза, охвата ситуации с беспорядочными расстройствами фактически всех сторон и всех уровней мыслительной деятельности, вплоть до распада синтаксического строя предложений (В. М. Банщиков с соавт., 1971).

Бредовая спутанность. Сущность явления описана Е. Блейлером, а позднее Е. А. Шевелевым. Последний подчеркивает два механизма возникновения этого клинического явления. Первый — незавершенность формально логического выражения мысли. Нередко больной в целом мыслит правильно, однако использует при этом «свернутые умозаключения», где целые звенья доказательства, как безусловно очевидные для излагающего, но не для слушателей, опускаются. В результате — отрывочность, непоследовательность, алогичность до бессвязности. Второй — аффективная направленность, искажающая так же логический процесс. По Е. Блейеру (1927) аффективность часто «отклоняет» логику от определенных правильных путей или направляет ее по окольным,

¹ Крепелин Э. «Введение в психиатрическую клинику». М., 1923, с. 87.

² Авербух Е. С. «Астенический психоз». — Тр. съезда невропатологов и психиатров, 1950, с. 264.

чуждым реальности путем. Нетрудно убедиться, что с подобного рода механизмами непоследовательности суждений приходится сталкиваться и вне какого-либо болезненного состояния — скажем, на высоте аффекта (непатологического) у здорового человека. Однако у бредовых больных, особенно на высоте аффективного напряжения, такого рода непоследовательность, нередко и бессвязность, достаточно часто приходится наблюдать вне зависимости от нозологической принадлежности бредового состояния.

Прочие «вторичные» расстройства ассоциативной деятельности. Сюда относятся: «резонерство эпилептиков», прямо вытекающее из торпидности, медлительности, с тавтологиями, персевераторностью и т. п.; примитивно-аффективная направленность «одним пучком», как «через замочное отверстие» (Е. Блейлер, 1927), с убожеством ассоциаций, а иногда витиеватостью мышления «органиков»; крайняя ограниченность и стереотипность возникающих представлений у слабоумных больных и умственно отсталых и т. п. В эту же группу могут быть отнесены больные с глубокими «недифференцированными» расстройствами мышления, где благодаря глубоким изменениям интеллектуальной деятельности и резчайшей степени «нечеленаправленности» мышления (Б. В. Зейгарник), либо при помрачении сознания тип ассоциативных расстройств вообще различить невозможно. Близка к этой форме «хореическая спутанность» И. Ф. Случевского. В целом, такого рода состояния могут быть итогом любого типа ассоциативных расстройств, когда утрачиваются характерные для какой-то определенной формы черты и развивается нечто грубое, стирающее какие-либо отличия отдельных форм, подобно тому, как глобарное слабоумие стирает индивидуальные черты личности (или коматозное состояние, где утрачивается специфичность соматических, психопатологических, неврологических явлений вне зависимости от этиологии).

Собственно «шизофренические» расстройства мышления. Дифференцировка вышеприведенных групп процессуально-ассоциативных расстройств позволяет ограничить более или менее четкую и наиболее значимую для настоящего изложения группу.

Формулируя общепринятое представление о так называемых «шизофренических» расстройствах мышления правильно, вероятно, назвать следующие основные «грубые» клинические признаки: а) несвязность и непоследовательность высказываний при «клинически ясном сознании», т. е. правильной ориентировке в окружающем, собственной личности и ситуации в целом; б) диссонанс между характером речевой — мыслительной продукции больного и другими проявлениями психической активности — поведением, эмоциональными реакциями, формальными интеллектуально-мнестическими возможностями и др.; в) сравнительную грамматико-синтаксическую и интенционно-мелодическую правильность речи при семантической ее несостоятельности, часто смысловой пелепости содержательной ее стороны.

Феноменология «шизофренических» расстройств мышления впервыедается комплексно в связи с описаниями выделенного как отдельное заболевание *dementia praecox* (Э. Крепелиным), а затем шизофрении (Е. Блейлером). Фактически в дальнейшем эти описания переходят из учебника в учебник с небольшими отличиями, определяющимися индивидуальной точкой зрения автора. Однако описания расстройств мышления, которые сегодня могли бы быть квалифицированы как «шизофренические», приводятся и в более ранних руководствах и отдельных исследованиях. Так, в литературе в большинстве случаев первыми упоминаются Grisinger, описавший «бесплодное мудрствование», и Kahlbaum, описавший «вербигерации» (пустословная речь), при которых больные произносят бессвязный набор слов и предложений с видимым характером осмыслинной речи (цит. по Крафт-Эбингу). Следует также отметить, что характерные расстройства мышления такого типа отмечаются в «докрепелиновский» период, но в связи с различными болезненными формами. Так, у С. С. Корсакова дается описание таких расстройств с приведением клинических примеров в разделе «психозов у дегенераторов» («резонирующее помешательство»). В настоящее время, вслед за Е. Блейлером, давшим наиболее подробное описание особенностей мышления при шизофрении, к

«шизофреническим» формам расстройств мышления причисляют обычно склонность к формированию «неологизмов», резонерство, символическое и «разорванное» мышление (Э. Крепелин) или атактическое мышление (П. А. Останков)¹, паралогическое мышление², вербигерации (Kallbaum); некоторые авторы называют также выделенную Э. Крепелином шизофазию. Мы не называем здесь описываемые обычно в главе нарушений мышления при шизофрении расстройства, которые по сути дела относятся к патологии двигательных (волевых) функций — стереотипии, явления «эхо» и т. д.

В литературе неоднократно дебатировался вопрос об общих механизмах «существа» шизофренических расстройств мышления. Обобщая, можно выделить ряд сформулированных разными авторами основных механизмов.

Е. Блейлер, говоря о «расстройстве ассоциативного напряжения», «разрыхленности ассоциаций», «неполноте понятий», «сгущениях», «замещениях», «символах» и т. п., подчеркивал близость механизмов формирования расстройств мышления при шизофрении с формированием сноподобных фантазий, грез, т. е. в процессуально-ассоциативных расстройствах при шизофрении видел основной механизм тот же, что и в состоянии сна. Этой же точки зрения придерживались Э. Крепелин, О. Вумке. Близким фактически к этому является механизм «утомления» (Schneider, 1934 и Вумке, 1933). Больше того, механизм «сон-утомление» в сущности близок к пониманию И. П. Павловым шизофренического процесса как возникновения тормозного состояния (фазовых состояний) в ответ на «сверхсильные раздражители», падающие на «мимозную» невро-психическую организацию больного. Это понимание дает

¹ Некоторые авторы отождествляют эти понятия, некоторые же понимают «разорванность» как более широкий круг расстройств, чем атактическое мышление.

² Эта форма большинством авторов относится к «шизофреническим» расстройствам, однако некоторые авторы (Е. А. Шевелев, И. Ф. Случевский) расценивают эту форму лишь как механизм бредообразования и соответственно не относят к узко «шизофреническим» расстройствам.

возможность оценить патофизиологическую природу болезненного состояния, но к сожалению, не может дать полных объяснений всему своеобразию и сложности психопатологических явлений, что и подчеркивают все авторы, придерживающиеся этой точки зрения.

Второй, не менее аргументированной позицией является точка зрения ряда психологов и психиатров, в первую очередь Л. С. Выготского, которые привлекают к анализу особенностей основной структуры расстройства мышления при шизофрении психологические теории фило- и онтогенетического развития мышления (А. Ф. Лазурский, 1912, Л. С. Выготский, 1933, 1956, Piaget, 1954, Wallon, 1942, позднее С. Л. Рубинштейн, 1958, и др.). Понятия «комплексного» или «синкетического» мышления, наблюдаемого у детей при формировании у них абстрактно-логических функций, используются при рассмотрении мышления больных шизофренией. Названная система анализа в конечном счете сводится к вышеприведенной, так как возврат к «долгическим» механизмам мышления трактуется как проявление торможения по аналогии с состоянием сна. Эта позиция, существенно дополняя первую, вместе с тем также полностью не объясняет многих клинических явлений.

Третьим направлением в оценке основных механизмов мышления больных шизофренией является попытка вывести сущность этих расстройств из патологии эмоциональной сферы. Такой подход обусловлен влиянием учения Freud о подсознательном, о комплексных переживаниях и т. д.

В психиатрии (в частности, в приложении к проблеме шизофрении) такое влияние сказалось прежде всего в книге Е. Блейлера «Аутистическое мышление». Автор показывает, что при аутистическом мышлении «мысли по существу подчиняются аффективным потребностям, т. е. желаниям, а иногда и опасениям»¹.

Этот механизм широко встречается в формировании мыслительного процесса у совершенно различных контингентов в патологических и непатологических

¹ Блейлер Е. «Аутистическое мышление», 1927, с. 11.

условиях, начиная от детей и истериков до больных различными психозами с бредовыми состояниями, и наконец, больных шизофренией, где противоречие душевных движений и реальности достигает крайних пределов. Значимость эмоционального состояния для формирования расстройств мышления безусловно, весьма велика. Это подчеркивается рядом авторов (Е. А. Шевелев, 1930; Р. Я. Голант и А. Е. Янковский, 1934, а в последние годы — З. П. Гуревич, 1964; Т. И. Тепеницина, 1965).

Однако, уже Е. Блейлер отмечает, что этим не исчерпывается существо расстройств мышления при шизофрении, где специфическим признаком является комбинация аутистических механизмов и своеобразных расстройств ассоциативного процесса. Эта точка зрения в конечном итоге также приводит к аналогии с состоянием сна, дополняя первые две.

Формально близкой к вышеприведенной, а фактически абсурдной, является попытка объяснений шизофренического мышления и шизофренического процесса в целом путем прямого приложения учения Фрейда, созданного на материале невротических состояний. Как это ни кажется странным, до настоящего времени ряд зарубежных психиатров, в частности психиатры США, придерживаются такой позиции.

Четвертым направлением в попытке найти пути основных «шизофренических» механизмов поведения и мышления явилась точка зрения Kleist, трактавшего эти формы расстройств как явления афазии, наступающей в результате органически-деструктивного процесса соответствующей локализации. Эта точка зрения опровергнута клиническими и патолого-анатомическими наблюдениями. Не отрицая возможности некоторых аналогий, допустимых лишь с позиций функционально-динамической локализации изменений соотношений возбудительного и тормозного процессов по Н. Е. Введенскому — И. П. Павлову, принять представления о локализованных грубоморфологических изменениях как основе расстройств мышления при шизофрении было бы неправильным (Н. Н. Трауготт, 1964).

Необходимо также, по-видимому, выделить «психолингвистическое» направление исследований, расстройств мышления при шизофрении¹, которое представлено в настоящее время достаточно большим числом исследований.

Это направление позволяет приблизиться к изучению наиболее сложного звена психической деятельности, вскрывая интимные отношения «знак — символ — понятие», и далее «экспрессивная речь — внутренняя речь — мышление».

Наличие столь различных объяснений механизмов «шизофренических» расстройств мышления и вместе с тем их неполнота заставляют предполагать, что во-первых, эти расстройства, по-видимому, весьма сложны, и во-вторых, что группа этих расстройств неоднородна.

Попытки классификаций «шизофренических» и близких к ним расстройств мышления имели место уже в 30-е годы. Так, Е. А. Шевелев выделяет четыре варианта расстройств мышления: 1) схематизирующий, 2) символизирующий, 3) идентифицирующий и 4) формальный.

Э. А. Евлахова различает семь типов: 1) банальный, 2) разорванный (с двумя вариантами), 3) резонерский (с тремя подвидами), 4) символический (с двумя подвидами), 5) сенсорный, 6) истерический и 7) навязчивый. Такого рода классификации построены на клинико-психологических данных и в целом носят описательный характер. Неоднородность «шизофренических» расстройств мышления отмечалась уже Крепелиным, Блейлером, Kleist. В дальнейшем во многих исследованиях и руководствах также подчеркивается эта неоднородность, причем некоторые авторы соотносят эти различия с клиническими формами шизофрении, в основном кататонической и параноидной (Kleist, 1934, М. О. Гуревич, 1949, А. А. Чернуха, 1937, и др., а в последние годы Ю. Ф. Поляков, 1965, В. Н. Фаворина, 1961, А. Б. Савицкая, 1963 и др.).

Другие авторы фиксируют внимание на этих различиях мышления — речи (М. С. Лебединский, 1959,

¹ Роговин М. С. Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1971, в. I; 1972, в. II; 1973, в. III.

Н. П. Татаренко, 1938, Е. А. Попов, 1959, М. С. Вроно, 1959), давая в конечном итоге также клиническую интерпретацию полученным данным. Наконец, наиболее развернутая классификация расстройств мышления вообще, в том числе «шизофренических», изложена в монографиях Б. В. Зейгарник, где также показаны несколько различных механизмов формирования нарушений мыслительной деятельности при шизофрении. В ряде работ клиницистов-психиатров даются близкие к перечисленным классификации расстройств мышления (А. А. Перельман, 1957, Н. В. Конторович, 1971, и др.). Таким образом, большинством авторов «шизофренические» расстройства мышления делятся как минимум на две группы как по механизмам возникновения, так и по клиническому их выражению. Наиболее клинически четко такое разделение представлено в работах М. С. Вроно. На материале «конечных состояний» автором выделяются две основные и третья — смешанная группа речевых расстройств при шизофрении: 1) шизофазия, 2) разорванность, 3) смешанная (из первых двух групп) форма. Авторомдается достаточно четкая клиническая характеристика этих форм и увязывается шизофазия с бредовыми формами («бредовая бессвязность»), «разорванность» — с кататоническими формами («кататоническая бессвязность»). Смешанные формы соответственно занимают промежуточное положение.

Принимая во внимание, что классификация М. С. Вроно является в известной мере обобщением всех предшествующих классификаций, а кроме того, клинически имеет четкую оформленность и соответственно, убедительность, мы считаем оправданным при дальнейшем изложении опираться именно на эту классификацию. Выделенные формы, по-видимому, не исчерпывают всех возможных характеристик шизофренических расстройств мышления, вместе с тем предлагаемые М. С. Вроно формы мыслительных расстройств являются приемлемыми. Принимая основной принцип связи формы расстройств мышления с ведущим психопатологическим синдромом (бредовая и кататоническая форма), и полностью используя понятие шизофазии в том виде, как оно определяется М. С. Вроно, мы считали целесообразным применить

для обозначения «кататопической бессвязности» понятие П. А. Останкова «атактическое мышление», которое, с нашей точки зрения, клинически звучит более четко и несколько уже, чем понятие речевой «разорванности».

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВИДЫ «ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ» ФОРМ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Особенности обеих основных форм «шизофренических» расстройств мышления целесообразно рассмотреть на клинических примерах.

Наблюдение 1. Больной К., 1916 г. р. Находится в психиатрической больнице с 28/II 1958 г. после кратковременного перевода в соматическую больницу, фактически же непрерывно с 1948 г. Из анамнеза — известно, что родился в здоровой семье служащих. Род и развивался правильно. Успешно окончил среднюю школу и литературоведческий факультет университета. Работал журналистом. С 1941 г. — военный журналист. В 1944 г., во время выполнения задания, безмотивно убил шофера автомашины. Был на судебно-психиатрической экспертизе, где было констатировано психическое заболевание в форме бредового синдрома. С тех пор не работает, так как практически без перерыва находится в психиатрических больницах.

В прошлом перенес детские инфекции, дизентерию во время войны (перед началом психического заболевания). Тяжелый отит с последующей радикальной операцией (уже будучи в психиатрической больнице), после чего и был вновь возвращен в психиатрическую больницу. Других серьезных заболеваний не было. Психически болен, как это указывалось выше, с 1944 г. Многократно стационарировался в психиатрические больницы, вначале в Москве, затем в Ленинграде. Практически перерывы между пребываниями в психиатрических больницах исчислялись днями и неделями. Получал неоднократно все формы «активной терапии», без ощутимого эффекта. В 1947 г. подвергся операции префронтальной лейкотомии, после которой имело место хорошее состояние (близкое к выздоровлению), когда больной в течение месяца находился дома. Вновь был госпитализирован, причем с просьбой о госпитализации обратился сам же больной, который по прошествии месяца пребывания дома заявил, что вновь заболевает. С тех пор практически без перерыва (с 1948 г.) находится в психиатрической больнице. При первых госпитализациях наблюдался параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдром, который очень быстро сменился кататоническим, практически сохраняющимся и до настоящего времени.

В течение многих лет состояние колеблется. Несколько лет — в непрерывном возбуждении, громко кричит, поет, находится в беспорядочном возбуждении, рвет постельные принадлежности, совершает нападения на больных и персонал, стремится к разрушительным действиям. Это состояние сменяется типичной карти-

ной кататонического ступора с явлениями восковидной гибкости, стереотипами в действиях и речи, эхолалией, эхопраксией. Застигает в вычурных позах, гримасничает, походка неестественна, своеобразна. На фоне ступорозного состояния также эпизоды импульсивной агрессии и разрушительных действий. Неряшлив, себя не обслуживает. В жизни отделения и трудовой терапии участия не принимает.

Психическое состояние однообразное (в течение многих лет), полностью ориентирован в месте, времени и окружающих лицах. Данных за наличие бредовых и галлюцинаторных переживаний не выявляется. Постоянно находится либо в состоянии ступора, либо возбуждения. В обоих состояниях поведение нелепо. Вычурная походка, делает приседающие движения и ставит ноги при ходьбе «зигзагообразно». Гримасничает, мимические и пантомимические движения своеобразны, манерны, неадекватны ситуации. Грубо выраженные ассоциативные нарушения (спутанность). В беседе с окружающими и врачами делает нелепые суждения и умозаключения либо неадекватно смеется при этом, либо придает лицу вычурно серьезное, «сосредоточенное» выражение: «Я прописан в воздухе в целях идеи коммунистической революции. Темой с пробитием ордена вам дает Дуня Добряк. Секундомер этот имеет вашу дачу по грамматическому синтаксису, который американский способ вы считаете метафорой. Жизненный уровень ваш средне колиброван. Четыре — листопад. Советская власть дает вам на прощанье батон с цветами, т. о. Черное море рассеялось и у вас стали рыбные усы, расчленятся и к Бродвею. Почему вы исторический художник, сбежавший с бальзамом».

Наиболее рельефно характер ассоциативной деятельности больного отражается в данных ассоциативно-словесного эксперимента, приводим выписку:

*Слово-раз-
дражитель*

	<i>Словесная реакция¹</i>
Боль	Вы не испытываете никакой боли от сифилиса (1,9)
Аромат	Аромат клубники для больницы весьма гинекологичен (1,1)
Шерсть	Против шерсти человек умирает относительно безусловно (2,3)
Подкова	Подкова это вещь хирургическая (1,9)
Сон	Здесь сок, а здесь сон, плачу барыш по шахматам (3,2)
Лист	Лист это дирижер и техник (1,1)
Желание	Мое видеть Н. безуспешно (1,1)
Лето	Когда я видел Н. в Разливе в момент бомбёжки Берлина (2,0)
Поездка	Моя поездка в Берлин состоялась безуспешно (0,8)
Август	Амальгама шерсти чужих рук с клубничной стороны вызывает восхищение, ария Шемякина и слова ваши (1,3)

¹ Цифра в скобках — величина латентного периода.

После окончания эксперимента больной сделал следующую собственноручную запись: «Соком русской революции восклицание... Вейсмана о клубнике болица» Н. К. (неразборчивая подпись).

Речевая продукция, как правило, носит вышеуказанный характер, однако эпизодически больной делает неожиданно адекватные сообщения или выводы о событиях на отделении, поступках отдельных больных или работников отделения. Делает неожиданно тонкие сравнения, подмечая детали, особенности поступков и высказываний окружающих, в основном врачей, дает им меткие и саркастические (при этом часто справедливые!) оценки. На фоне грубо нарушенной ассоциативной продукции вдруг делает остроумные сопоставления, используя при этом сведения из классической литературы, истории, а иногда и данные текущих событий международной политики. Тем самым обнаруживает сохранность прежних знаний, способность ими тонко и умело воспользоваться. Хотя и прямое обследование с применением соответствующих методов оценки памяти и интеллекта крайне затруднено, однако отдельные ответы больного, а также указанные выше наблюдения позволяют считать, что грубого снижения памяти и формально-интеллектуальных возможностей у больного нет. Никаких желаний, стремлений больной не обнаруживает — «то, что я ничего не делаю это закономерно, потому что я в Мюнхене не был и в Мюнхен не стремлюсь...». Безразличен ко всему, в том числе и к удовлетворению своих инстинктивных потребностей; пассивно подчиняется соответствующим требованиям стационара. С окружающими не общается, никакой активности (не считая импульсивных нелепых поступков) ни в чем не проявляет. Каких-либо активных проявлений эмоциональной жизни у больного обнаружить не удается.

Неврологически: локальных симптомов очагового органического поражения головного мозга не обнаружено. В спинномозговой жидкости р. Ланге 122 211 III, в остальном без патологии.

Соматически: в лобной области следы перенесенной операции (лейкотомии). Последствия перенесенной радикальной операции по поводу отита слева. Внутренние органы и данные лабораторных исследований при многократных исследованиях патологических изменений не обнаруживают.

Диагноз: шизофrenia.

Наблюдение 2. Больная Я., 1916 г. р. госпитализировалась в психиатрические больницы многократно.

Из анамнеза — известно, что мать больной умерла от туберкулеза легких, отец — от сердечного заболевания. Психически больных в семье не было. Больная росла и развивалась правильно. С 11 лет воспитывалась в детском доме. Окончила 7 классов средней школы, работала с 17 лет веретенщицей, затем много лет лаборанткой. С 1955 г. не работает, инвалид II гр.

Менструации с 13 лет, цикл нормален, в 1946—1949 гг. дисменорея, было 2 беременности (выкидыши и нормальные роды). Имеет дочь.

Перенесла корь, скарлатину, свинку, пневмонию с тяжелым общим состоянием и помрачением сознания. В 1949 г. операция

по поводу фиброномы матки. С этого же времени — туберкулез легких.

С 11 до 18 лет (после лихорадочного заболевания с «мозговыми явлениями») у больной имели место судорожные припадки. С 1946 г на фоне соматических заболеваний и астенизации первые психотические явления в форме бредовых идей отношения, в дальнейшем картина синдрома психиатрического автоматизма, в связи с чем неоднократно стационировалась в психиатрические больницы с обострением психотических состояний. В 1956 г. — картина развернутого делириозного состояния с обильными слуховыми и зрительными галлюцинациями на астеническом фоне. В течение последних лет поступает с однотипными обострениями психотического состояния, которые характеризуются актуализацией бредовых идей отношения, преследования, воздействия с выраженным речевыми расстройствами — витневатостью, непоследовательностью до бессвязности. Вне психотических состояний полностью упорядочена в поведении, обслуживает себя и дочь, первые годы продолжала работать, последние годы имеет инвалидность II гр. Несмотря на то, что больная длительный срок уже не работает, продолжает поддерживать связь с товарищами по работе, которые проявляют о ней заботу в периоды обострений. Вне обострения больная также имеет хороший контакт с соседями по квартире, которые также в течение ряда лет принимают в ней участие, посещают в больнице в периоды обострений.

Психическое состояние: правильно ориентирована. Достаточно контактна, многословна в беседе. Крайне астенизована физически и психически. Сообщает, что перед госпитализацией испытывала ощущения, будто окружающие люди и предметы меняют свою форму и очертания — девочка «сохла на глазах», сосед «расплывался». В это же время эпизодические зрительные и слуховые галлюцинации — «видела кошек», слышала «разговоры». Высказывает отрывочные бредовые идеи отношения, преследования, воздействия — «действуют лучами», «дочь от гипнозного сожительства», и т. п.

Речь больной крайне витневата, изобилует сложными, нередко плохо понимаемыми формулировками. При этом говорит быстро, как бы стремясь довести до понимания слушателя свою мысль, в речи много повторений, фонетически сложных слов. Речь богата насыщена интонациями, сопровождается живыми мимическими и пантомимическими реакциями, отвечающими эмоциональному состоянию, но не всегда содержанию высказываний больной. Речь предметно направлена, но в связи с ее особенностями не всегда доступна пониманию. Так, больная на вопрос врача в связи с направлением на ВТЭК, нуждается ли она в пенсии или ей лучше дать возможность работать, дает пояснения:

«Я знала, что это более дом отдыха вы его купили. Все больные вопросы разрешает 9-й год. Все, что не достает человеку оплачивают. Если бомонт приходит, то он все подчистую, а как месяц подходит то нужно помогать. Кто создает кладовые чужого труда. Забыть человеку, что он сейчас купил, моментально они ему подменили, я не знаю чей это закон. Они не ядовитые, но химического воспитания. Они с детства приучены

к грабежам и отъему средств у любого рабочего и служащего. Я только прошу то, что обещали, поскольку они снимали с производства. Если аппараты и анализы ваши покажут, что я с 3-й группой, они дадут полную зарплату 400—500 руб. Карий глаз мой не откажется от работы, а две недели я без чая и сахара. Если только сном бегают и плачут, что 450 руб., а в деревне по плану 7 дней на 25 домов и 4 силовых — это то, что у вас на тяжелой работе. Протоколы жизненности все у вас».

Интересно отметить, что у данной больной ассоциативно-словесный эксперимент несравненно меньше, чем у предыдущего больного (набл. № 1), отражает особенности речевых расстройств.

Выдержка из ассоциативно-словесного эксперимента

Слово-раздражитель	Ответная реакция ¹	Примечание
Трава	Трава двойная (1,8)	1. По окончании эксперимента больная поясняет: «Это значит упитанная и особо важная, рис и прымка к рису и гречиномоложение значит и крепость»
Степь Яблоко	Далека (2,6) Яблоко, яблоко... я не покупала... не знаю, до осени (2,7)	
Город Верность	Ленинград (1,8) Москва (2,2)	2. Поясняет: «Я считаю, она... преданная. Развитие природы дошло нынче»
Овощи Культура	Агроном (3,5) Культура вот культура смотря какая она может быть разная (6,3)	
Стекло Клубника Шерсть Аромат	Видящее (2,5) Нежная (1,7) Шерсть, средняя (2,5) Аромат. Ядовитый, а потому я его не употребляю. Воздержаться надо (3,4)	

¹ Цифры в скобках — латентный период.

При этом многие ответы на вопросы вполне адекватны, так что больная в целом дает о себе достаточно подробные сведения,

достаточно внятно сообщает жалобы, раскрывает болезненные переживания.

Помимо идей отношения, воздействия, обнаруживает иллюзорическую настроенность, высказывает бредовые идеи соответствующего содержания; по-видимому, имеют место сенестопатии. Так, заявляет, что ощущает воздействие на половую сферу, жалуется на неприятные ощущения в желудке, при этом формулирует это «поскольку желудок не выражает обратно пищу это и есть эпидемия. Желудок страдает выражением в трех видах». Считает себя больной «по кровям».

Сообщая о том, что у нее несколько дней нет стула, поясняет «так и нет убранства за большой». Выражает опасения — «будет повторное явление — хроника».

Первое время в больнице тревожна, напряжена, несколько депрессивна, однако высказывания и в этом контексте также своеобразны — «Я не спрашиваю домой, т. е. закончена моя процедура жизни», «от вас я кроме мертвца не буду». В поведении полностью упорядочена, режима отделения не нарушает, но особого контакта ни с кем не имеет, вяла, астенизирована. Оживляется при беседе о доме, дочери. Адекватно переживает помещение девочки на период ее госпитализации в детский дом, но формулирует это — «девочка в общественном воспитании». В целом имеет адекватные бытовые интересы, беспокоится, как было указано выше, о своем здоровье.

Неврологически: маскообразность лица, зрачки правильной формы, правый шире левого, фотомоторные реакции достаточно живые. Язык девинирует вправо. Других симптомов очагового органического поражения головного мозга не выявляется. Обызвествление *falx cerebri*. Спинномозговая жидкость — цитоз $\frac{1}{3}$, белок 0,16%, р. Ланге 1111111111. Белковые реакции отрицательные. Сахар крови — 90 мг%, в спинномозговой жидкости — 70 мг%.

Соматически: выраженная общесоматическая астенизация, близкая к кахексии (болезнь Симмондса?) Колебания АД. Дисменоррея. Эрозия шейки матки. Дизищефальные пробы отрицательны. Расширение границ сердца влево, тоны приглушенны, систолический шум на верхушке. Экстрасистолия. В легких — жесткое дыхание с бронхиальным оттенком.

При рентгеноскопии — рассеянные очерченные очаги туберкулезного процесса. В настоящее время туберкулезный процесс вне стадии обострения (заключение фтизиатра). В остальном со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

В анализах ускорена РОЭ до 54 мм в час. Формула крови не изменена, в моче белок 0,039%. Других изменений в данных анализов нет.

Диагноз: Рецидивирующий психоз на почве перенесенного энцефалита (галлюцинаторно-бредовой синдром)

В процессе лечения полностью исчезли речевые расстройства и галлюцинаторно-бредовые переживания. Выписана в удовлетворительном состоянии без актуальных «психотических явлений», но без глубокой критики к перенесенному состоянию. В последующем многократно стационарируется с аналогичной психопатологической картиной. Вне обострений остается полностью упорядоченный в поведении, сохраняет связь с бывшими сотрудниками

ками, контактирует с соседями. Каких-либо изменений со стороны эмоционально-волевой сферы не выявляет. При последних госпитализациях отмечается некоторое снижение памяти и интеллектуальных возможностей.

Диагностика шизофрении у больного К. (набл. № 1) достаточно аргументирована и, как нам кажется, не может вызвать каких-либо сомнений, вне зависимости от «школы» или «точки зрения».

В наблюдении 2 необходима безусловно тщательная дифференциальная диагностика между последствиями энцефалита и шизофренией (больная Я.). Судорожные припадки в анамнезе после перенесенного тяжелого лихорадочного заболевания достаточно убедительно говорят в пользу перенесенного ею мозгового заболевания. В последующем, после ряда лет хорошего состояния, в период возникновения комплекса достаточно тяжелых соматических заболеваний (в 1946 г. — эндокринные расстройства, операция по удалению фибромиомы матки и в это же время возникновение туберкулезного процесса) по принципу *Iocus minoris resistentia* возникает психотическое состояние с чередующимися картинами галлюцинаторно-бредовых, бредовых состояний, расстройств настроения и тревоги, эпизод помраченного сознания и психосенсорные расстройства. «Шизоформность» заключается в комбинации речевых расстройств и элементов синдрома психического автоматизма. Особенности личности больной, состояние ее эмоционально-волевой сферы ни в какой мере не отвечают требованиям, предъявляемым к изменениям личности, свойственным шизофрении. В целом вся картина, как нам представляется, не складывается в структуру «схизиса», «интрапсихической атаксии», что и позволяет названную выше оценку считать достаточно убедительной, тем более что сомато-неврологические данные подтверждают это.

Не останавливаясь далее на вопросах обоснования диагноза и дифференциального диагноза, так как в данном исследовании задачей является сравнительная характеристика расстройств мышления, перейдем к их сопоставлению у обоих приведенных больных, отнеся нарушения речевого поведения у больного К.

(набл. 1) к интрапсихической атаксии, а у больной Я. (набл. 2) к шизофазии.

Речь больного К. (набл. 1) характеризуется следующими признаками: 1) при грубости ее оформления как психопатологического феномена, грамматический строй не нарушен. Аграмматизмы, несмотря на выраженность расстройств мышления, единичны.

2) В основном речь недоступна пониманию, но в речи почти нет «витиеватых» слов. Недоступность пониманию определяется несовместимостью грамматически правильно соединенных понятий, а не самими понятиями — словами. Сами слова, как правило, не искажены, нарушено преимущественно сочетание слов и понятий, что и создает в целом впечатление «витиеватости» всего текста (но не слов).

3) Неологизмы — истинные (но не паразии), т. е. новое словообразование или формирование слов, которые не имеют смыслового значения и не являются производными каких-либо существующих слов и понятий. Больной их охотно поясняет, однако уяснить их смысловое значение у данного больного невозможно, так как сами пояснения даются в соответствующей «паралогической» форме.

4) Речь больного, его мышление и поведение имеют известную последовательность, логичность в своей «паралогичности». Сказанное — соответствует сделанному. В противоречивости высказываний и действий больного внутреннее единство, определенная логически-паралогическая последовательность. «Слова не расходятся с делом». Отсюда следующий признак.

5) Структурное единство речевых (мыслительных), волевых и поведенческих расстройств с соответствующими действиями, поступками, мимическими и пантомимическими реакциями, которые находятся в «контексте» с особенностями его суждений.

6) Эмоциональные расстройства больного находятся в полном соответствии с мыслительными и волевыми нарушениями. Можно было бы сказать и наоборот, что в ряде случаев характерные проявления речевых расстройств следуют за соответствующими эмоциями.

7) Вне зависимости от аффективного состояния, будь то эйфорический, злобно-напряженный или апатический оттенок, больной всегда ведет «эпически повествовательную» беседу, он не дискутирует, не возражает и не принимает во внимание высказывания собеседника. Его нельзя спровоцировать на ведение спора.

Речь больного — прерываемый вопросами или возражениями собеседника монолог, здесь нет диалога. Больной фактически один, высказывания окружающих имеют лишь значение неспецифических раздражителей, побуждающих дальнейшую речевую продукцию. Что, о чем, зачем и т. д. говорит собеседник, понят ли он собеседником, больного не интересует. Мышление и речь больного связаны с окружающей реальностью как с неспецифическим побуждением самостоятельного процесса. Ни мышление, ни речь не отражают связи с окружающим.

Речь больной Я. (набл. 2).

1) В отличие от предшествующего больного, у которого не отмечалось каких-либо признаков расстройства темпа мышления-речи, у данной больной характерным признаком является многоречивость.

2) В отличие от больного К. (набл. 1), речь больной несравненно в большей степени нарушена грамматически, что проявляется, как это видно из приведенного текста, в грамматической неполноте фраз, неправильных согласованиях между отдельными членами предложения. Больная, не закончив одну фразу, переходит к другой, использует много местоимений, определений, глагольных форм, что создает впечатление громоздкости несовершенства грамматических форм предложений.

3) Несмотря на витиеватость, часто почти полную бессвязанность, речь больной и предмет беседы доступны пониманию. При этом то, о чем говорит больная — бытовые вопросы, ипохондрические жалобы, иногда бредовые трактовки бывших в жизни больной эпизодов, излагаемых при этом крайне непоследовательно, без должного как хронологического, так и причинно-следственного их соединения, — остаются понятными. В целом даже при развернутой речевой спутанности обращает на себя внимание обилие

неправильно используемых слов. Здесь бросающийся в глаза признак: не на неправильное сочетание слов — понятий, а неуместное употребление слов («путаются слова, а не мысли»), при этом витиеватость и несвязность речи не препятствует в большинстве случаев пониманию предмета высказываний больной в целом.

4) Тематика высказываний, в отличие от больного К. (набл. 1), у которого никакой тематики высказываний вообще нет или она недоступна пониманию, у больной Я. (набл. 2) характеризуется бытовой направленностью, конкретно жизненными вопросами. В высказываниях также фигурируют непоследовательно излагаемые по астеническому типу конкретные эпизоды прошлой жизни, которые либо витиевато сравниваются с эпизодами настоящего, либо получают бредовую интерпретацию.

5) Неологизмов в том виде, как их продуцирует больная К., у данной больной нет. Больная своеобразно использует слова, которые сами по себе неологизмами назвать нельзя: «убранство» — действие кишечника, желудок — «выражает пищу» и т. д. Здесь слова, которые в данной ситуации неприемлемы, однако это «общечеловеческие» слова, никакого нового словообразования нет.

6) Больная никогда не повторяет свои «витиевые» выражения, не может дать им объяснения (даже неадекватного!). Либо реагирует на прямые вопросы некоторым недоумением, как бы не понимая, о чем ее спрашивают, либо продуцирует новую витиеватую фразу, которая также не получает пояснений. Предшествующий больной охотно давал пояснения на любой вопрос, повторяя, а иногда именно настаивая на той или иной формулировке, давая им соответствующие пояснения, часто также неадекватные.

7) В речевых расстройствах больной Я. (набл. 2) нет никаких логических или паралогических закономерностей. Они случайны, вплоть до того, как это было уже указано, что не могут быть повторены больной. У больного К. имела место какая-то патологическая последовательность, за этим была определенная паралогическая закономерность. Здесь никаких закономерностей нет, а имеет место случайное появление неуместных слов, которые иногда едва заметны

в речи, а иногда создают картины речевой бессвязности.

8) У больной Я. расстройства речи «отщеплены» (М. О. Гуревич) от расстройств других сторон психической деятельности. Общих закономерностей, единства «структуры» всех расстройств, как это было в наблюдении № 1, здесь нет. Речь нарушена много грубее, чем остальное, это изолированный симптом, который «не поддерживается» состоянием ни эмоциональной, ни волевой сфер.

9) Поведение больной никак не вытекает из характера речевых расстройств, не следует за ними. Поведение и расстройства других сфер психической деятельности скорее связаны с бредом. Расстройства же речи полностью «отщеплены» и лишь «вторично» обостряются на высоте эмоционального возбуждения или тревоги.

10) Расстройства речевых функций непостоянны. Они то усиливаются, то ослабляются, и наконец, полностью исчезают при улучшении в состоянии и длительные сроки вообще не наблюдаются у больной.

11) Эмоциональные сдвиги не только не соответствуют речевым расстройствам, но они, если не считать периоды тревожно-депрессивных переживаний, вообще ничем не обнаруживаются. Эмоциональные реакции вполне адекватны ситуации, соответствуют периодически обостряющимся бредовым переживаниям, но никак не глубине речевых расстройств.

Это бросающееся в глаза несоответствие нередко и создает впечатление общепсихического «схизиса», но оно качественно отличается от «гармоничного» характера расстройств всех сторон психической деятельности предшествующего больного (набл. 1).

12) Эта характеристика эмоционального состояния выражается в достаточном эмоциональном контакте с окружающей ситуацией. Больная не только не безразлична к окружающим, к собеседникам, но она «несет свои переживания» собеседнику. В беседе интуитивно чувствует, что ее не понимают, по сама не имея критики к речевым расстройствам, их не замечает, раздражается, становится многословной, «стремясь доказать», но остается непонятной. Нередко в беседе с больной, не имея фактически речевого кон-

такта, удается сохранить с ней эмоциональный контакт, больная адекватно реагирует на возражения, спорит, требует. В отличие от предшествующего больного, который вежливо отвечая на вопросы, остается вне беседы, больная активно и содержательно реагирует как на беседу, так и на все изменения вокруг нее на отделении.

Отмеченные выше различия в особенностях речевых нарушений у больных изучаемых групп могут быть обнаружены не только у глубоко «измененных» больных, но также и при более «мягких» проявлениях психического расстройства.

Наблюдение 3. Больной Ф., 1938 г. Наблюдалась психоневрологическим диспансером с 5/XI 1955 г.

Из анамнеза — известно, что родился в «неблагополучной» семье. Об отце сведений нет. Мать страдает хроническим алкоголизмом. Больной рос и развивался правильно. Окончил 7 классов средней школы и ремесленное училище, учился хорошо. Некоторое время работал. С 1957 г. не работает в связи с психическим заболеванием, инвалид II группы.

Перенес в детстве корь, ветряную оспу, две тяжелые травмы головы. В дальнейшем никаких серьезных соматических заболеваний не было.

Странности в поведении впервые были отмечены в период обучения в ремесленном училище, когда держался обособленно от товарищей по училищу, друзей не имел, обнаруживал склонности к «общетеоретическим» беседам. В этот же период — неправильное поведение в быту. Был крайне раздражителен, груб с матерью, вмешивался, не всегда адекватно, в воспитание младшего брата. Длительное время наблюдался диспансером.

Психотических явлений не обнаруживал, отмечалось психопатическое поведение, склонность к астеническим реакциям и аффективным вспышкам. В этот период многое врачами расценивалось как следствие неблагоприятной обстановки в семье в связи с выраженной алкоголизацией и соответствующим поведением матери больного. Постепенно странности в поведении нарастали — не выполнял заданий на работе, дома в отношении матери проявлял агрессивные тенденции, эпизодически уходил из дома. В этот же период четче обрисовывается склонность к «философствованию».

Впервые госпитализирован в психиатрическую больницу 7/V 1957 г.

К этому периоду перестал посещать работу, делал нелепые поступки и заявления. Перед самой госпитализацией собирался себе «выдавать глаза» и «отрезать брови». Непрерывно находился в психиатрической больнице в течение 3 лет, где первое время на фоне нелепого поведения, импульсивных поступков отмечались слуховые иллюзии и псевдогаллюцинации. При этом оставался в целом упорядоченным в поведении, стойких и оформленных бредовых идей не высказывал. Был выписан в состоя-

нии улучшения, без колебаний настроения и синдромных тенденций, с трудовыми установками. Вне больницы охотно и устойчиво работал в лечебно-трудовых мастерских, пытался продолжать учиться в вечерней школе, был полностью упорядочен в поведении и вместе с тем во всем своеобразен — в поступках, высказываниях, в выполнении заданий на работе. В быту также был упорядочен в поведении, проявлял адекватное беспокойство по поводу продолжающейся алкоголизации матери. Более того, это переживание имело, по-видимому, достаточно интенсивную эмоциональную значимость для больного. Неоднократно обращался в диспансер и другие учреждения с просьбой о помощи. Однако его обращения как устные, так и письменные носили столь вычурно-резонерский характер, а внешнее поведение в беседах, мимические, пантомимические движения, речевые интонации настолько не соответствовали содержанию, что все эти обращения воспринимались как болезненное поведение и полное равнодушие к сути вопроса. Одно из писем по этому вопросу больной начинает:

«Уважаемые товарищи!

Достойно внимания все, что может заинтересовать всех. К этому я постараюсь добавить немного из фактов, еще происходящих на наших глазах. Возможно это вызовет с вашей снисходительностью некоторую мягкость, точнее, может быть, мягкая снисходительность будет в центре вашего настроения.

Итак, самой человеческой или гуманной профессией является пока медицина. А это все бы признали, если бы поняли отчетливо тесную зависимость голоса общественности, лица общества с медициной.

Не хочу навязываться, хотя всеобщее внимание на улучшение здоровья — современное типичное явление. Конечно, я не пишу чего-нибудь большого масштаба из жизни. Наверное, все-таки расширить при общей целеустремленности внимание на все абсолютно полезно, отрицать мелочи в нашем кругозоре. У меня дело простое. Диспансер, в котором я нахожусь на учете, не реагирует на полное невнимание ко мне в домашних условиях и т. д.»

В дальнейшем на фоне того же состояния у больного имели место несколько эпизодов, когда он застыпал в неудобных позах, делал нелепые импульсивные поступки. Однако никаких антисоциальных тенденций не обнаруживал. После того, как больной безмотивно перетянул себе руку жгутом в области плеча до состояния близкого к гангrene, был вновь направлен в больницу, где и находится до настоящего времени.

В отделении в основном ничем не занят. Много пишет по «теоретическим» вопросам, иногда рисует. Следует отметить, что несмотря на своеобразие рисунков, в целом они хорошо выполняются, чувственно насыщены, выразительны, хотя и не сложны. Письма и другие тексты заумны, часто просто недоступны пониманию. Ниже приводится «очерк» больного «Ожидание нового в психиатрии».

«Сформулировать вопрос труднее чем решать постоянное и повседневное ознакомление с одними и теми же проблемами почти совсем не отягощает трудающихся. Иметь власть самую малую, власть над собой без задач и требования ответов к ним

нельзя. Главное в умении выражать мысли вопросительного характера, иначе может наблюдаться отдаленность от здорового общества. Правильная гипотеза, от неумения поставить себя на место очень злого собеседника (от изучения образа мысли общества, где нет воспитания), начинаются переживания и слабеет память. Больному нужно, чтобы здоровые вокруг признавались в ошибках, любых, принимали образ мысли того общества. Заранее совсем отказаться от естественного желания излишней навязчивости уменьшающей свободу окружающего тебя, — значит, показывая сознательность, почтительно относиться к профилактике заболеваний».

В основном бездеятелен. Пассивно подчиняется режиму спокойного отделения, посещает без интереса, но аккуратно лечебно-трудовые мастерские. Активно в контакт ни с кем не вступает, однако при обращении к нему не уклоняется от бесед. Ни к чему интереса не обнаруживает, пребыванием в больнице не тяготится. Никаких эмоциональных реакций вне зависимости от ситуации не обнаруживает. К родственникам безразличен.

Данные экспериментально-психологического исследования. Себя считает здоровым. Очень долго и пространно говорит о своем «внутреннем мире». Сообщил, что у него много «интересных мыслей» и что он иногда записывает их, но «кому они нужны, если они так разбросаны, что самому в них не разобраться», «меня легко отвлечь и от этого появляется много посторонних мыслей, мешающих продумать что-нибудь до конца». «Нет эмоциональной глубины» и что в этом смысле у него «сейчас два полюса — нравится и не нравится». «Когда я болтаю, часто употребляю слова не в том значении, в котором обычно их употребляют». Объясняет это «отсутствием дисциплины». Отмечает у себя склонность к «философскому фантазированию». Многословен, но мысли формулирует с трудом, часто их не оканчивает, ищет новую формулировку или внезапно переключается на другую. Критического отношения к этому не проявляет, неадекватен, некстати хочет, внезапно вскакивает, совершает ненужные действия.

В пиктограммах — большое количество причудливых связей, понятных, но отражающих лишь незначительную, случайную сторону предлагаемых понятий.

В ассоциативном эксперименте ответы внешне ненаправленные, при расспросах оказывается, что они определяются либо субъективными установками больного, например, говорить противоположное (голубой — кожа), потому что «кожа голубой не бывает» или «горе — насекомое», либо наглядными представлениями (падение — асфальт).

В классификации образует следующие группы: «природа» (деревья + животные), «предметы, относящиеся к личному пользованию» (фрукты, овощи, одежда, мебель, посуда, мелкие предметы и ребенок) и «условия работы» (люди + транспорт).

В определении понятий — смазанность, обилие ненужных признаков: «шкаф — это место хранения на различные сроки времени, можно хранить долго, можно некоторые часы, а хранить можно что угодно». «Стол — это обычно.. повседневно встречающееся происходит благодаря столу, это повседневное — читать, отдых проводить за столом», «лошадь — это животное, ко-

торое эксплуатируют независимо от воли этого животного, учёные, конечно, про диких лошадей говорят — редко».

Из-за этого разнообразия возникающих ассоциаций — невозможность правильно сформулировать смысл пословиц. «Не все то золото, что блестит»; «бывают в жизни такие вещи, что не блестят, намекается на порядочность людей, но это не значит, что всегда можно верить» «Не в свои сани не садись»: «если человек не имеет никакого отношения... мешает помочь, то нужно убрать, о скромности, не лезь не в свое дело».

Таким образом, в определении понятий — «размазанность», невозможность выделить существенное, его (существенное) подменяют отдельные детали.

В «классификации» объединение осуществляется за счет тех же несущественных признаков (частью конкретных, а в большинстве — отвлеченных). Связи в «пиктограммах» отражают иска-
женную сущность понятия, временами соотносятся с конкретными субъектами («красота» — «пресс-папье врача Л. Ф.», «жизнь» — «сапог»). Таким образом, мышлению больного свойственно отсутствие дифференцировки существенных и несущественных признаков, объединение и группировка по незначительным, часто слишком далеким от сущности признакам — «искажение обобщения».

Неврологически: при многократных исследованиях симптомов очагового органического поражения головного мозга не выявлено.

При направленном исследовании речевых, гностических функций, праксиса, в текстах не удержание ритмов, пространственной ориентировки «право — лево», пробах Хеда и др. по схеме, данных за наличие скрытых афатико-апрактических расстройств не обнаружено.

Соматически: со стороны внутренних органов и данных лабораторных исследований отклонений от нормы не обнаружено.

Диагноз: шизофрения.

Наблюдение 4. Больная Н., 1930 г. Наблюдалась диспансером с 6/VII 1959 г. С 1969 г. не госпитализируется, лечится амбулаторно.

Из анамнеза — известно, что родилась в здоровой семье вторым ребенком по счету Росла и развивалась правильно. Окончила 10 классов средней школы, затем работала. В 1959—1960 гг. часто меняла места работы, конфликтовала. В последующем в связи с психическим заболеванием имела III и затем II группы инвалидности. В связи с настойчивыми требованиями больной ей вновь была дана инвалидность III группы. В течение последних лет имеет инвалидность II группы, однако продолжает работать.

Перенесла корь, частые ангины, грипп, дизентерию. Обследовалась на предмет выявления ревматической инфекции. Менее с 20 лет, нормального цикла. Киста желтого тела с последующей операцией. Двустороннее воспаление придатков.

Психические нарушения отмечены с 1959 г., когда в связи с общей астенией и перенесенной очередной ангиной (гриппом?) стала многословной, в поведении появились истерические черты, конфликтовала на работе, заявляла, что над ней «девочки подсмеиваются, что она не замужем». При осмотрах психиатра в этот период отмечалась аффективная неустойчивость, истерические

компоненты в поведении, театральность, склонность к кокетству. Впервые была госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с серьезным конфликтом на производстве. В больнице была тревожна, суетлива, высказывала бредовые идеи отношения в адрес сотрудников по работе, жильцов квартиры, где она проживает. Сбивчиво и путанно излагает свои мысли, беспорядочна в высказываниях и поведении. Назойлива с требованиями о выписке, крайне аффективна. В целом в бессвязных высказываниях фигурирует узкий круг вопросов, связанных с психотравмирующей ситуацией на работе и в быту, фиксирована на этом, многократно в разных вариантах повторяет эти высказывания. Речь непоследовательна, не заканчивая зачастую мысль по «механическим» ассоциациям, переходит к другой, которую также не в состоянии закончить, при этом персевирирует, повторяя одно и то же многократно. Речевая продукция — смесь непоследовательности, витиеватости, отрывочных бредовых идей, излагаемая крайне многословно:

«Я работала, училась, по-видимому, была некоторая утомляемость. Я работала, училась, хотела быть на хорошем счету, а меня хотели проучить. Я понимала, что это они неправильно говорят, что лучше задержать брак, это у нас телевизоры выпускали. Стали туда, где это можно замазать, на такой участок, где как бы машинально выбывала. Потом пришел на рабочее место начальник и говорит: «Обольщ из пожарного крана — уходите». Он тогда настойчиво стал — «Вас директор зовет». Зачем? За критику я сказала, что вы поддерживаете брак. По своей логике я считаю врача выше директора и причем тут всякие интриги. У меня было очень оскорбление внутри. Вы только выразите мою просьбу, что я самостоятельный человек».

Выписана в удолетворительном состоянии под наблюдение диспансера. В дальнейшем многократно поступает в психиатрические больницы (почти ежегодно), чаще всего в связи с конфликтами в быту и на производстве. Дважды госпитализировалась по настойчивым требованиям больной — требовала «снять с учета, снять инвалидность», будучи в состоянии измененного настроения. При дальнейшем наблюдении в течение ряда лет диспансером и дайным периодов пребывания в стационарах отмечается полиморфность и трансформация психопатологических картин на фоне стойких личностных изменений, прогрессивно нарастающих в течение истекших лет. В целом психопатологическая характеристика сводится к постоянным сменам настроения, его неустойчивости, лабильности, периодически выраженными картинами патологически измененного настроения в форме гипоманиакальных, депрессивно-ипохондрических и депрессивно-деперсонализационных до развернутых дисфорических состояний. На фоне картины измененного настроения резче обрисовываются характерологические изменения больной с патологической активностью, конфликтностью до антисоциальных действий (ударила по лицу начальника цеха, конфликтует в быту).

В повышенном настроении подвижна, активна, лицо гиперировано, глаза блестят, «модная прическа», одета в яркую одежду, кокетлива, театральна, излишне пользуется косметикой, использует обилие украшений (серьги, бусы, браслеты и т. д.). Так, 9/1 1961 г. явилась на прием в диспансер в таком состоя-

ния после того, как была на квартире проф. Ч., который ее смотрел в больнице (адрес получила в адресном столе и явилась без приглашения). В диспансере, мотивируя рекомендацией профессора, который дал совет обратиться в диспансер «для решения вопроса», просит снять ее с учета, но тут же, отвлекаясь, просит справку для поездки в санаторий. Речь непоследовательна до отрывочности, «расплывающаяся», крайне многословна, вязка и витиевата в выражениях, оттенок переоценки собственной личности — «Я здесь себя зарекомендовала как хороший работник, я в завкоме говорила... если врач будет так это в первую очередь, то они могут... там безобразие с путевками» (о предоставлении ей путевки в санаторий) и далее: «Я еще молода, что себя обрекать на состояние болезненности, что же морально имеет большое значение» и т. д. В состоянии дисфории злобна, громко кричит, пишет жалобы, требует «снять с учета» и предоставить квартиру — «...против чего я протестую вы утверждаете...». Также многословна, но речь более связна, добивается реализации своих бытовых потребностей. В состоянии пониженного настроения тиха, скромна, держится обособленно, одевается более просто. Несколько тревожна, подвижна. Остается многословной, вязкой в проявлении ипохондрических жалоб, выражения сложны и витиеваты, имеются элементы сознания болезни — «мне приходится уже смиряться, что я такая больная», «я хочу вырваться из ничегонеделания», «все меня пересели...», «я хочу себя чувствовать морально молодой...», «у меня своего авторитета не получилось...». В высказываниях внутренняя тревожность, имеют место психосенсорные расстройства — «я хочу обосновать себя в каком-то одном, определенном положении...», «я стремлюсь выйти из состояния душевной и мыслительной пустоты...», «как-то отделяется тело от головы, голова становится как не моей...», «приятное ощущение, когда голова молчит», «как будто все внутри умерло», и т. д. С этим иногда сочетаются явления гиперпатии с повышенной чувствительностью к окружающим раздражителям — «обостренный слух». В период перехода от одного полярного состояния к другому имеют место резкие и частые смены настроений, появляются отрывочные бредовые высказывания. В 1961 г. в такой период отмечены явления психического автоматизма — испытывала ощущения воздействия — «мысли звучат в голове», в дальнейшем этих явлений не наблюдалось.

В течение последних лет интенсивность колебаний настроения меньшая, на первом плане личностные изменения и ипохондрическая настроенность в периоды обострений. Несмотря на то, что больная имеет II группу инвалидности, продолжает работать. Проявляет повышенную сексуальность, живет бытовыми интересами.

Психическое состояние — при последнем поступлении в больницу: полностью ориентирована в месте, времени, окружающих лицах. Предъявляет массу ипохондрических и невротических жалоб — «голова болит, кажется у меня она нет, кажется мой кишечник не работает», «кишечник не работает, со стулом плохо, никогда мне никто не поможет, а может быть у меня какое-нибудь тяжелое заболевание, покажите меня хирургу...», и т. д. Фиксирована на своих жалобах и ощущениях, на своем здоровье

вообще. Крайне многословна, вязка, изойдти в предъявлении своих жалоб, персверириует. Эгоцентрична, претенциозна, много истерических черт в поведении. Требует к себе особого внимания, особых лекарств, слабительных, при этом настойчиво просит громадное количество различных лекарств. Повседневно обращается с однообразными вопросами по поводу инвалидности и количества денег, которые она будет получать. Первое время была несколько тревожна, настроение с депрессивным, но не резко выраженным оттенком. В дальнейшем отмечались неглубокие колебания настроения. Затем состояние выровнялось. Спокойна, упорядочена в поведении, участвует в жизни отделения достаточно активно. Аффективный фон живой, в целом эмоциональные реакции адекватны. Интересы и желания в сфере бытовых вопросов — размера пенсии, возможности трудоустройства, получения квартиры, улучшения взаимоотношений с соседями и заботы о состоянии своего здоровья. Функции памяти и интеллекта умеренно снижены, круг желаний и потребностей узок. За весь период пребывания в больнице расстройств восприятия и бредовых идей не выявляла. Имеет реальные установки и планы на будущее.

Данные экспериментально-психологического исследования

Занятасана показать себя с лучшей стороны. Охотно берется за новое задание, но если встречает затруднение, отказывается, говорит, что устала и ей неинтересно. Чувствительна к оценке экспериментатора, в случаях неодобрения отказывается продолжать. Наотрез отказалась оставить свои рисунки: «Не хочу, чтобы кто-нибудь видел, в другой раз лучше нарисую» и тут же их порвала. Своих ошибок не замечает, стимуляция даже неправильного решения побуждает ее продолжать задание. Многословна, но нужные слова не всегда находит.

В задании на запоминание обнаруживает снижение памяти (3—6 сл. из 10).

В классификациях невысокий уровень обобщения. Характер решений необдуманный, разбросанный, часто делает нелепые ошибки, не замечая их, но при указании исправляет. Принцип классификации неравномерный (всех животных собрала в одну группу, остальное расчленила на множество мелких). В конце образовала следующие группы: «люди», «вещи», «животные», «фрукты», «овощи», «цветы и деревья», «лебедь + яйцо».

Связи в пиктограммах образует медленно, образы конкретные, примитивные.

В задании на нахождение аналогичных отношений ошибки конкретного характера, количество их увеличилось к концу эксперимента.

В исключениях — объединение преимущественно по наглядным связям.

Исследование устанавливает, таким образом, снижение уровня обобщений и памяти, трудность сосредоточения, склонность к быстрой утомляемости и соответствующую непродуктивность мышления.

Неврологически: первые годы никаких очаговых симптомов органического заболевания головного мозга не выявлялось. При последних исследованиях невропатологом в стационаре и при очередном освидетельствовании ВТЭК обнаружено преходящее

косоглазие, рассеянная микросимптоматика. В течение последнего года у больной появились приступы, диагностирована нарколепсия. В течение последних лет выявились также признаки повышения внутричерепного давления — повышение давления спинномозговой жидкости, на рентгеновском снимке черепа усиленные пальцевые вдавления. В спинномозговой жидкости в первые годы изменений не обнаруживалось, при последней госпитализации: цитоз 3/3, белок 0,016%, р. Ланге 132 211 111, белковые реакции и РВ (—). Сахар крови 99%, ликвор 43%.

При направленном исследовании речевых, гностических функций, праксиеса и удержания ритмов (по схеме) отмечено: затруднение повторения, понимания фраз и пересказа. Элементы амнестической афазии, склонность к образованию слов-«эмболов» (при предъявлении всех заданий). Задержка и затруднение названия. Не всегда верно понимает значение слов. Пробы одной рукой и бимануальные на серийную организацию движений невозможны. Плохо усваивает ритмы. Привычные движения не всегда верны. Нерезко выраженные нарушения конструктивного праксиеса. Остальные задания, в том числе пробы Хэда, выполняет правильно.

Соматически: ревматизм (вне обострения — заключение терапевта). Хронический тонзиллит. При первых поступлениях гонорея, при последних — трихомонадный колпак. Внутренние органы без грубых патологических отклонений от нормы. В анализах крови при всех поступлениях отмечалась колеблющаяся часто повышенная РОЭ до 50 мм/ч и л. до 9900.

Вне больницы в целом упорядочена в поведении, обслуживает себя полностью; имея инвалидность II группы, продолжает работать, встречается с «молодыми людьми». Остается аффективно неустойчивой возбудимой, многословной. Речь витиевата, аграмматична. Сообщает, что поставила перед собой цель «восстановить себе здравомыслие», «я приспособливаю свои мысли к обстановке», «хочу, чтобы моя голова могла за мою голову поручиться».

Психопатологический и социальный облик больной демонстративно иллюстрируют нижеприводимые выдержки из заявления больной на имя главного врача: «...я не чувствую беспокойства за свою судьбу и не вижу даже того элементарного внимания, которое полагается для человека. А мои жилищные условия и неприязненное недружелюбное отношение ко мне сестры, с которой я живу в одной квартире, и плохие жилищные условия — темная комната с окном во двор на первом этаже, сырья и очень маленькая — ухудшают мое состояние, удручают настроение, а для моего выздоровления Вы как врач знаете прежде всего нужно спокойная и хотя бы немного лучшая обстановка. А печное отопление, требующее внимания, таскание дров, запасение дров. Все это мне одной и то не под силу, а еще мое безденежье. Я даже не могу и не имею денег купить их... (далее) ...это в Вашей власти, при условии пожелания помочь однокому больному человеку. Вы обещали мне неоднократно и я надеюсь на Ваше участие в своей судьбе без жалоб в вышеупомянутую дистанцию или газету о равнодушии и безучастии к больному человеку, которого все оттолкнули от себя, убили веру и надежду на лучшее и подорвали интерес и желание жить.

Прошу оказать содействие в восстановлении меня в профтехшколе...» и т. д., на 7 листах.

В целом, помимо описанных речевых расстройств, больную характеризует утрата высших критических способностей на фоне мало пострадавших интеллектуально-мнестических функций, наблюдается утрата также высших эмоциональных проявлений (чувства такта, меры и т. д.) при сохранности витальных эмоций и даже их актуализации. Так, после первых госпитализаций больная при обострении сексуальных стремлений обратилась в комитет ВЛКСМ предприятия, где она работала, с просьбой найти ей мужа. Грубая «некритичность» мышления по Б. В. Зейгарник, при сохранности известной критики к своему болезненному состоянию и даже попытки его использования при достижении бытового благополучия являются одной из характерных свойств ее психического состояния.

Все это оставляет при беседе впечатление грубо-органического дефекта, приближающегося к утрате критических способностей при состояниях слабоумия глобарного (паралитического) типа.

Диагноз: энцефалитический психоз (ревматический энцефалит), сопровождающийся прогрессирующими изменениями личности и эпизодической актуализацией психотических явлений.¹

Два последних наблюдения в целом в более «мягком» варианте повторяют предшествующие.

Если больной К. (набл. 1) достаточно четко диагносцируется как страдающий «классической» кататонической формой шизофрении, где сидром четко очерчен, то больной Ф. (набл. 3) диагносцируется как страдающей простой формой шизофрении. Синдромологическая его характеристика может быть квалифицирована как картина интрапсихической атаксии, так как в другие синдромологические группы его отнести невозможно.

Для кататонической формы здесь слишком мало кататонических симптомов, и в этом смысле он скорее приближается к «поведенческому больному», однако назвать это состояние «психопатоподобным» будет также неверным, так как его характеристика не исчерпывается «психопатическими» явлениями.

Больная Я. (набл. 2) характеризуется как обнаруживающая бредовой синдром. «Шизоформность» ее определяется грубо выраженными расстройствами

¹ Больная квалифицировалась на первых этапах как страдающая реактивным психозом на фоне психопатического склада личности, затем многократно — как страдающая шизофренией либо ревматическим энцефалитом.

мышления, которые подходят под классическое описание явлений шизофазии.

По характеру расстройств мышления сближается с предшествующей больной Н. (набл. 4), где также «шизоформность» определяется характером расстройств мышления, однако здесь они выступают в структуре изменений личности «органического типа» и периодических расстройств настроения.

Диагностика заболевания больного Ф. (набл. 3) — очевидна. К обоснованию же диагноза больной Н. (набл. 4) могут быть применены приведенные выше клинико-психопатологические соображения. Динамика прогрессирующего органического процесса в данном наблюдении весьма убедительно подтверждается таким ярким органическим признаком, как нарколептические приступы, не говоря о дополнительных признаках нарастающего органического мозгового процесса. Нет необходимости останавливаться на дифференциальной диагностике также и потому, что в данном разделе задачей является сопоставление клинических особенностей лишь мыслительных расстройств в проводимых наблюдениях.

Сопоставляя расстройства мышления у больного Ф. (набл. 3) и больной Н. (набл. 4), становится очевидным, что у первого также не отмечается расстройств темпа мышления: нет ни многословности, ни заторможенности, грамматически речь построена совершенно правильно, речь его также не содержит искаженных слов, хотя текст в целом и недоступен пониманию; здесь в чистом виде выступают «дислогии» (паралогии), недоступность понимания связана с неправильным использованием понятий, а не слов. В отличие от больного К. (набл. 1), у которого тематику высказываний вообще уловить невозможно, у больного Ф. (набл. 3) она вычурно абстрактна, однако безусловно предметна, но предмет и направление движения его мысли уловить крайне трудно или просто невозможно. У больного Ф. не только нет искаженных слов, но даже нет и неологизмов, он пользуется общепринятыми словами, но за ними стоят «инако-мыслие» — понятия, используемые им, а также их смысловое содержание часто для нас недоступны. Таким образом, недоступность пониманию речь обоих

больных определяется не собственно речевыми расстройствами, а расстройствами мышления. Многим своим «паралогическим» высказываниям больной Ф. дает также чаще всего «заумные», но обычно понятные объяснения. Мысление и речь больного К. с точки зрения формальной логики построены правильно, направленность этой логики и ее результаты лишены фактического смысла, развитие рассуждения носит закономерный «кривой», но логический характер. Как и у первого больного у второго имеет место структурное единство хода мыслительной деятельности и поведения в целом. Действия находятся в полном соответствии с характером мышления. Эти расстройства мыслительной деятельности являются постоянным и неотъемлемым свойством его болезненно измененной личности и структурно едины с особенностью эмоционального реагирования, он эпически уверен в правильности своих суждений и, если у него возникает чувство досады, то только потому, что он из-за «широкоты» обобщений не доводит своих рассуждений до конца. Оценка окружающих, их реакции и отношение к его «абстрактному творчеству» его не интересует.

Аналогично могут быть сопоставлены расстройства мышления у вышепроанализированной больной Я. (набл. 2) и больной Н. (набл. 4).

Для обеих больных характерна многоречивость, аграмматизмы с неправильными согласованиями слов и членов предложения, обилием (особенно у больной Н.) длинных развернутых предложений с неправильно согласованными придаточными предложениями, второстепенными членами предложений. Речь обеих больных в целом доступна пониманию, что особенно четко выявляется по понятным причинам у больной Н. Вторая больная неуместно использует слова и у нее они представлены в достаточно большом объеме. У обеих больных тематика высказываний конкретно-бытовая, много эмоционально значимых фактов фигурируют в высказываниях, при этом круг их интересов однообразен и узок, персеверативен. События прошлого смешиваются с настоящим, создавая незаконченность, отрывочность, непоследовательность. В речи больной Н., как и больной Я., нет нео-

логизмов, собственно у нее мало и искаженных слов, она неуместно использует слова, придающие тексту в целом заумность, витиеватость, но вместе с тем не лишающие его смысла. Обе больные никогда не повторяют произнесенных витиеватых формулировок, а при прямых просьбах дать объяснения больная Н. иногда не понимает, о чем ее спрашивают, по-видимому не замечая неуместно употребленного слова, а дает новую формулировку, чаще адекватную ситуации. В обострении, когда речь близка к бессвязности, у обеих больных никаких логических закономерностей нет, речь просто непоследовательна, лишена логики. В более хорошем состоянии у больной Н. витиеватые фразы и слова не отражаются на примитивно-бытовой логике ее суждений. В этом варианте речевые расстройства вообще не влияют на логический строй и доступность пониманию ее высказываний. У обеих речь не соответствует поведению, у больной Я. поведение отражает бредовые переживания, у Н.— соответствующее эмоциональное состояние, а речь как бы в стороне. Она не отражает поведение, и поведение не вытекает из высказываний (их витиеватой части). У первой больной наличие неправильных речевых формулировок вне выраженного обострения практически не выявляется, и лишь направленное исследование текста позволяет найти такого рода изменения. Периодически их вообще нет. Эмоциональное состояние больной Н. еще в меньшей степени, чем у больной Я., можно связать с речевыми расстройствами. У обеих больных эмоциональные реакции адекватны ситуации, а у второй при наблюдающихся расстройствах настроения отмечается более выраженный характер речевых расстройств, однако никакой содержательной связи между ними установить невозможно. Наконец, эмоциональные реакции у обеих больных адекватны ситуации и не имеют характера оригинальности, непонятности, как их речь.

Подводя итог изложенному и опираясь на приведенные примеры, сделаем попытку сформулировать отдельные клинические признаки, отличающие атактическое мышление от шизофазии.

1. Речевая активность находится в полном соответствии с общим психомоторным состоянием больного: при возбуждении больные многословны, при общей заторможенности и ступоре речевая продукция соответственно скучна.

2. Речь, как правило, грамматически построена правильно даже в выраженных степенях атактической ассоциативной спутанности. Фразы по своей величине обычны, без чрезмерной сложности конструкций. Лишь в глубоких степенях «словесной окрошки» и на высоте возбуждения отмечается нарушение грамматической структуры предложений. Переход от суждения к суждению также грамматически согласован, и обычно имеет место также формально-логическое или «паралогическое» согласование между отдельными фразами:

«Это как необходимо иметь личный чемодан, маленький чемоданчик, не говоря о тюках и сундуках, так и высшее образование. Также необходимо иметь высшее образование в полной гладкости. Зачем полное тело сюда засовывать, когда любое лекарство можно принять в рот в диспансере» (Больной И. в процессе обсуждения вопроса о выписке из больницы).

I. Характерна многоречивость вне зависимости от степени общего психомоторного возбуждения (см. приводимые примеры и данные ассоциативно-словесного эксперимента).

2. Речь аграмматична. Предложения часто велики и громоздки, с обилием вводных слов, придаточных предложений. Члены предложений, а также отдельные слова неправильно используются и не согласованы между собой. Отдельные высказывания часто не закончены. Персеверации слов и целых фрагментов высказываний. В сложных высказываниях много определений, дополнений, примитивных сравнений, придаточных предложений, бесконечно уточняющих предмет высказывания. Переход осуществляется часто после законченной фразы по синкетическому или ассоциативно-механическому механизму, нередко с утратой при этом «ведущего представления»:

«Требую и прошу еще раз официально отчислить — выписать от, из больницы меня Русскую гр-ку К-ву О. А., так как сделали больной (еще конец) отравлением, как сообщила раньше, русские в таких условиях лошадь не уживают долго, примите меры к выходу — уход в каком бы то ни было состоянии незддоровия, и выдано мне белье сегодняшний день...» (из заявления больной К., где излагается просьба о выписке).

Продолжение

3. Речевая продукция либо вовсе недоступна пониманию, либо отдельные звенья хотя и оставляют впечатление связных и разумных, однако конечный смысл высказываемого утрачивается в процессе рассуждения. В итоге — «инакомыслие», недоступность пониманию, фактически утрата речевой связи с окружающими (см. очерк больного Ф. «Новое в психиатрии», набл. 3).

3. Смысл и предмет речевой продукции понятен, всегда конкретен, часто отражает эгоцентрические или ипохондрические установки больного. За счет аграмматизмов и неправильно используемых слов такой текст может казаться заумным, витневатым. Более того, отдельные слова, фразы и даже отрезки текстов могут казаться совершенно нелепыми, однако в целом, как правило, они отражают вполне конкретное содержание, и даже чаще всего это содержание носит банально-бытовой характер. Так, приведенный выше отрывок высказываний больной Я. (набл. 2), где отдельные фразы кажутся совершенно нелепыми, а вместе с тем, все в целом отражает беспокойство больной о том, какую ей дадут группу инвалидности и какой размер пенсии она будет получать. Еще ярче это выступает у больной К. (набл. 4).

4. Как это видно из приводимых выше примеров, тематики в высказываниях больных с атактическим мышлением либо вообще нет, ее уловить невозможно, либо она носит характер вычурный и нелепо абстрактный (набл. 3), «обобщающий» характер. Бредовое содержание высказываний мимолетно, непостоянно и не является определяющим при этой форме расстройств мышления. Лишь на высоте бредового напряжения эта тематика, как правило, нестойкая и крайне изменчивая по содержанию, может быть определяющей в формировании паралогических и атактических высказываний больного.

4. Тематика и направленность высказываний всегда есть, как это отмечалось выше. Она, как правило, конкретна, отражает семейно-бытовые отношения, ситуационно обусловленные переживаниями больного. В многословных и внешне витневатых высказываниях больных в большинстве случаев по астеническому типу перемешиваются фрагменты прошлых переживаний с настоящими, при этом они нередко смешиваются в аграмматичной форме как бы в единую ситуацию, что с одной стороны, создает впечатление излишней детализации, и с другой стороны, дополнительное впечатление общей бесвязности и нелепости сужде-

Продолжение

ний. Нередко ведущей тематикой высказываний, как и мотивировкой поведения этих больных является содержание бредовых переживаний. Однако даже в бредовом плане тематика высказываний всегда конкретна и предметна.

5. Словообразование при данной форме расстройств мышления осуществляется:

а) Изменением смыслового содержания принятых существующих слов. Так, больной А., «анализируя» очередную философскую проблему, пишет: «нравоучение, которое у меня на 2 метра под землей». При расспросах он поясняет, что имел в виду своего отца, который умер и похоронен.

б) Путем слияния — «агглютинации» слов. А. А. Перельман приводит образцовый пример такого процесса: больной на вопрос о самочувствии отвечает «шоколадно», что означает благотворное влияние на него шоковой терапии. Под нашим наблюдением находится больной К., который «разрабатывает» науку «психиатрию».

в) Путем образования новых слов — «неологизмов» истинных, не существующих в языке, и придания им чаще всего абстрактно-бредового содержания; больная Ф. продуцирует «цвеол», «вгон», «онг», «цвеа», и т. п. По ее объяснениям, «онс» — «отец всех везде и всегда», и т. п.

Искажения формы и звучания слова с сохранением за ним общепризнанного значения у больных с атактическим мышлением мы не наблюдали. Искажение слов, как правило, вытекает из какого-то его нового значения и содержания, и чаще всего, подчиняется перечисленным выше механизмам.

5. При этой форме речевых расстройств нет истинного словообразования, а имеют место подмена и «деформация слов» — «парафазии» или «дисфазии» в высказываниях. В наиболее сложных выражениях, чаще всего по механизму звукового сходства, может формироваться нечто похожее на неологизмы. Но в отличие от них здесь нет нового значения и смыслового содержания. Происходит процесс обратный тому, что имеет место при атактическом мышлении, где новое содержание обозначается общепринятым словом более узкого значения, где также происходит «агглютинация слов» или образуется совершенно новое слово. Здесь же — «жесткое» конкретное значение, предмет или понятие обозначаются не тем словом, которое принято в языке, а иным, при этом в аграмматичной форме. Часто происходит искажение применяемого в этих значениях слова, или возникает слово смежное по значению или сходное по звучанию. Больной К. с депрессивным фоном настроения «занимается самоедством», так как у него «коротконогие мысли».

Больная М. дает сведения о возникновении очередного обострения в состоянии — «окружающая обстановка выводила меня на тревогу», больной Ф. говорит, что он «очень скромен в потребностях к человеку», больной З. имеет «сомнение

Продолжение

В подавляющем большинстве случаев при атактическом мышлении меняются значения слов, а не их форма, даже при наличии выраженной «разорванности» речи. Больной К. поясняет: «Мы находимся внутри внешнего мира».

6. Речевая формулировка находится в полном соответствии с мыслью. При вопросах по поводу своеобразных формулировок больной охотно их повторяет, часто дает объяснения, а иногда и «теоретические» обоснования. Правда, при грубо выраженных расстройствах пояснения так же атактичны, как и фраза, которая вызвала вопрос.

7. Высказывания в целом, в контексте по-своему логичны в своей паралогичности, едины в своей структуре. «Инакомышление», «кривая логика», «дислогии» здесь последовательно пронизывают речевую продукцию больного вне зависимости от грубости клинических проявлений расстройств мышления.

Больной А. в своем «труде» «Материал и книга» пишет: «Каждый писатель есть выразитель культуры белой или богатой по содержанию наследственно-национального характера. Характер это течение

вания пенсионерные», больная В. — не может «показать высший предел здоровья». В «мягких» проявлениях это выглядит как малограмотность — «дочка не очень темпераментна к учебе» (больной Ф.). В тяжелой — как грубая бесвязность — «в комиссию вызвали кухню лечить за услугу увольнения армии» — поясняет больной Р. по поводу его демобилизации и последующего лечения.

6. Патологические формулировки больные, как правило, повторить не могут. Они как бы «не помнят» того, как говорили, и на повторные вопросы дают либо новую патологическую продукцию, либо совершенно правильный ответ. Некоторые больные с неглубокими расстройствами выражают недоумение, отрицают, что они называли неуместные слова, либо относятся к ним как к «оговоркам», или ссылаются на недостатки образования. Речь здесь не соответствует мышлению. «Интеграция речи и мышления расстраивается» (М. О. Гуревич, 1949).

7. Речевая продукция с одной стороны, лишена признаков наличия логических форм мышления вообще, но с другой стороны, уловить хотя бы какие-то патологические механизмы в развитии высказываний этих больных невозможно. Их речь (в выраженных формах) просто бессвязна, в более «мягких» случаях она соответствует обычным механизмам, и элементы бессвязности никак не влияют на развитие основной мысли и формирование конечного вывода.

Больная К. в письме лечащему врачу пишет: «...колган

Продолжение

мыслей и действий группы, рода наций людей. Содержание человеческой натуры: уровень культурного развития, воспитание...», и т. п. В приведенном отрывке текста имеется определенное логическое развитие мысли. Хотя и сама мысль для нас остается неуловимой, однако здесь налицо как признаки силлагистического (формально) мышления, так и известная психологическая последовательность.

8. Речь по своей структуре полностью соответствует особенностям мышления и поведения в целом. Больнойproduцирует атактическую речь, мыслит атактически, и его поведение атактично. В выраженных формах — это классически кататонический синдром, в более «мягких» формах — это либо выраженное нелепое поведение и импульсивные поступки, либо «психопатическое поведение».

9. Поступки, как и поведение в целом, находятся в полном соответствии с мышлением и высказываниями. Больной Б. заявляет, что собирается прыгнуть с 5-го этажа для улучшения состояния здоровья. И вполне может это выполнить. Амбивалентность желаний, стремлений и мыслей полностью соответствует амбивалентности поведения.

корни калгана я купила на Сennom рынке, но пить не пила. Одну стакан с водкой выпил один мужчина, что такое колган это трава с желтенькими цветочками. Мария Серебрякова не врач где она и у кого взяла адрес не знаю. Живет ул. Каляева д. 19 кв. 20..., и т. д. Уже в приведенном отрывке обращает на себя внимание отсутствие каких либо (даже патологических) закономерностей развития мысли. Здесь нет логики ни по форме, ни по содержанию.

8. Речь находится в резком противоречии с характером поведения и структурного единства с ним не имеет. При грубо выраженных расстройствах эти больные устойчиво, иногда по многу лет работают в больнице, при каких-либо объектах больницы (пищеблок, прачечная, склады и т. п.) или, находясь дома, вполне удовлетворительно обслуживают семью. Конкретно-бытовая и правильная деятельность больного не связаны с нередко грубой речевой «разорванностью», которая, кстати говоря, не мешает больному хорошо ориентироваться в определенной конкретной ситуации и неплохо справляться с возлагаемыми на него обязанностями.

9. Поступки и поведение в целом не вытекают и не следуют за высказываниями. Больной заявляет, что его ежедневно ждут в «топках электропоезда» и бросают под колеса вагонов, и при этом спокойно работает на продовольственном складе в больнице, выполняет достаточно сложные функции, выезжая с машиной за продуктами за пределы больницы. Речь «отщеплена» от поведения.

10. Расстройства мышления всегда остаются постоянным свойством данного больного. Они тесно спаяны с измененными качествами личности больного. Даже в самых лучших вариантах ремиссии эти расстройства при тщательном исследовании можно обнаружить. Наиболее рельефно в повседневной практике эти расстройства выявляются при объяснениях пословиц и поговорок, даже в случаях, когда при других приемах эти расстройства выявить не удается. Атактическое мышление при этом проявляет себя часто в форме заумных, с трудом понимаемых «сверхабстрактных» формулировках объяснений либо в прямых атактических «замыканиях». Иногда же больные дают точные и «точные» объяснения. Так, больная К. объясняет пословицу «не все то золото, что блестит»: «не все дорого для человека, что например красивое». Это объяснение целесообразно со-поставить с объяснениями той же пословицы больной Г. с явлениями шизофазии: «в золотых приисках я не работала, не нуждаюсь, я не знакома с золотым прииском». Степень речевой бессвязности у обеих больных примерно одинакова.

Утомление не влияет на выявление расстройств мышления даже у астенизованных больных. Больные могут начать беседу с патологических проявлений мышления, а в дальнейшем длительно вести совершенно правильный разговор с собеседником и либо во все не проявлять патологических свойств мышления, либо их проявить в любом отрезке беседы.

10. Речевые расстройства не постоянны. Они могут то во-все исчезнуть, то проявиться вновь. Вне речевых расстройств эти больные обнаруживают чаще всего ассоциативно-механический, конкретный тип мышления низкого уровня. Обычно речь идет о различной степени интеллектуальной недостаточности (слабоумия глобарного типа или его элементов). Пословицы и поговорки понимаются этими больными примитивно и конкретно. Более того, нередко при попытке объяснить пословицы и поговорки, больной реагирует совершенно бессвязной речевой продукцией. Однако, в отличие от больных с атактическим мышлением, где объяснение пословиц и поговорок нередко позволяет вскрыть структуру мыслительного процесса, у больных с шизофазией при этом происходит «срыв» по механизму астенизации, переутомления. Больной не в силах справиться с поставленной перед ним задачей и наступает декомпенсация. При этом обострение речевых расстройств у этих больных наступает при любом задании, вызывающем напряжение и астенизацию.

Как правило, при длительной беседе, даже если больной вначале давал совершенно адекватную речевую продукцию, к концу он выявляет речевые расстройства. То же имеет место и при эмоциональном возбуждении. Признак обострения речевых расстройств по механизмам астенизации и аффективным является дифференциально-диагностическим признаком в отграничении атактического мышления от шизофазии.

11. Эмоциональные расстройства, как и другие стороны психической деятельности, обнаруживают ту же структуру, что и мышление. Они также противоречивы, неадекватны, причудливо искажены (амбивалентность, эмоциональная тупость и т. п.), как и мыслительные функции. Утрачивается адекватное эмоциональное реагирование на конкретные, значимые для всякого здорового человека раздражители. Одновременно неожиданное, часто парадоксальное реагирование на другие, менее значимые для здорового человека факторы.

11. Эмоциональное реагирование, в отличие от больных с атактическим мышлением, адекватно каждой конкретной ситуации. Конкретное содержание переживаний больных имеет вполне адекватную эмоциональную окраску. При этом в целом отмеченному выше интеллектуальному низкому уровню (деменции разных степеней) соответствует и примитивный уровень чувственных переживаний больных. Как это обычно и имеет место у «сниженных» больных, примитивность сочетается с яркостью эмоциональных переживаний. Больные обращают на себя внимание эмоциональной насыщенностью, живым переключением эмоций, связью соответствующих реакций с конкретной ситуацией. Эмоциональные реакции могут быть у этих больных связанными с патологическими переживаниями, однако такая связь прослеживается лишь в отношении речевых расстройств. Речь «отщеплена» от всех сторон психической деятельности, в том числе и от эмоциональных проявлений.

Именно этот признак — бросающееся в глаза несоответствие речи и эмоционального реагирования и является причиной смешения шизофазии с атактическим мышлением. Сущностью атаксии является внутреннее комплексное расщепление функций всех сторон психической деятельности, в том числе и мышления, а за ним уже и речи. Там — это существо, ведущее расстройство. При шизофазии имеет место лишь «отщепление» речи от других сторон психической деятельности, при этом даже не в мышлении, а только в речи, все же остальные формы психической деятельности, не имеют никаких признаков «схизиса» и даже в патологических проявлениях имеет совершенно иную структуру. Больной много и эмоционально говорит

что-то, речь его бессвязна, его не понимают, он говорит еще больше — создается впечатление яркого несоответствия в деятельности психических функций, т. е. возникает то, что иногда имеет место у сенсорных афатиков, случайно оказавшихся в психиатрической больнице, которым при беглом осмотре может быть также поставлен диагноз шизофрении.

12. Этот признак, хотя по существу должен был бы рассматриваться в предшествующем пункте, по своей клинической значимости заслуживает специального выделения.

Больные с атактическим мышлением развивают свою патологическую продукцию чаще всего в эпическом, спокойно-повествовательном тоне. Больной может говорить машинико-иапыщенно, вычурно-серъезно и т. п., но вместе с тем он произносит монолог, и беседы с окружающими фактически не ведет.

Больные могут внешне очень внимательно слушать собеседника, отвечать на его вопросы, но вместе с тем, они остаются в мире своих соображений и фактически вне ситуации. Их не интересует мнение собеседника. Какой-либо коррекции их патологические суждения не поддаются, здесь имеет место известное сходство с невозможностью разубеждения бредовых больных. Самым существенным является игнорирование больным конкретной ситуации, безразличие к ней.

Атактическое мышление может быть определено как процессуальное (ассоциативное) расстройство мышления, характеризующееся недоступным пониманию содержанием высказываний, заключенных в грамматически (и нередко, формально-логически) правильно оформленную речевую продукцию. Структурной единицей является «паралогизм» («паралогия», дислогия), т. е. неправильное сочетание понятий

12. Как было отмечено выше, эти больные весьма эмоциональны. В отличие от больных с атактическим мышлением, они «несут» свои переживания окружающим, они стремятся объяснить свои переживания, нередко ищут помощи. Не замечая у себя речевых расстройств, они раздражаются, что их не понимают, становятся еще более многоречивыми, возбужденными. Они ищут контакта, помощи, доказывают, возмущаются, требуют. Они очень живо следят за словами собеседника, по многу раз повторяют одно и то же, стремясь разъяснить свои недоумения. В этом смысле эти больные близки к тревожно-бредовым больным (нешизофренической природы), которые, не поддаваясь разубеждению, борются за свои идеи, переживая возражения, требуя поддержки и т. д. Эти больные всегда в конкретной ситуации, живут ею, черпают содержание переживаний из конкретных раздражителей окружающего.

и представлений, словесное обозначение которых не соответствует общепринятым семантическим границам, что в целом лишает высказывания смыслового содержания и делает предмет высказываний недоступным для понимания окружающих.

Резюмируя кратко основные клинические признаки атактического мышления, которые могли бы быть использованы врачом в любой ситуации и без специальных экспериментальных исследований, следует назвать следующие:

а) структурное единство атактического мышления с нарушениями других сторон психической деятельности (эмоциональной, волевой сфер и поведения в целом); б) сохранность логико-грамматических структур, а в грубых степенях при их нарушении — склонность к формированию «телеграфного стиля» с преобладанием номинативных функций речи над предикативными; в) недоступность пониманию не столько в отдельных звеньях высказываний, сколько контекста в целом с использованием при этом слов «высокого» лексического слоя, абстрактных понятий, что создает либо впечатление чрезмерной заумности, неконкретности, либо просто иелости, при этом сами по себе отдельные звенья высказываний и употребляемые слова общеприняты; г) «неологизмы» и искажения слов отражают новое содержание. Их немного, и они носят характер «паралогизмов», а не «парафазий»; д) к своим «паралогизмам» и паралогическим построениям больной относится «осознанно», может их повторить и пояснить; е) эти расстройства мышления постоянны, и проявления их колеблются лишь в своей интенсивности; ж) относительная сохранность интеллектуально-мнестических функций с возможностью сложных аналитических (высокого уровня) операций сочетается с выраженным патологическими признаками.

Возвращаясь к классификации «шизофренических» расстройств мышления М. С. Вроно, с позиций которой был начат разбор изученного материала, становится очевидным, что понятие «разорванности» М. С. Вроно только частично совпадает с понятием атактического мышления. Дело в том, что М. С. Вро-

но включает в понятие «разорванности» большое число состояний, которые нами были отнесены к «вторичным» и «недифференцированным» формам. Ни в коей мере не отрицая, что у многих больных с «вторичными» и «недифференцированными» формами расстройств мышления имеется шизофрения, мы вместе с тем считаем, что как с позиций необходимости последующего изучения этих явлений, так и с позиций необходимости повседневной клинической дифференцировки эти формы смешивать неправильно. Расстройства мышления у такого рода больных неоднородны, и общемозговые механизмы (астенизация, расстройства памяти, явления слабоумия и т. д.), которые могут наблюдаться у любого больного вплоть до больного прогрессивным параличом или олигофренией, качественно меняют всю картину расстройств мышления и отнесение их к категории «шизофренических» становится неоправданным. Поэтому нам кажется, что понятие «кататонической бессвязности» следует понимать как атактическое мышление в том виде, как оно сформулировано выше.

Итак, считая в целом классификацию М. С. Вроно клинически убедительной, ее следует принять с некоторыми корректировками: 1) Шизофазия в том виде, как она описана у М. С. Вроно. 2) Атактическое мышление в вышесформулированной форме. 3) Смешанные формы, куда следует отнести как комбинации из первых двух, так и «вторичные» и «недифференцированные» формы.

В таком виде, нам кажется, классификация принимает более аргументированную форму как с точки зрения «академической», так и становится более защищенной с позиций клинической практики.

Высказанные соображения в определенной мере находят подтверждение на материале статистических обработок частот признаков (симптомов), полученных при изучении всех больных, находящихся в крупном межрайонном стационаре (З-я Ленинградская психиатрическая больница). Не останавливаясь на методиках изучения материала в технике обработки полученных данных, которые достаточно подробно

излагались в соответствующих публикациях¹, хотелось бы подчеркнуть, что приводимые ниже данные получены на достаточно представительном материале (2176 больных) стационара «общего психиатрического профиля», т. е. содержащего «естественный» состав госпитализируемых больных. Одновременное получение сведений осуществлялось коллективно, т. е. «субъективные» и «квалификационные» поправки на допустимые в практической повседневной работе ошибки были «усреднены» и тем самым нивелированы, а регистрация симптомов не имела характера специальной и направленной выборки.

Полученные данные показывают, что оба изучавшихся феномена (симптома) — атактическое мышление и шизофазия получают различные статистические характеристики как по «интенсивным показателям», т. е. широте встречаемости во всей массе изученных больных, так и по «экстенсивным показателям», т. е. распределению по отдельным формам болезней. Следует также подчеркнуть, что «смешанные» и клинически нечеткие формы речевой бессвязности относились в отдельную группу, а к обеим названным группам в связи с этим относились лишь достаточно убедительные в общеклиническом плане наблюдения.

Атактическое мышление по данным изученного материала оказалось симптомом, встречавшимся достаточно часто. В степенях четкой выраженности и грубых формах (степени «2» и «3») его интенсивный показатель составляет 19,9% при учете сомнительных наблюдений (степень «1») — 27,5% в общем числе изученных больных, т. е., этот признак представлен так же широко, как отдельные формы бреда, галлюцинации, психические автоматизмы.

Если проследить распределение этого феномена по нозологическим группам («экстенсивный показатель»), то становится очевидным, что наиболее часто атактическое мышление встречается при шизофрении.

¹ Сб. «Психические заболевания», Л., 1970; Материалы юбилейной конференции З-й Ленинградской психиатрической больницы. «Математические методы в психиатрической клинике», Л., 1970.

Действительно, в степени четкой и резкой выраженности («2» и «3») он наблюдается у 50% больных шизофренией, при учете сомнительных данных (градация «1») этот процент возрастает до 68. При других формах психических заболеваний этот признак наблюдается в весьма малом объеме (от десятых и сотых процента до 3,5—3,6%).

Шизофазия, как это и следовало ожидать, как признак менее «популярный» наблюдается значительно реже. Общий «интенсивный» показатель с учетом всех степеней выраженности («1» + «2» + «3») составляет 4%, по градациям «выраженный» и «резко выраженный» («2» + «3») — 2,5%.

Несмотря на то, что этот феномен встречается реже атактического мышления, он несомненно имеет самостоятельное значение. Следует также подчеркнуть, что если высокие показатели первого можно объяснить в известной мере «гипнозом диагноза», то диагностика второго значительно сужена. Шизофазия в данном материале выступает в «очищенном» и заведомо суженном представительстве.

Экстенсивные показатели распределения шизофазии по полученным данным следующие: атактическое мышление наблюдается при шизофрении в 50—70% случаев, при других формах психических заболеваний встречается значительно реже (единицы, десятые доли процента). Что касается шизофазии, то она встречается при шизофрении в 5—6% случаев, а при других психических заболеваниях этот процент составляет 1—3.

Таким образом, хотелось бы подчеркнуть, что приведенные выше высказанные при анализе клинических данных соображения подкрепляются также и приведенными материалами статистических обработок, отражающих повседневную клиническую практику.

В литературе при анализе «шизофренических» расстройств мышления клиническим материалом исследования являются именно те формы, которые в настоящем изложении обозначены как атактическое мышление. Тем самым эта форма безусловно требует выделения, и по-видимому должна считаться основной группой «шизофренических» расстройств мышления.

Большинство авторов, изучавших указанную группу расстройств мышления, констатируют как один из наиболее значимых признаков, склонность к чрезмерно широким обобщениям и абстракции, при которой теряется связь с конкретной реальностью. При этом утрачиваются основные признаки мышления здорового человека, для которого являются обязательными обобщения и абстракции, но вместе с тем «не только абстрактно всеобщее, но всеобщее такое, которое воплощает в себе богатство особенного, индивидуального, отдельного (все богатство особого и отдельного!)»¹. Это «богатство особенного и отдельного» и утрачивается в мышлении больного, а вместе с ним и существование мышления как одного из основных звеньев связи человека с окружающим миром.

Шизофазия может быть определена как форма речевой спутанности, проявляющаяся относительно изолированно от расстройств других сторон психической деятельности (в том числе и мышления) и характеризующаяся сочетанием неуместно используемых слов и наименований (терминов), не имеющих между собой полной грамматической согласованности и логической последовательности. Эти речевые расстройства характеризуются также большой эмоциональной насыщенностью высказываний с соответствующим мимическим и пантомимическим сопровождением, и, даже, при выраженной картине речевой бессвязности не лишают весь контекст высказываний в целом конкретной направленности и возможности понять предмет высказываний. Структурной единицей является «парафазия» («дисфазия», «дисфразия»), т. е. подмена одного слова другим, передко фонетически более сложным и в данной ситуации неупотребимым, хотя в целом отдаленно отражающим соответствующий смысл.

Кратко резюмируя основные клинические признаки шизофазии с учетом данных дополнительных исследований, можно назвать следующие, которые могли бы быть использованы в повседневной клинической практике.

¹ Цитата Гегеля приводится из работы В. И. Ленина «Конспект книги Гегеля „Наука логики“». Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 29, с. 90.

а) Отсутствие структурного единства выраженностей расстройств с соответствующими изменениями со стороны других сторон психической деятельности («внутренней логики синдрома» по А. Р. Лурия) — эмоциональной, волевой, интеллектуально-мнестической, поведения в целом и даже мышления («отщепление речи»).

б) Даже в наиболее легких формах — расстройства логико-грамматических структур, тенденции к многословности, а в тяжелых степенях — картины «словесной окрошки» с преобладанием с самого начала предикативных функций речи над номинативными.

в) Недоступность пониманию отдельных высказываний при понятности и уловимости предмета высказывания в целом, их «приземленности», при конкретно-бытовом или конкретно-бредовом содержании, «внтиеватость», непонятность на уровне отдельных звеньев высказываний и даже слов, при возможности уловить смысл и предмет высказывания в целом.

г) «Парафазии» («дисфазии», «дисфразии») и искаżenia слов или фраз, а не «неологизмы». Слова применяются не по назначению, но нового смысла в них нет.

д) Неправильности речи больной не замечает; как правило, не может их повторить, и тем более объяснить.

е) Эти расстройства мышления непостоянны, возникают по механизму «срыва», а иногда «пароксизма», исчезают во многих случаях полностью.

ж) Шизофазия обычно возникает на фоне интеллектуально-мнестической недостаточности, носящей либо необратимо-органический характер (слабоумие органического типа), либо характер стойкой астенизации — принципиально, по-видимому, обратимой, но практически по внешней картине мало отличающейся от слабоумия органического типа. Правильнее всего такие состояния назвать стойкой интеллектуальной слабостью и истощаемостью.

Изучение речевых характеристик патологической продукции психически больных встречается уже в работах Л. С. Выготского (1956), Г. В. Бирнбаума (1934), где они анализируются с позиций теории эволюции

речи и проблемы «речь — знак — понятие». Это же подчеркивает В. А. Гиляровский (1941). В последние годы такого же рода направленность исследования отмечается в ряде работ отечественных авторов (М. П. Андреев, 1963, Ю. Ф. Поляков, 1965, 1972, и др.). Значимость собственно речевых расстройств при «шизофренических» расстройствах мышления подчеркивалась многими авторами, начиная с Крепелина, который, исходя из клинических данных, допускал даже самостоятельность шизофазии как отдельной формы болезни. Ряд авторов сопоставляют «шизофренические» расстройства мышления с афазиями, говоря о «псевдоафазиях» (Крепелин, 1914, Л. С. Выготский, 1956, М. С. Лебединский, 1938, Н. П. Татаренко, 1938, и др.). Kleist прямо связывает формы «шизофренических» расстройств с локализацией мозгового органически-деструктивного процесса. Большинство авторов не поддерживают утверждения Kleist, считая возможным лишь проводить некоторые параллели. Н. П. Татаренко, исходя из положений И. П. Павлова о функциональной локализации нарушений соотношения возбудительного и тормозного процессов при патологических состояниях, различает: а) нарушения употребления слов (фонетические, соматические, смешанные), б) новообразования слов (уплотнения, неправильное образование, уродование), связывая эти нарушения с клиническими формами расстройств мышления. При этом клинически опирается на классификацию Kleist, выделявшего расстройства мышления: 1) у кататоников, где нарушено образование звука, употребление слова, порядок слов, музыкальные элементы обединены, и 2) у бредовых больных — парафазия, словотворчество (глаголы, производные от существительных), параграмматизм, музыкальные элементы страдают мало. Последнюю группу Kleist сближает с сенсорной афазией. Н. П. Татаренко дает описываемым явлениям, в отличие от Kleist, патофизиологическую трактовку. М. С. Лебединский дифференцирует речь больных шизоинфекцией и больных с афатическими расстройствами. Им отмечаются при афазии явления выпадения, связь высказываний с ситуацией, определенная направленность речи и нарушения грамматического строя. В то же время в

речи больных шизофренией имеют место не явления выпадения, а изменения, единые с расстройствами всей психической деятельности, «высвобождение из ситуации», патологический «полисемантизм», «десемантизация»; речь шизофреника не направлена, грамматический строй речи сохранен.

Среди работ, посвященных проблемам расстройств мышления речи у психически больных, заслуживает внимания упоминавшееся выше исследование Delmond — «*Essai sur la Schizophasie*» (1935).

Большая ценность работы заключается, как нам кажется, в весьма убедительном клинико-экспериментальном обосновании шизофазии как самостоятельного феномена, где одной из основных общих характеристик является оригинальное утверждение автора о комбинации самостоятельных расстройств мышления и речи (*«aphasie avec incohérence»*). Последнее убедительно обосновывается «послойным» клинико-экспериментальным анализом состояния мышления и речи изученных больных.

Отвлекаясь от дискуссионных сторон обсуждаемого исследования, хотелось бы упомянуть некоторые признаки, использовавшиеся автором при дифференциальной диагностике шизофазии: 1) нарушение речевой активности, 2) нарушения экспрессивной речи до жаргонофазии, 3) «несистематический» характер неологизмов в отличие от других дифференцируемых клинических форм, 4) искажения слов, «которые звучат приятно» — «псевдолитературный грамматизм», 5) нарушения синтаксических конструкций, 6) возможность понять смысл высказывания при наличии грубых речевых расстройств, 7) генетическая близость к афазиям с отличительным признаком — «частной организацией» мыслительной деятельности.

В перечисленном нетрудно усмотреть многие признаки, положенные в данной работе в основу клинической дифференциации атактического мышления и шизофазии.

В литературе по афазиям описано немало клинических состояний, которые прямо могли бы быть отнесены к шизофазии в той форме, как она представлена в настоящем изложении. Большинство авторов отмечают значение для формирования афазий наличия

парафазий, преимущественно вербальных (Е. Я. Барановский, 1959; Р. А. Голубова, Е. Н. Винарская, 1971, и др.). Другие подчеркивают, что парафазии являются основой аграмматизмов — «параграмматизмов» (И. Д. Сапир, 1934, С. М. Блинков, 1959, К. Н. Витторф, 1958), при этом аграмматизмы являются ранним симптомом афазии. А. Р. Лурия определяет эти состояния, говоря о предикативной функции речи, как «расхождение (резкое) между сохранностью интенционно-мелодической схемы фразы с богатыми жестами и грубым нарушением ее номинативного естественного состава»¹. Эти явления находят себе объяснения в нарушениях внутренней проекции и схемы речи, структуры внутренней речи, которая, превращаясь в сокращенный код, схему, оперирует «свернутыми», «редуцированными» умозаключениями (А. Н. Соколов, 1968, В. М. Коган, 1962), понятия и рисунки отражают «предметы, но не явления», происходит распад целых структур, каждая часть выступает как целое, нарушен процесс словесного формулирования (И. Д. Сапир, 1934).

Интересно отметить, что если все изложенное очевидно справедливо в отношении шизофазии, стоящей ближе к сенсорной афазии², то к атактическому мышлению, которое могло бы сопоставляться с моторной афазией, это уже неприложимо. Как отмечает А. Р. Лурия, при моторной афазии «значение слова приобретает очень узкий характер, и слово названное в одной конкретной ситуации, уже перестает называться тем же именем и в другой», и далее: затрудняется процесс подыскания значений³, т. е. процесс обратный тому, что имеет место при атактическом мышлении,

¹ Лурия А. Р. «Травматическая афазия». М., 1948, с. 217.

² Использование понятий моторной и сенсорной афазии предполагает общеклинический наиболее практичен укрепившийся аспект этой терминологии. И хотя автору настоящего изложения больше импонирует анализ структуры речевых расстройств по «функциональным уровням», т. е. понимание термина «афазия» как формы расстройств «символической формулировки и выражения» (Е. Н. Винарская), вместе с тем, мы не считаем целесообразным в рамках данной работы вникать в этот сложный аспект дискуссии и используем наиболее популярную клиническую терминологию.

³ Лурия А. Р. Там же.

когда не только не возникает затруднений при подборе слова, но наоборот, имеет место «патологический полисемантизм». Здесь четко сказывается дифференциация уровней — при атактическом мышлении патологический процесс имеет место в высших слоях собственно мышления, и речевые функции лишь отражают то, что происходит в мышлении, в то время как при моторной афазии страдает именно речевая система и затруднение в подыскании значений является затруднением в выражении готовой мысли.

Дополнительные признаки, позволяющие сопоставить шизофазию с сенсорной афазией, — это жаргонофазия, корневые парадигмы, поиски значения слова, которые приводят к потере акустического образа, иска-
жения окончаний, неспособность обнаружить свои аграмматизмы, неустойчивость возможностей в подборе слова и выполнении задания (одно задание больной то может выполнить, то нет), что имеет в основе нарушения фонетического анализа, «отчуждение смысла слов», «импрессивный аграмматизм» (И. Д. Сапир, 1934; Н. А. Крышова, Е. П. Кок и В. М. Шкловский, 1961; К. Н. Витторф, 1958; В. М. Коган, 1962; М. И. Ботез и Г. К. Кэлкэяну, 1961, и др.). При всем этом «мышление как по своей целенаправленности, так и по возможности схватывать логикограмматические отношения, оказывается гораздо более сохранным»¹.

А. Р. Лурия также подчеркивает нарушение номинативных функций, «отчуждение от корневой части» слова и далее характеризует речь при сенсорной афазии как состоящую «из набора вводных и заменяющих слов, объединенных сохранной интонацией и образующих известное психологическое единство фразы. Эти слова произносятся обычно без всяких заметных артикуляторных затруднений, но часто нужные вещественные слова замещаются массой вербальных и литеральных парадигм, смысл которых остается однако понятным благодаряциальному мелодическому единству».

Для понимания значимости общих механизмов в формировании шизофазии и сенсорной афазии чрезвычайный интерес представляет работа Э. С. Бейн (1961). Еще М. И. Аствацатуров подчеркивал значимость

¹ Лурия А. Р. «Травматическая афазия». М., 1948, с. 72.

«вторичной символизации» для понимания сущности афатических расстройств. Э. С. Бейн в своей работе создает стройную систему, квалифицируя речевые расстройства (вербальные и лингвистические парадигмы) при сенсорной и моторной афазии. Автор показывает, что аграмматизмы и парадигмы являются «обходными путями» в процессе компенсации речевого дефекта. Для сенсорной афазии характерны фонематические замены без изменения звуковой структуры, преобладание вербальных парадигм. Выделяются следующие механизмы формирования вербальных парадигм:

1. Замена по качеству, т. е. слово подменяется другим, имеющим общие положительные или отрицательные свойства: «сильный — толстый», «жаркая погода — большая погода», сохраняется «мыслительный замысел» и предикативная формула при неустойчивости номинативной, нередко «суженный смысл» — до одного свойства.

2. Ассоциации смежности (иногда сходства низкого уровня) «учитель — профессор».

3. Внутри «пирамиды понятий» при этом понятия заменяются либо на равноценные, либо на более общие: «ложка — вилка», «лев — животное».

4. По звуковому сходству: «улитка — калитка».

5. Амнестический тип — вместо слова «танк» его определение — «орудие войны».

6. Замена фразой («внутренний поиск понятия») — вместо слова «купить» — «восполнить» с определением: «для того чтобы купить, надо восполнить...», и т. д.

При этом может быть «скольжение смысла»: «цветок — светок — свет», «я выздоровела — я выскочила, чтобы никогда...». Грамматические отношения не меняются — заменяющее слово остается внутри общей структуры предложения и позволяет (в известной степени, конечно) выразить содержание мысли и сохранить мотив и задачу словесного выражения в целом. Иногда могут быть замены, выразительно подчеркивающие задачу высказывания: «голова» — «документ точности», в высказываниях часто понятен лишь контекст.

Автор также отмечает аффективные тенденции, возникающие в связи с речевыми трудностями. При-

мер: «Разные экземпляры можно сопоставить на разные элементы» (речь идет о сердце) — «люди по качеству сердца хорошие и дурные».

Интересно отметить, что автор подчеркивает неосознанность этих высказываний, и что эти выражения почти никогда не повторяются у одного и того же больного. Следует также отметить, что автор в предшествующей работе у такого рода больных отмечал «манерничание», «глобальное письмо», «идеограммное чтение», «слова-эмболы — стереотипии».

У больных с моторной афазией Э. С. Бейн отмечает упрощение слов, контаминации (слияния слов), персеверации. Кроме того, словесные замены «внутрикатегории» (абстрактные, не конкретные), «сужение смысловой структуры слов».

Автор считает, что при сенсорной афазии страдает мышление, в частности, обобщение, и имеет место нестойкость словесных образов. При этом страдают конкретная и предметная стороны словесных значений при сохранности (относительной) абстрактных, образных и предикативных функций. При моторной афазии — более грубый распад словесных понятий и внутренней речи.

Из изложенного видно, что механизмы речевых нарушений при шизофазии и сенсорной афазии имеют много общего, а примеры речи часто просто тождественны, в то время как моторная афазия практически ничего общего не имеет с атактическим мышлением, если не считать контаминаций, которые внешне похожи на «агглютинации» больных с атактическим мышлением.

Следует отметить, что примеры речи больных с сенсорной афазией, приводимые в ряде других работ, весьма близки к тому, что наблюдается при шизофазии (Е. Я. Барабановский, 1959, и др.).

Весьма интересна в этом отношении работа Д. Е. Голант (1961), который на материале больных с атеросклеротическим слабоумием показывает речевые расстройства, которые, как нам кажется, можно прямо отнести к явлениям шизофазии. Автор наряду с характерными «органическими» признаками (персеверациями, аграмматизмами, парапазиями) отмечает своеобразное «рассуждательство», витиеватость, на-

укообразность» высказываний: «У меня произошло выпадение каких-то шариков, но не основных, хрящевых, а мягких жировых. Тем не менее это спутало меня со счета и направило на отдых», «когда закончится подчистка всех моих функций», «сама консистенция природы резко изменяется», и т. д.

Итак, шизофазия как по форме, так и по содержанию имеет много общего с сенсорной афазией, что в свое время подчеркивалось А. С. Шмарьяном (1949).

Основным общим механизмом является нарушение функций речевого аппарата. Однако если при сенсорной афазии этим и исчерпывается патологический процесс, то при шизофазии несомненно глубже страдают высшие психические функции. Правда, как это отмечается Э. С. Бейн, при сенсорной афазии также имеются некоторые признаки нарушений высших психических функций (см. «манерничанье», нарушения функций письма и чтения, и т. д.), однако здесь они мимолетны, и не характеризуют единства патологического процесса. При шизофазии психические нарушения являются ведущими, явления шизофазии интимно связаны с бредовыми состояниями либо вырастают из глубоких качественных личностных изменений.

Речевые расстройства выступают в комплексе с психическими нарушениями. Отмечавшиеся выше нарушения «внутренней проекции» и «схемы речи», расхождение между «сохранностью интенционно-мелодической схемы фразы» и номинативными функциями речи, «нарушения процесса словесного формулирования», «скольжение смысла», нестойкость словесных значений при относительной сохранности абстрактных, образных и предикативных функций, а в целом нарушение функций речи как инструмента формирования обобщения и внутренней речи приводят у психически здорового человека к формированию сенсорной афазии, у психически же больного с его искаженным отражением окружающей действительности (по-видимому, по аналогичным механизмам) — к шизофазии. У психически больного указанные нарушения речевых функций приводят и без того измененную деятельность психики (и в частности, мышления) к еще более

глубоким изменениям, но если психически здоровый человек с явлениями сенсорной афазии как-то корректирует свою недостаточность, то психически больной утрачивает эту возможность. Нарушения внутренней речи и функций обобщения, возникающие в связи с первично чисто речевыми нарушениями обозначений приводят как бы «вторично» к изменениям существа мыслительных функций; за неправильно обозначенным понятием следует и его неправильное использование. Таким образом, явления шизофазии, возникающие и формирующиеся в основном по «речевым» механизмам, становятся более похожими на «первичные» расстройства мышления (в частности, атактическое мышление). Эти механизмы, по-видимому, и являются уже не чисто внешними, а содержательными признаками, которые дают основания смешивать шизофазию с атактическим мышлением. И лишь тщательный клинический анализ, по существу, произведененный еще Крепелиным, позволяет отличить оба вида указанных расстройств и выявить, что при атактическом мышлении «первично» страдает существо мышления при сохранном «инструменте его выражения» в речевых функциях, которые если и страдают, то страдают «вторично», в то время как при шизофазии имеет место обратный процесс — нарушения «инструмента выражения мысли» — речевых функций, которые уже «вторично» вызывают изменения мыслительной деятельности, тем более, что весь процесс разыгрывается на фоне уже имеющихся психических нарушений и недостаточных критических возможностей мышления больного.

Выражением отмеченного сходства является, скажем, склонность как у больных с атактическим мышлением, так и с шизофазией к замене конкретных понятий более общими, но в одном случае механизмом является «высвобождение из ситуации» (М. С. Лебединский, 1959), а в другом случае замена «внутри пирамиды понятий» (Э. С. Бейн, 1961); или, скажем, нарушений соотношения части и целого, но при атактическом мышлении имеет место механизм изменения квантификации понятий, в то время как при шизофазии существом является замена одного словесного значения более общим термином и т. д.

Синдром сенсорной афазии большинством авторов связывается с поражениями височных долей мозга. Многими отмечается, что целый ряд «шизоформных» состояний, в том числе сопровождающихся речевыми расстройствами, также возникает на основании органически-деструктивных процессов височной и теменно-височных долей (М. О. Гуревич, 1949; А. С. Шмарьян, 1949; Sleiter, 1965, и др.). А. С. Шмарьян прямо указывает, что признаком поражений височной доли является шизофазия. В некоторых патолого-анатомических исследованиях констатировано наличие деструктивных изменений в теменно-височных областях при «параноидных формах шизофрении», в структуре которых чаще всего наблюдается шизофазия (В. Н. Русских, 1962). Все это при сопоставлении шизофазии и сенсорной афазии дает основание предполагать, что материальным субстратом шизофазии является патологический процесс в указанных областях. Однако клинические наблюдения не позволяют считать, что во всех случаях при шизофазии речь идет об органически-деструктивных изменениях в указанных зонах. Ряд отечественных и зарубежных авторов и собственные наблюдения показывают, что шизофазия, хотя и является чаще всего выражением затяжного (хронического) течения болезненного процесса, вместе с тем не является процессом необратимым.

Впервые в литературе на возможность функционально-динамической природы афазических расстройств в послеприпадочном периоде у больных эпилепсией указывает С. С. Миухин (1939). Тем самым им было опровергнуто прочно укрепившееся представление об афазиях как проявлениях очагового необратимого деструктивно-органического процесса. В течение последних лет широкое применение психофармакологических средств, а также некоторые специальные исследования показали, что явления шизофазии нередко полностью обратимы (Л. Л. Рохлин и Т. И. Гребенцова, 1959; А. Б. Савицкая, 1963). Г. Э. Рихтер (1959) в эксперименте с длительными наркотическими состояниями показал возможность искусственно получить речевые расстройства — «функциональные афазии», что дает основание считать возможным и временные функционально-динамиче-

ские, но вместе с тем относительно локализованные изменения невро-психической сферы. В литературе неоднократно высказывались соображения о возможности такого рода состояний, что может расцениваться с позиций учения И. П. Павлова о функционально-динамических изменениях в коре головного мозга при различных ее патологических состояниях (Г. П. Платонова, 1959, Н. Н. Трауготт, 1964, и др.).

В этой связи, не претендуя ни на какие окончательные суждения о сущности и природе шизофазии, можно высказать предположение, что шизофазия может быть выражением как очаговых деструктивных процессов преимущественно в теменно-височных долях головного мозга, так и выражением функционально-динамического тормозного состояния указанных областей. Клинически, по-видимому, при деструктивно-органических процессах (некоторые формы эпилепсии, последствия энцефалитов, травм и др.) речевые расстройства проявляют себя как «первично» возникающие и стойкие, такие состояния чаще всего имеют место у «резидуальных органиков» и у больных с прогрессивно нарастающими мозговыми заболеваниями.

Приводим краткую выдержку из истории болезни.

Наблюдение 5. Больной Я., 1933 г. р. Наблюдается районным психоневрологическим диспансером с 9/VI 1950 г.

Из анамнеза известно, что родился в срок, рос и развивался правильно. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В анамнезе никаких серьезных заболеваний не было. Окончил 7 классов средней школы, работал. В возрасте 9 лет, после психической травмы появились страхи, затем навязчивые явления. В этот же период первый судорожный припадок. В течение ряда лет судорожные припадки были редкими, продолжал работать. С 1950 г. обострение — участились судорожные припадки, быстро стали нарастать патологические черты характера. С 1957 г. многократно стационарируется в психиатрические больницы в связи с асоциальным поведением — посещает различные учреждения, где «выявляет недостатки», пишет жалобы с различными требованиями «общего характера», произносит в публичных местах речи, стремится это делать в присутствии иностранных туристов и т. д.

Психическое состояние: правильно ориентирован. В беседе многословен, подчеркнуто вежлив, вязок, медлителен. Прежде чем войти в кабинет, несколько раз громким голосом спрашивает разрешения. Является в диспансер обычно с очередной претензией или жалобой, чаще всего имеет в руках «готовый материал» для газеты или вышестоящей организации. Внешний вид

больного несколько своеобразен, носит большую бороду, стремится своеобразно одеваться. Малерен до вычурности, витиеват в высказываниях. Охотно беседует о своем состоянии здоровья, имеет при себе тетрадь, где отмечает разноцветными карандашами припадки и поллюции. Вычерчивает графики этих явлений. Обычно предъявляет жалобы на «контраст ухудшения общего тонуса», обращается к разным врачам «в целях сопоставления», когда человек обратился в целях консультации. Заявляет: «у меня по-прежнему травмируется в отношении сна». Много и властиво говорит о необходимости работать, однако от любой предлагаемой формы труда уклоняется, предпочитая обращаться с этими требованиями «по инстанциям». «Мне, с одной стороны, нужна работа не шаблонного характера, вы поймите меня правильно, т. е. возникают скептические мысли, если не заниматься полезным трудом, требующим мышления, или может развиваться прогрессирование психического состояния. Постепенно падает тонус на организм. Если бы это было олицетворением действительности, то это было бы так без перегрузки организма».

Крайне витиеватые высказывания чередуются с назидательной информацией: «перемена труда — лучший вид отдыха, то же самое и в других профилях..», «когда некогда будет прогрессировать свои скептические настроения».

Конечной задачей является «при первых признаках коммунизма заработать себе на сон». Склонен к беседам на общие темы о людях вообще и обсуждать «контраст их разнообразия», «профили видимости бригад коммунистического труда» и т. п.

Эпизодически испытывает ощущения, близкие к психосенсорным расстройствам — «сейчас какое-то состояние нереально». Бредовых идей и галлюцинационных переживаний не обнаруживает. Формальных признаков грубого снижения интеллектуально-мнестических функций нет. Точного обследования в этом направлении произвести невозможно из-за крайней претенциозности больного. Эпизодически выраженные колебания настроения; чаще дисфорического, иногда депрессивного характера, когда высказываются суицидные мысли (говорят о необходимости его кастрации). В таких состояниях обычно становится в психиатрическую больницу. В целом — бездеятелен, раздражителен, склонен к сутяжничеству.

Неврологически: рассеянная очаговая микросимптоматика.

Соматически: внутренние органы и данные лабораторных исследований без грубых отклонений от нормы.

Диагноз: эпилепсия с глубокими изменениями личности и эпизодическими расстройствами настроений.

В приведенном наблюдении расстройства мышления у больного Я. имеют все признаки, свойственные явлениям шизофазии, хотя они и выступают в структуре эпилептического типа изменений личности. Нужно сказать, что этот больной может вполне при первом осмотре, если не иметь о нем сведений, быть принят за страдающего шизофренией, а не эпилепсией, ибо даже типичные эпилептические черты в его характере

и поведении настолько «втиеять», что вполне могут быть приняты за шизофреническую манерность.

У данного больного особенности мышления, очевидно, определяются общим деструктивно-органическим мозговым процессом, по-видимому, локализующимся преимущественно в теменно-височных долях, о чем свидетельствуют особенности всего комплекса клинических данных.

Клиническим выражением функционально-динамических нарушений (также, как правило, длительных) являются состояния шизофазии как «вторично» возникающие в исходе бредовых психозов различного генеза, в том числе вероятно, бредовой формы шизофазии. Интересно отметить, что при органическо-деструктивной основе шизофазии преобладающими являются замены (парафазии) по «амнестическому типу» и «замены фразой», при динамически-функциональной — по первым четырем их вариантам, выделенным Э. С. Бейн.

Представляется целесообразным подчеркнуть, что комбинация из различных форм психотических состояний с собственно речевыми расстройствами афатическими или афатоподобными является не только теоретически возможной, но и фактически реальной в значительно большем числе случаев, чем это диагносцируется врачами-психиатрами. Значимость правильного распознавания собственно речевых расстройств бесспорно весьма велика, и по-видимому, большой объем ошибочной диагностики врачей-психиатров определяется как недостаточно четкой оценкой характера речевых расстройств, так и недостаточной разработанностью соответствующих диагностических критериев.

Глава II

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АСПЕКТА

Изложенные в предшествующем разделе данные клинических наблюдений представлялись целесообразным подкрепить некоторыми дополнительными иссле-

дованиеми, и прежде всего сопоставить анализируемые формы расстройств мышления с речевыми расстройствами при различных формах афазий. В литературе имеются работы, содержащие также сопоставления. Как отмечалось выше, Kleist считал, что при кататонии наблюдаются расстройства речи типа моторной афазии, а при бредовой форме шизофрении — типа сенсорной афазии. М. С. Лебединский и Н. П. Татаренко также считали возможным делать такие сопоставления, однако их интерпретации в отличие от Kleist, строятся не на психоморфологических позициях, а на учении И. П. Павлова о динамической локализации и динамическом взаимодействии основных нервных процессов. Разработка проблемы афазий последующих лет (А. Р. Лурия, 1948, 1970; С. Бейн, 1961; И. М. Тонконогий, 1973, и др.) также приводит к необходимости такого рода сопоставлений.

Материалом наших наблюдений были 35 больных: 15 с атактическим мышлением и 20 с шизофазией. Мы пытались выявить признаки наиболее значимые по данным статистической обработки для дифференциации сенсорной и моторной афазий¹. Для моторной афазии такими расстройствами являются — преобладание существительных, замедление и обеднение речи; для сенсорной афазии — наклонность к логорее, преобладание глаголов и вводных слов, вербальных парадигм, изменяющих речь по типу «словесной окрошки», затруднения называния и т. д. Помимо клинического обследования изучалась речевая продукция больных в их собственноручных записях, либо записях наблюдающих врачей. Данные исследований позволили отметить следующие признаки, отличающие обе изучаемые группы расстройств мышления.

Многословность больных с синдромом шизофазии, что является для этой группы больных достаточно типичным. Этот признак для больных с атактическим мышлением не характерен, что убедительно иллюстрируется данными словесного (ассоциативного) эксперимента (см. приводимые ниже примеры).

¹ Работа проводилась совместно с И. М. Тонконогим (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева) и Е. Е. Рябовой (Психоневрологический диспансер Ждановского района Ленинграда).

По материалам словесных экспериментов у больных с атактическим мышлением многословные реакции на слова-раздражители имеют место в 39% наблюдений, в то время как у больных с явлениями шизофазии они составляют 70%.

Особенности грамматического строя речи. Уже при рассмотрении приведенных примеров достаточно четко выступает тот факт, что неправильные по содержанию высказывания облекаются в грамматически правильные формы лишь у больных с атактическим мышлением, причем даже вне зависимости от глубины «разорванности» мышления больного. У больных с явлениями шизофазии имеют место отчетливые нарушения грамматического строя их высказываний: многие фразы не закончены, придаточные предложения строятся без должной согласованности с главными не только по смысловому содержанию, но и по грамматической форме. Интересно отметить, что эти явления легче всего обнаруживаются при рассмотрении записанного текста устной речи больных или текстов, написанных самими больными. В устной речи во время беседы эти дефекты несравненно менее заметны, так как, произнося часто совершенно бессвязные фразы, больные настолько насыщают их соответствующей эмоциональной окраской, правильными интонациями, мимическим и пантомимическим сопровождением, что при обычной для них быстрой речи эти дефекты уловить в беседе представляется затруднительным.

Соотношение отдельных частей речи (существительных и глаголов). У больных с атактическим мышлением номинативные функции речи страдают мало, а у некоторых больных даже как бы патологически усиливаются. Больные говорят, в основном употребляя имена существительные, что особенно отчетливо выступает при речи, приближающейся к так называемому «телеграфному стилю». У больных с явлениями шизофазии отмечаются обратные явления: преобладание предикативных функций речи — соотношение количества употребляемых глаголов и существительных у многих больных приближается к единице, а у отдельных больных количество употребляемых глаголов даже превышает количество су-

ществительных. Обработка материалов высказываний у 35 больных обеих групп показала, что средний процент отношения существительные глаголы составляет: при атактическом мышлении — 2,8 при $\sigma = 8,1$; у больных с шизофазией — 1,3 при $\sigma = 1,7$.

Характерно, что в некоторых наблюдениях у больных с атактическим мышлением отношение существительные глаголы достигает 13,0 в письменной речи, т. е. эта форма речи больного состоит почти только из имен существительных. В устной речи это отношение обычно меньше у всех больных. При шизофазии отчетливо выступают обратные соотношения.

Соотношение конкретных и абстрактных речевых реакций на те или иные раздражители окружающей обстановки. Этот признак тесно спаян со структурой основного психопатологического синдрома при обеих формах речевых расстройств и наиболее ярко обнаруживает себя в материалах словесного эксперимента.

Анализ соотношения используемых больными абстрактных и конкретных речевых реакций (по классификации А. Г. Иванова-Смоленского) в сравнении с объемом выявляющихся элементов речевой «разорванности» по материалам словесного эксперимента и записей высказываний больных показывает, что для больных с атактическим мышлением характерен высокий процент используемых абстрактных слов, у многих больных превышающий даже констатируемые средние цифры, характерные для психически здоровых людей. Процент конкретных речевых реакций и используемых понятий у этих больных низок. Полученные материалы находятся в соответствии с данными литературы.

Для больных с явлениями шизофазии характерен заметно больший объем используемых конкретных представлений, достигающий у некоторых больных 100%, и значительно меньший объем абстрактных речевых реакций, причем это обстоятельство выявляется вне зависимости от тяжести обнаруживаемых больными речевых расстройств («разорванности»). Процент используемых конкретных понятий (в среднем)

в письменной и устной речи у больных с атактическим мышлением — 51, у больных с шизофазией — 71.

Соотношение отдельных компонентов речевой бессвязности. Данные литературы и материалы собственных наблюдений позволили, в известной степени условно, разделять отдельные элементы речевой бессвязности на парофазии и паралогизмы, что в значительной степени соответствует дисфазиям и дислогиям.

Для иллюстрации приводим сравнительные данные выписок из протоколов словесного эксперимента больных обеих клинических групп.

Дифференциация указанных форм речевых расстройств строилась на признаке связи неправильно используемого слова и его влияния на смысл фразы в целом. Если неправильно используемое слово не искаивает смысла фразы в целом и ее все же можно понять, то такие формы замены слов относились к парофазиям. Так, больная Я. (набл. 2), говоря о трижды перенесенных различных заболеваниях желудка, заявляет: «желудок страдает выражением в 3 видах»; больная С. говорит о своем образе жизни: «мое поприще никогда никто не осуждал».

1. Больная М.
(атактическое мышление)

2. Больная А.
(шизофазия)

Слово-раздражитель	Речевая реакция ¹	Слово-раздражитель	Речевая реакция ²
Стол	Дрова (3,0)	Стол Дверь День	Стол (2,5) Дверь (1,5) День, воскресенье хороший день (1,8)
Дом Лес	Здание (3,1) Поезд (2,3)	Конь Лес	Конюшня, конь (4,6) Лес, река Свирь; где воды много, где копны сена собирают (1,8)
День Жизнь	Мысль (3,3) Мечта (4,0)	Жизнь	Жизнь, в кино был, прошелся по светлому воздуху (2,6)

¹ Цифры в скобках — латентные периоды (в с).

Слово-раздражитель	Речевая реакция	Слово-раздражитель	Речевая реакция
Стель	Объем (3,4)	Дом	Во Всеволожском проживаю (4,5)
Лист	Сон (3,9)	Мысль	Речь министра, электростанций, электрификации (5,2)
Мать	Воздух (4,2)	Тень	Хороший день, во Всеволожском разговаривал, слушал радиолу (5,5)
Тень	Провод (11,3)	Речь	Речь картофеля капусты, также с товарищем разговаривали, павигация и математика (12,3)

Если же неправильно используемое понятие лишает высказывание в целом смыслового содержания и ведет к «высвобождению из ситуации», то такие формы речевых расстройств квалифицировались как паралогизмы. Так, больная В., сообщая о своих соседях, говорит: «Никогда не приходилось сталкиваться с низшим образованием, у которого произношение идет в профиля под стопу».

Речь больных, у которых преобладают парафазии, тем самым «направлена», связана в значительной степени с ситуацией, и в этом плане в соответствии с данными М. С. Лебединского, больше приближается к речи больных с афазиями, чем к речи больных, у которых преобладают паралогизмы.

Сопоставление текстов речевой продукции 26 больных обеих групп показывает, что при разделении речевых расстройств по вышеприведенной схеме отношение количества парафазий к паралогизмам (средние цифры) составляет у больных с атактическим мышлением — 0,48, $\sigma = 0,35$; с шизофазией — 2,3, $\sigma = 9,3$.

Таким образом, для больных с атактическим мышлением характерно преобладание паралогизмов, в то время как при шизофазии несомненно чаще удается наблюдать парафазии.

Клинико-психологическое исследование особенностей пространственного гноиса, праксиса восприятия



Рис. 1. Запись непроизвольных микродвижений глаз здорового человека при чтении осмыслиенного (а) и бесмыслиенного (б) текста.

Отчетливо видна дезорганизация моторного процесса при чтении бессмысличного текста.

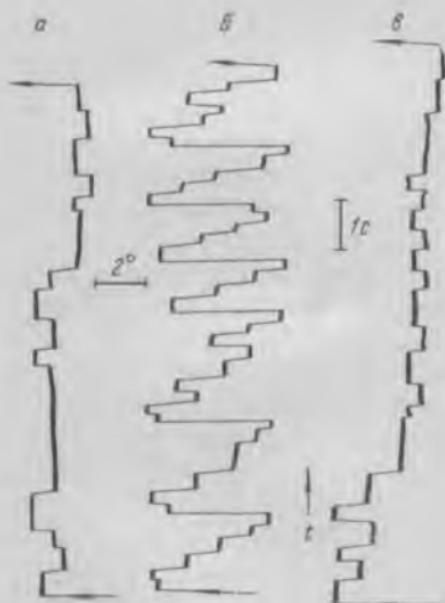


Рис. 2. Запись непроизвольных микродвижений глаз больного с интрапсихической атаксией при чтении связного (а, б) и бессмысличного (в) текста.

Кривая а демонстрирует трудность «включения» в процесс чтения, кривая б — больной «включился» и читает текст как здоровый человек, кривая в — полная дезорганизация чтения.

и удержания ритмов (по А. Р. Лурия) на материале 31 больного с атактическим мышлением и шизофазией хотя и не позволяет четко дифференцировать характер указанных расстройств в обеих группах больных, однако при сопоставлении полученных результатов обращает на себя внимание известное преобладание расстройств указанных функций у больных с явлени-¹



Рис. 3. Запись непроизвольных микродвижений глаз больного с шизофазией при чтении осмыслиенного (а) и бессмысли-
ногого (б) текста.

Обе кривые неотличимы друг от друга. Чтение в обоих случаях реализуется как прочный навык. Смысл текста (контекст) не влияет на организацию процесса чтения («механическое чтение»).

ями шизофазии, причем наиболее четко эти изменения отмечаются при исследовании усвоения ритмов и оптико-пространственной ориентировки (рисунок, ориентировка по карте, план помещения).

Аналогичные данные получены при исследовании организации микромоторики оптической системы (непроизвольных движений глаз)¹ у больных с атактическим мышлением и шизофазией.

Уже в ограниченном числе наблюдений при чтении осмыслиенных и бессмыслических текстов с регистрацией непроизвольных движений глаз обнаружены весьма интересные расхождения в тактике организации моторных реакций у больных с атактическим

¹ См. более подробно: Б. А. Карлов «Микродвижения глаз при некоторых психопатологических синдромах». Дисс., Л., 1974.

мышлением и шизофазией (рис. 1—3). Сопоставление с вышеупомянутыми расхождениями в данных нейропсихологических характеристиках (Е. Е. Рябова, 1964; А. Н. Карпова, 1970, 1971) поддерживает клиническую дифференциацию структурных характеристик обоих изучающихся феноменов патологического речевого поведения.

Конечно, нарушения речи у больных с атактическим мышлением и шизофазией нельзя отождествлять с моторной и сенсорной афазией, так как у обеих групп больных не выявляются многие характерные для афазий расстройства. Однако в наиболее важных для дифференциальной диагностики моторной и сенсорной афазии симптомах нарушения экспрессивной речи и моторных составляющих мозговой деятельности выступают существенные отличия.

РАССТРОЙСТВА АССОЦИАТИВНОГО ПРОЦЕССА

Значимость ассоциативного процесса как элементарной формы мыслительной деятельности подчеркивалась многими авторами, начиная с И. М. Сеченова. Развитие учения об ассоциативной деятельности как проблемы психологии связывается обычно с именем Wundt и его последователей. Изучению патологических изменений ассоциативного процесса посвящено значительное число исследований, начиная с работ В. Ф. Чика, Pfungst, а в дальнейшем В. М. Бехтерева, С. Ю. Блюменау и их сотрудников. Нарушения ассоциативной деятельности изучались в связи с различными психическими расстройствами (К. Н. Завадский, 1909; Л. С. Павловская, 1905, и др.) умственным переутомлением (М. А. Минцлова, 1906), изменениями настроения (Н. И. Карамзина и В. А. Сухова), колебаниями внимания (Н. Ф. Добрынин, 1928), с позиций учения Фрейда о «комплексных» переживаниях (А. К. Ленц, 1923), «автоматизации» психических процессов — «участия сознания» (В. А. Горовой-Шалтан, 1936) и многих других. В течение последних десятилетий ассоциативная деятельность рассматривалась в патофизиологическом аспекте с позиций учения И. П. Павлова. Такие исследования наиболее

широко представлены в работах клиник А. Г. Иванова-Смоленского и И. Ф. Случевского. Ряд работ посвящен анализу ассоциативной деятельности в связи с проблемами эволюции организма (Ю. А. Самарин, 1957; Н. А. Тих, 1955, и др.), некоторые — в аспекте изучения личности (Д. А. Ошанин, 1956; П. А. Шеварев, 1957; и др.). Наконец, изучение ассоциативной деятельности имеет непосредственное отношение к проблеме «язык — символ — знак» (И. В. Котетишвили, 1963). Некоторые материалы собственных наблюдений¹ с использованием метода ассоциативного эксперимента с позиций классификации А. Г. Иванова-Смоленского частично излагались в предшествующих разделах. Эти материалы в отношении больных шизофренией в целом повторяют литературные данные (М. С. Удальцова, 1956; О. Н. Докучаева, 1954; К. Д. Сорванов, Б. Я. Первомайский, 1957; Н. А. Михайлова, 1964, и др.).

Как отмечалось, у больных шизофренией констатировалось большое количество «высших» форм словесных реакций в сочетании с большим числом «атактических» реакций и колеблющимися показателями ассоциативных связей индивидуальной и общей конкретности.

Кроме того, были сопоставлены словесные реакции, однако ассоциативные реакции рассматривались не по вышеназванным классификационным принципам, а по более простому клинико-психологическому признаку разделения ассоциаций на широко принятые группы ассоциации сходства и смежности. И. П. Павлов в ассоциации по сходству видел механизм генерализации, в ассоциации по смежности — временные и пространственные связи. Б. Г. Анальев отмечает, что «более обобщенным и сложным продуктом ассоциаций ощущений, протекающих у человека при обязательном участии временных связей второй сигнальной системы являются ассоциации по сходству и контрасту»². Это же подчеркивается в работах ряда других авторов (Ю. А. Самарин, 1957; Н. А. Тих, 1955; О. Н. Докуча-

¹ Работа проводилась совместно с Н. П. Случевской.

² Анальев Б. Г. «Ассоциации ощущений». Ученые записки ЛГУ, 1955, № 203, с. 29.

ева, 1955; П. Г. Полеску, 1955; Leonhard, 1961, и мн. др.).

Анализировались данные словесно-ассоциативного эксперимента больных с атактическим мышлением (48 чел.). При этом были выбраны лишь материалы исследований у больных, где наличие данной формы расстройств мышления не вызывало сомнений, а те исследования, где эти сомнения могли возникнуть, в приведенный ниже материал включены не были. Для сравнения также приведены данные о больных с явлениями шизофазии также с обязательным условием клинической четкости расстройств мышления (45 исследований). Кроме того, в качестве контрольного материала приведены данные сборной группы «других форм» расстройств мышления (но заведомо не атактического и не шизофазии) — маниакального, депрессивного типов ассоциативных расстройств (как клинически наиболее четких групп), и наконец, данные о контрольных исследованиях у больных с невротическими явлениями и у психически здоровых людей. Все данные контрольных исследований взяты без специального подбора — «подряд» из соответствующих клинических групп и ограничены удобными для вычислений количествами ассоциативных реакций.

Анализируемые ассоциативные реакции были разделены, как это видно из табл. I, на шесть групп.

Из приведенной таблицы яствует, что для атактического мышления характерно высокое среднее количество ассоциаций сходства (18,8%), достоверно статистически отличное от сопоставляемых групп шизофазии, «других форм» и маниакального мышления (9,4; 11,7 и 12,5%). Исключения составляют депрессивные состояния, которые могут сравниваться по этому признаку лишь с материалом контрольных исследований у психически здоровых людей.

Далее, у больных с атактическим мышлением при умеренно выраженному снижении количества ассоциаций по смежности (по сравнению с другими группами психотических состояний и контролем) и сниженном объеме «других форм ассоциативных реакций» имеет место предельно большое количество «атактических» ассоциаций (20,3%). Объем «экстрасигнальных реакций» несколько повышен, однако статистически отли-

Таблица 1

Типы ассоциативных реакций при различных формах расстройств мышления

Формы расстройств мышления	Типы ассоциаций									
	сходства	сходства	сходства	сходства	сходства	сходства	сходства	сходства	сходства	сходства
Агактическое	776	87 11,3%	40 5,1%	19 2,4%	146 18,8%	289 37,3%	9 1,2%	153 19,7%	—	158 20,3%
Шизофазия	735	27 3,7%	33 4,5%	9 1,2%	69 9,4%	378 51,5%	4 0,5%	246 33,5%	51 6,9%	15 2,0%
Прочие «смешанные» формы ассоциативной спутанности	300	17 5,7%	15 5%	3 1%	35 11,7%	84 28%	14 4,6%	116 38,7%	—	28 9,3%
Маниакальный тип мышления	200	10 5%	4 2%	11 5,5%	25 12,5%	109 54,5%	1 0,5%	53 26,5%	—	—
Депрессивный	200	47 23,5%	8 4,0%	9 4,5%	64 32,0%	70 35%	1 0,5%	62 31%	—	—
Психически здоровые	100	23 23%	2 2%	5 5%	30 30%	51 51%	—	6 6%	—	—

чен как от группы «прочих форм», где этот показатель максимальен, так и от группы больных с маниакальными и депрессивными состояниями и тем более контрольной группы. Причинно-следственные связи в изучаемой группе больных представлены незначительным количеством реакций¹. Изложенное находится в противоречии с данными литературы, где отмечается высокий процент абстрактных речевых реакций у больных шизофренией. По-видимому, данное расхождение определяется большими трудностями в содержательной оценке абстрактных речевых реакций этих больных. Действительно, в ряде реакций на слова-раздражители, особенно если последние носят абстрактный характер, имеет место «абстрактная» реакция, однако «снижение числа высоковероятных ответов и повышение «числа маловероятных» (В. П. Критская, 1966), т. е. «нестандартность» (Ю. Ф. Поляков, 1965; Т. К. Мелешко, 1966) настолько велика, что содержательно дифференцировать причинно-следственные и атактические реакции бывает чрезвычайно трудно, хотя и по признаку конкретности-абстрактности они безусловно относятся к «высшим» формам. Так, большая А. на слово-раздражитель «понятие» дает реакцию «спокойствие», «светоявление», и т. п. Интересно отметить, что в ассоциативных реакциях больных с атактическим мышлением нередко обнаруживаются механизмы «двойного» ассоциирования. Словесная реакция больного содержит в себе, скажем, механизм ассоциации смежности и контраста, смежности и еще одной смежности, сходства и смежности. Названная выше больная на слово-раздражитель «луч» реагирует словом «луна»; можно предположить, что здесь имеет место смежностная связь «луч — солнце», и затем ассоциация сходства (контраст) «солнце — луна». Это подтверждается и другими примерами: «путь — волос» («путь-долог» — смежность, «волос-долог» — смежность), «серп — ну молод» («серп — молот» — смежность, «молот — молод» —озвучие), «бодрость — старость» («бодрость — молодость» — смежность, «мо-

¹ Эти отличия по ассоциациям сходства и «другим низшим формам» статистически достоверны (по критерию Фишера соответственно: $p < 0,01$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

лодость — старость» — контраст), «серебро — легкое» («серебро — тяжелое» — смежность, «тяжелое — легкое» — контраст) «степень — густая» («степень — лес» — сходство; «лес — густой» — смежность), и т. п.

Мы не настаиваем на таком понимании; вероятно, возможны и другие, но принцип «агглютинации» ассоциаций нам кажется столь же возможным, как клинически общеизвестный факт «агглютинации» слов: пыль — «золосажная», или состояние — «шоколадное» (хорошее состояние в процессе лечения инсулином — пример А. А. Перельмана).

Возвращаясь к основным группам ассоциаций сходства и смежности, следует остановиться на взаимоотношениях между ними.

Этому вопросу посвящено чрезвычайно обстоятельное исследование А. П. Нечаева. Не останавливаясь на большом и интересном материале, излагаемом в книге, следует коснуться основных его утверждений. Автор считает ассоциацию сходства развитием, или усложнением ассоциации смежности:



где A — предшествующее восприятие; X — восприятие, в прошлом связанное с A ; B — наличие в сознании восприятие; C — представление, вызываемое восприятием B ; $A-X$ — первоначальная, или потенциальная ассоциация; $B-C$ — вторичная, или действующая ассоциация; отношение X и C — ассоциация сходства.

Нам думается, что автор в своей интересной схеме не усмотрел диалектического единства и перехода количественных явлений в качественные. Этот «шаг» — «прыжок» через систему ассоциаций смежности или новый уровень, новый тип возможного познания окружающего. Это «эвристический» путь («догадок»), в отличие от «систематического» (обстоятельно последовательного), по аналогии с «Планами» Miller, Galanter и Pribram является новой ступенью, открывающей человеку возможности к неограниченно широкому познанию; путь сходства, аналогий, обобщений и в конечном итоге абстракций. Физиологически это генерализация и синтез по И. П. Павлову (Ю. А. Самарин, 1957), путь от сходства к символу и знаку

(И. В. Катетишвили, 1963) и далее к абстрактно-речевым построениям, «свернутым умозаключениям» (П. А. Шеверев, 1957).

Примерно такая же оценка соотношения ассоциаций сходства и смежностидается Leonhard (1962), который подчеркивает конкретность, образность, «жесткость» объектов ассоциаций по смежности и связывает с ассоциациями сходства «начало абстракции» — формирование понятий. Итак, ассоциация сходства по сравнению с ассоциацией смежности — высший и качественно новый механизм. Основная изучаемая группа больных с атактическим мышлением характеризуется, таким образом, парадоксальным сочетанием использования высшего механизма ассоциативной деятельности — механизмов ассоциаций сходства и вместе с тем предельно высоким объемом патологических изменений мыслительной деятельности на этом уровне.

Проведенные данные находятся в противоречии с представлениями ряда авторов о «комплексной» — синкретической природе шизофренического мышления. Л. С. Выготский и Piaget с сотр. убедительно показали, что «дологические», «комплексные» формы мышления оперируют не понятиями, а комплексами свойств, и строится это мышление на ассоциациях по смежности. Из приведенных выше данных явствует, что при атактическом (истинно-шизофреническом) мышлении ассоциации по смежности не только не являются основной формой ассоциативной деятельности, но даже в известной мере утрачивают свою значимость в формировании мыслительного процесса по сравнению с контролем. Это обстоятельство, как нам кажется, позволяет считать, что если синкретические механизмы и играют какую-то роль в формировании расстройств мышления при шизофрении, то уж во всяком случае не решающую. По-видимому, расстройства мышления при шизофрении — процесс гораздо более сложный, разыгрывающийся на весьма высоком «этапе» мыслительной деятельности, и его следует искать не ниже уровня образования, определения и деления понятий. Этот процесс не может быть сведен к регрессии на более низкий в эволюционном отношении уровень.

Приведенный материал также в известной мере дает дополнительные дифференциально-диагностические признаки атактического мышления и шизофазии, как структурно различных форм расстройств мышления — речи. Это обстоятельство уже наглядно выступает при сравнении цифровых характеристик всей структуры ассоциативной деятельности и отдельных ее видов. Действительно, эти группы статистически убедительно отличны (см. табл. 1) при сопоставлении цифровых характеристик ассоциаций сходства в целом и их подгрупп — собственно ассоциации сходства и созвучия (соответственно 11,3 и 3,7%; 2,4 и 1,2%), ассоциации смежности, «прочие формы» и «атактические» (соответственно 37,3 и 51,5%; 19,7 и 33,5%; 20,3 и 2,0%).

Исключение составляют ассоциации по контрасту и причинно-следственные формы. Интересно отметить, что относительно высокая числовая характеристика ассоциаций по контрасту по сравнению с другими формами ассоциаций по сходству может быть сопоставлена с приведенными ниже данными о высоком объеме дизъюнктивных логических связей в речевой продукции данной группы больных. Это обстоятельство, по-видимому, требует дальнейшего изучения, ибо дать ему объяснение крайне трудно.

Большее количество адекватных словесных реакций у больных с явлениями шизофазии отмечалось М. С. Вроно, что находит подтверждение и на нашем материале. В речевых реакциях больных с шизофазией заметно преобладают адекватные, но низшие формы речевых реакций (ассоциации по смежности, прочие формы). С позиций физиологической классификации А. Г. Иванова-Смоленского у этой группы больных значительное большинство словесных реакций (у некоторых больных до 100%) должны быть расценены как низшие, так как они чаще всего многословные, отмечается много эхолалических и персевераторных реакций, чего не наблюдается в таком широком масштабе у больных с атактическим мышлением. Но даже отвлекаясь от многословности, эхолалий, персевераций, реакций междометиями и т. п. при содержательном анализе речевых реакций они в значительном большинстве формируются по меха-

низму смежности, нередко яркой чувственной образности («дым — погода»). Нередко вслед за эхолитической реакцией эти больные по механизму смежностных ассоциаций начинают воспроизводить отдельные события личной жизни, тревожащие их ситуации («астенический механизм»). Нередко ответы имеют место по принципу «замены внутри пирамиды понятий» («конь — животное»), такого рода реакции у многих больных носят характер «замены по амнестическому типу» (по Э. С. Бейп, 1961) — вместо слова возникает его функция, выраженная глаголом, или определение его свойств: «питание — продукт для употребления в его сгорании». Некоторые из таких реакций по своей многословности, обилию перечисляемых свойств и качеств напоминают соответствующие реакции больных эпилепсией: «дверь — деревянный предмет», «дом — жилое помещение как для всех в отопленном виде...», «ночь — промежуток времени затемненный, когда солнце заходит с запада на восток», и т. п. У незначительного числа больных отмечаются «дисфазии и парафазии; при этом если реакция многословна, то можно уловить смысл высказывания: «штраф — провинившаяся плата».

Итак, дифференциация шизофазии от атакического мышления получает подтверждение и в данном материале.

ФОРМАЛЬНОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОНЯТИЙ

В формировании различных патологических механизмов расстройств мышления существенный интерес может представить не только изучение отдельных сторон ассоциативных речевых расстройств, но также и те изменения, которые наблюдаются при этом в формально-логическом строе мышления, хотя бы на самом элементарном уровне. Для исследований процессов мышления у психически больных методы формальной логики применялись в различных аспектах рядом отечественных и зарубежных авторов (Л. С. Павловская и В. К. Елапская, 1905; В. П. Протопопов, П. В. Бирюкович, 1955; Б. А. Лебедев, 1963;

Ю. Ф. Поляков, 1965; Motte-Blanco, 1965; Lewinson, Elwoud, 1961, и др.).

Во многих работах этого типа подчеркивается, что расстройства мыслительной деятельности обусловлены нарушениями в сфере аналитико-синтетических функций.

При этом некоторые авторы клинические особенности расстройств мышления связывают с преимущественными нарушениями аналитических или синтетических процессов.

Из более ранних работ такого рода следует остановиться на работе А. Н. Залманзона и С. И. Скорнякова, 1934, где весьма убедительно сопоставляются механизмы расстройств мышления у больных шизофренией и эпилепсией. При этом на материале детального психопатологического анализа показывают, что у больных шизофренией с их склонностью к схематизму в большей мере страдают синтетические функции, в то время как у больных эпилепсией с их «умственным рационализмом» и акцентуировкой деталей — аналитические. В этой же работе интересно показана «слабость интенционного напряжения» у первых больных с невозможностью синтезирования частей в целое, в то время как у вторых — «напряженная слабость интенции» с общим «обеднением» и «запустением» психической деятельности. В дальнейшем ряд исследований также строится на сопоставлении особенностей шизофренического и эпилептического мышления (А. А. Перельман, 1957; И. С. Сумбаев, 1948; С. Ф. Семенов, 1961; Д. А. Каuffman, 1958, и др.). Значительное число исследователей, помимо нарушений аналитико-синтетических функций, акцентируют внимание вслед за И. П. Павловым на механизмах нарушений взаимоотношений основных нервных процессов, тормозных состояний, и, в частности, на проявлениях гипноидных фазовых состояний, в основном парадоксальной и ультрапарадоксальной фаз (А. Г. Иванов-Смоленский с сотр., В. П. Протопопов с сотр.; И. Ф. Случевский с сотр.; Е. А. Попов, 1959; А. И. Счастный, 1959, и др.). Названное направление исследований позволило весьма тонко и убедительно показать общие патофизиологические механизмы формирования отдельных видов патологического мышле-

ния, по к сожалению, остается неясной специфика отдельных форм патологического процесса. По-видимому, как это указывалось выше, исследования аналитико-синтетических процессов и других общих патофизиологических механизмов следует сопоставлять с различными уровнями формирования мыслительной деятельности, от элементарного ассоциирования до высших логических форм, поэтапно.

В этой связи казалась целесообразной попытка дифференциации изучаемых форм расстройств мышления с помощью некоторых методов и приемов формальной (математической) логики. Материалом исследования послужили 69 текстов (письма, дневники, заявления и т. д.) больных с атактическим мышлением и шизофазией. Кроме того, было проведено психологическое обследование 34 больных по схеме Б. В. Зейгарник с включением специальных заданий на формирование силлогизма¹.

Предварительный анализ показал, что сформированные умозаключения имеют место лишь у больных с явлениями атактического мышления. При этом формальнологическая структура выявлялась нередко вне зависимости от степени и глубины расстройства мышления («разорванности»). У больных с явлениями шизофазии в большинстве случаев (с точки зрения формальной логики) написанные тексты и записи высказываний не содержат сформированных умозаключений. Как правило, эти тексты состоят из описания прошлых или текущих событий жизни больного, где предметом обсуждения (субъектом) является автор высказываний, т. е. признаков построения какого-либо логического вывода здесь нет.

Однако более глубоко расстройства мышления, по-видимому, могут быть изучены на материале исследований аналитико-синтетической деятельности, как это неоднократно и подчеркивалось в литературе. При этом с позиций формальной логики аналитико-синтетическая деятельность должна изучаться по основным этапам формирования логического процесса.

¹ Работа выполнялась совместно с В. П. Афониным и Э. Т. Дорофеевой.

Исследования такого рода известны в работах советских психологов (С. Л. Рубинштейн, 1958; З. И. Калмыкова, 1954, и др.), они проводились на материале специально подготовленных задач.

Различаются четыре основных этапа формирования умозаключения («шага» — вывода):

Первый «шаг» — различение или общеориентировочный анализ.

Второй — дифференцировка с соотнесением выделенных объектов между собой.

Третий — синтез, соотнесение дифференцированных данных с целью выявления признаков, позволяющих сделать первые этапы обобщения.

Наконец, четвертый — анализ «функциональных связей», подводящий итоги всему комплексу аналитико-синтетических процессов.

На первом этапе исследования целесообразно получить количественные характеристики основных типов логических связей (конъюнкция, дизъюнкция, логическое следование), наблюдаемых у больных обеих дифференцируемых клинических групп в сопоставлении с контрольным материалом (тексты психически здоровых людей). Следует отметить, что полученные данные при анализе контрольной группы здоровых людей совпадали с данными других исследователей, объем связей логического следования составляет 17%, по данным литературы он равен 16,7%.

Подсчет логических связей производился по принятому формальному признаку грамматических связей высказываний: «и» — конъюнктивная связь; «или» — дизъюнктивная связь; «следовательно», «значит», «так как», «если... то» — логическое следование.

Для иллюстрации характера изучавшихся текстов приводим несколько выдержек из текстов обеих групп больных.

Больные с атактическим мышлением. *Первая группа* — («мягко» выраженные расстройства) выдержка из дневника больного О.

«Одним из вопросов, давно интересующих людей, является вопрос, для чего живет человек. Как и многие факты борьбы людей за жизнь говорят о том, что человек должен поддерживать свою жизнь, которой он обязан природе, не бессознательно, как животные, а как разумное и сознательное, теми действиями,

которые приносят наибольшую пользу человечеству, как роду. Согласно этому нужно строить свою жизнь.

Задача каждого человека по поддерживанию жизни, следовательно сводится к тому, чтобы выявить все возможные действия и выбрать среди них наиболее приемлемый для данного человека. Эти действия могут быть определены путем анализа деятельности различных людей. Обобщенные данные этого анализа надо сравнить со способностями своей личности и найти между ними общее и выяснить, какие люди обладали или обладают им, и как они добивались выполнения и предназначенному им природой. Так как это зависит не только от способностей, но и в равной мере от характера, т. е. трудолюбия, настойчивости и т. д., то конкретная задача по выполнению цели жизни, которая, кстати говоря, еще не определена отчетливо и пока еще тождественна поддерживанию жизни, состоит в том, чтобы развивать свои способности и вырабатывать характер в нужном направлении. Все это позволяет сознательно управлять своей жизнью. На основе всего сказанного можно составить следующее: смысл жизни в труде... 1) типы людей; 2) почему мне нравится данный тип людей; 3) представители этого типа и какой пример я могу взять с них; 4) заключение (через человека природа познает самое себя).

Вторая группа — «грубые» расстройства мышления — выдержки из записок больного А.

«Появляется раздельность разговоров — чтобы слова не вязли, а выскакивали, как блин со сковороды. Захватывание жизни. Волосок подчеркнули нашелся в организме при помощи конкретности в обращении. Для девизии речь говорит — реченька журчи неопределенности раздельности у меня нет. Покушать или нет. Кто-то подстерегает. С материальной стороны не стоит растраты. На государственном обеспечение смятение при. Неопределенность, понятие, последовательности. Не могу найти точку опоры. Искать точку себя готовить. В одном направлении. В уках образ линия большие сближения со средой. Уши слышны больше чужие голоса слышут — разговор улавливает голоса — на самоопределение, возникает вопрос как реагировать с моей стороны, встремляться на волну. Люди работают на звуковых волнах. Разговор лежит в уши».

Первый текст, отрывок из которого приведен выше, содержит в целом 65 логических связей, второй — 87.

Больные с шизофазией. Первая группа — «мягко» выраженные расстройства, выдержка из заявления больной М.

«В силу того, что муж мой умер параличом сердца в 1964 г. а так ли это я имею право теперь сомневаться в успехах нашей медицинской диагностики мне кажется, что урологи подчас тоже не лишены возможности грубого беззаконного действия на обследование в условиях стационара. Но правильно ли они поступают в решительный момент это может сделать вывод лишь сам

больной в том случае, если он судом своей прозорливости остается жив, перенеся для этого массу терпения и здравия последних сих при иммунитете которых при обследовании без злоупотребления можно было бы с последующим лечением человека вернуть в строй его жизненной колеи, но плохо то, что некие люди, получившие медицинское образование смотрят не гуманно на женщину, как на человека жену и мать. А просто, как на «предмет» или «орудие» для достижения поставленной перед ним как-то задачи скрыть правильный диагноз или усугубить его. В чем тут логика мне трудно разгадать, но смею строить загадки, а именно все складывается по натуре человека и его анамнеза заболевания или своей жизни».

Вторая группа — «грубые» расстройства мышления — выдержка из записок больной К.

«В отделении больницы я видела в уборной — больная чистила зубы щеткой, имя больной женщины Клавдия. Но я она не сознается, что ее имя эта жена З. В институте в больнице Бехтерева я видела эсерку Чекину. Эсерка работала бельевщицей больницы, помогала мне вымыться в ванне и дала чистое белье. Формула кальция, кальций не вода, яд, первые буквы кальция Ca и в стеклянный. Самый страшный и сильный яд, то что я купила в аптеке на Международном проспекте это оварин. С какой целью это яд продали не знаю, яд эту воду из бутылки пить нельзя, адрес мне дала швейцар. Цilia. Я проглотила два куска стекла и яиц не уследили, я взяла на улице стекло им можно было играть и не разбить, но я разломала. Помощь нам может оказать один институт медицинский педиатрический, я училась на курсах медицинских сестер в адрес института, ул. Литовская, д. 2. Один любил зверей в тайге есть книга, я читала книгу и в книге о зверях ничего не написано поэтому, что звери были в клетках их было совсем нечего. Вы неправильно лечите, да потому, что вазелин служит не для того, чтобы смазывать руки. Я знаю что такая колодиевая кислота, она не употребляется для питания людей и красить ей ничего нельзя».

Первый текст, отрывок из которого приведен выше, в целом содержит 43 логические связи, второй — 35.

В приведенных отрывках текстов собственноручных записей больных называвшиеся выше формы логических связей распределялись следующим образом (табл. 2).

Данные обеих клинических групп психически больных не только отличаются от контрольных данных психически здоровых людей, но также имеют статистически подтверждаемые различия между собой в целом и по подгруппам («мягко» и «грубо» выраженных форм). Кроме того, характер изменений соотношения показателей основных логических связей между подгруппами в рамках каждой клинической группы

Таблица 2

Типы логических связей (в %) в четырех текстах больных с атактическим мышлением и шизофренией

Тип связи	Атактическое мышление		Шизофазия		Kонтроль
	1-й текст	2-й текст	1-й текст	2-й текст	тексты здоровых людей
Связи логического следования	18,4	2,3	11	3	17
Конъюнкции	70,6	95,4	72,5	57	78,7
Дизъюнкции	3,3	—	16,5	3	1,5
Отдельные высказывания	7,7	2,3	—	37	2,8
Всего логических связей в тексте	65	87	43	35	377

также различен. По-видимому, путь формирования нарушений логической организации мыслительного процесса в рамках изучаемых клинических групп структурно не идентичен.

Сопоставление полученных данных с результатами психологического обследования по Б. В. Зейгарник соответствующих контингентов больных позволяет увязать отдельные клинические формы расстройств мыслительной деятельности с вышеупомянутыми этапами формирования логического процесса («шагами вывода»).

Действительно, в рамках первого этапа (элементарный общеориентировочный анализ — различение) следует рассматривать наиболее грубые и «недифференцированные» формы расстройств мыслительной деятельности. Применяя терминологию патопсихологии (Б. В. Зейгарник), — это резко выраженная «откликаемость», «нецеленаправленность», «разноплановость». Клинически — различные формы ассоциативной спутанности, аментивная хореатическая, «словесная окрошка» и др. формы, в том числе смешанные и трудно дифференцируемые, со всеми соответствующими патопсихологическими и клиническими характеристиками.

В плоскости применяемого метода оценки логической структуры речевой продукции эти формы должны характеризоваться максимальным количеством «от-

дельных высказываний» при минимальном (если не нулевом) объеме связей логического следования (см. 2-й текст — шизофазии).

В рамках второго этапа (дифференцирования) наиболее обосновано рассмотрение расстройств мышления у значительной части больных с интрапсихической атаксией и астеническими явлениями. Психологические исследования (по данным литературы и собственным наблюдениям) показывают, что значительная часть больных с атактическим мышлением и расстройствами мышления астенического типа характеризуются способностью к тонким формам аналитических функций. Это же подчеркивается клиницистами (А. Н. Залманзон и С. И. Скорнякова, 1932, и др.). Действительно, при наличии в целом выраженной дезорганизации мыслительной деятельности больные четко и тонко дифференцируют отдельные факты, подмечают мельчайшие детали, делают неожиданные, нередко остроумные и тонкие замечания. Больные с астеническими проявлениями при утрате «ведущего представления» тонко схватывают и передают фрагменты явлений и ситуаций, образно и часто красочно описывая их. Однако дальнейшие этапы логического процесса несостоятельны, сопоставление фактов и выводы из них оказываются случайными, неверными, нередко нелепыми. Формальнологические характеристики такого типа расстройств — преобладание конъюнктивных и дизъюнктивных связей (см. примеры: 2-й текст — атактическое мышление и 1-й — шизофазия).

Третий этап («синтез на уровне субординации») — обобщение «первого порядка» для дифференцированных на предшествующем этапе раздражителей. Патологические изменения этого слоя логического процесса характеризуются неверностью вывода, выявляемого при психологическом исследовании в направленных классификациях, обусловленного чрезмерной поспешностью и «легковесностью» (маниакальные и другие состояния измененной аффективности) либо «некритичностью», или другими проявлениями временной или стойкой интеллектуальной несостоятельности (параноидный синдром в различных вариантах его структуры, различные клинические формы слабоумия). Естественно, наиболее клинически значимой формой

патологии мышления этого уровня является формирование параноидного синдрома, где основой является малодифференцированная склонность к бредовым обобщениям (синтезу) несистематизированного характера. Высказанное подтверждается литературными данными в оценке параноидного синдрома как проявления нарушений синтетических функций (Б. А. Лебедев, 1963).

Наконец, четвертый этап (последний «шаг») формирования вывода («анализ функциональных связей») — формирование окончательного понятия — вывода, построенного на базе аналитико-синтетических процессов предшествующих этапов. К патологии этого уровня следует отнести формирование паранояльного синдрома — где, как отмечает Б. А. Лебедев, нарушается именно анализ высокого уровня (отношения между понятиями, абстрагирование, коррекция ошибок, анализ отношений между явлениями).

Примеры текста № 1 (атактическое мышление) могут, по-видимому, анализироваться в рамках третьего или даже четвертого выделенных этапов.

Однако основную группу расстройств на двух последних этапах, по-видимому, составляют бредовые состояния различной структуры.

На упоминавшемся первом этапе исследования высказанные выше соображения носили в основном гипотетический характер. Однако в дальнейшем некоторые собственные наблюдения и работы наших сотрудников¹ дают основания высказываться с большей степенью определенности.

Объектом исследований явились две сравниваемые группы больных — больные с явлениями интрапсихической атаксии (атактическим мышлением) и больные с картиной систематизированного бреда (паранояльный и парофренический синдромы без явлений «процессуальных» расстройств мышления).

Первый сравниваемый клинический объект (атактическое мышление) был избран потому, что в выше-приведенном первичном исследовании выявила своеобразная закономерность, отличающая данный кли-

¹ Афонин В. П., Суворова Н. К., 1968; студенческие работы В. А. Старикова, Е. Н. Вноградова, А. П. Цаплиной (1970—1974 гг.).

нический феномен от других форм расстройств речевого поведения, в частности от сравниваемой группы (шизофазии). Действительно, если в группе шизофазии, как и при других формах ассоциативной спутанности, достаточно четко проявляет себя логически естественная и клинически широко известная закономерность — степень выраженности речевой бессвязности (количество отдельных высказываний) обратно пропорциональна степени дифференцированности текста (количество связей логического следования), то при атактическом мышлении имеет место иная картина: здесь большое число отдельных высказываний комбинируется со статистически не отличимым от контроля (или не повышенным) числом связей логического следования, т. е. логических элементов, свидетельствующих о достаточной степени сохранности организации мыслительного процесса высокого уровня.

Изучение текстов обоих контингентов больных (интрапсихическая атаксия и систематизированный бред), содержащих патологическое и продуктивное творчество, показало значительное сходство в его логической организации, заключающееся в формально-логически (алгоритмически) правильной организации изложения. В том случае, когда эта алгоритмическая система применяется в адекватной ситуации — текст правилен и может быть творчески продуктивным, но чаще оказывается, что система суждений применена к неадекватному объекту и потому она становится патологической. Примером такого рода является анализ «труда» больного с парофеническим синдромом «система и метод». Не вникая в детали описания этого текста¹ коротко его смысл можно сформулировать как установление «закономерных связей» между буквами алфавита, порядковым их номером (нумерация проводилась до 9, далее опять с 1) и написанием слов (их буквенным составом). Исходя из нескольких декларативных утверждений, носящих характер аксиом в изучавшемся тексте, автор

¹ Афонин В. П., Случевский Ф. И. «Некоторые данные о формально-логической структуре патологического мышления». В кн.: Проблемы моделирования психической деятельности, Новосибирск, 1967.

производит соответствующие вычисления и приходит к весьма широким «общетеоретическим» и «философским» выводам. Одновременно конструкции построений выводов формально правильны и оказываются сходными с системой ассоциативного исчисления. Примером паралогичности «системы» автора может служить попытка дать «математическую» характеристику слова «отрицание» (цифры — порядковый номер буквы).

$$\begin{array}{r} \text{o t r i c a n n e} \\ \hline 5 + 9 + 7 + 9 + 4 + 1 + 4 + 9 + 6 = 54 = 9 \end{array}$$

Двухзначные цифры превращаются в однозначные путем сложения $— 54 = 5 + 4 = 9$. Полученная цифра 9 указывает на «противоположность положительную» в соответствии с принятым автором «списком соотношений».

Такого рода логические достижения одновременно организуются в алгоритмически правильную систему, близкую к ассоциативному исчислению А. А. Маркова. Вероятно, здесь же уместно обратить внимание на то, что в логической системе анализируемого текста присутствуют признаки эквивалентности (равенства) соотнесенных по определенным признакам букв в алфавите и слов, т. е. отношение между словами обладает свойствами симметричности. Эти принципы (эквивалентности), составляющие органическую основу ассоциативного исчисления, и определяют сходство сравниваемых алгоритмических конструкций.

Аналогичные данные были получены при изучении серии текстов больных обеих сравниваемых групп. При этом такого рода закономерности имели место как в материалах заведомо патологического творчества, так и в текстах, имеющих фактическую ценность (научные работы, литературное творчество и др. формы творческой работы), но продуцируемых больными с клинически установленными нарушениями мышления.

Изложенное во многом повторяет данные работы Motte-Blanco (1965), который при анализе мышления больных шизофренией выделяет два принципа: 1) генерализации — принцип операций с индивидуальной вещью как с элементом класса, а этот класс — как

субкласс других классов и т. д.; 2) симметричности — принцип конверсии какого-либо отношения как идентичного этому отношению. В целом, это принцип научного мышления, применимого в соответствующих ситуациях. У больных шизофренией этот принцип применяется постоянно, наряду с обычным мышлением. Возникает, как образно указывает автор, «двойная бухгалтерия», как это бывает с грамматическими правилами у детей. Аналогия (если не тождественность) развития изложения у изучавшихся групп больных с принципами ассоциативного исчисления по сути дела сводится к принципу симметричности Motte-Blanco.

Дальнейшее исследование потребовало специально направленного изучения элементов вывода. Эти исследования в целом сводились к изучению особенностей образования и объема понятий. По несколько измененным методикам, Piaget осуществлялось согласование кванторов «все» и «некоторые» («интенсивная квантификация», включение). Итоги исследования показали, что у больных шизофренией нарушено понимание соотношения части и целого¹.

Для этих больных часть и целое — идентичны. Иначе говоря, здесь присутствует признак «генерализации» J. Motte-Blanco.

Таким образом, одним из существенных (если не решающих!) механизмов атактического мышления является нарушение формирования понятий, а именно нарушение способности формирования категориальных связей. Понимая категории как одну из наиболее сложных (высших) форм понятий — «понятие отношений» (П. В. Копнин, 1973), следует считать, что при атактическом мышлении нарушаются способности формирования не понятий вообще, а лишь одной из них наиболее сложных форм. Такая интерпретация позволяет понять парадоксальное сочетание грубых расстройств мышления у больных шизофренией с сохранностью у многих больных способности к отдельным формам часто весьма сложной, а иногда и творческой деятельности (см. например Н. М. Рубинчик, 1961).

¹ См. более подробно: Афонин В. П. «Категориальная структура мышления и следствия ее нарушений». Дисс. Л., 1970.

Этим можно объяснить парадоксальное сочетание большого числа связей логического следования и отдельных высказываний. Вероятно, неправы некоторые авторы, считающие, что понятийное мышление у больных шизофренией отсутствует. По-видимому, более правильна позиция Ю. Ф. Полякова (1965—1974) и его сотрудников о том, что у больных шизофренией имеет место неправильное формирование понятий в основном за счет высокой «нестандартности» ассоциативных связей. Одновременно образование понятия осуществляется наиболее простым приемом — абстракцией отождествления (Д. П. Горский, 1960). При этом действует закон формальной логики — рост объема (отождествления) ведет к обеднению содержания (утрате различий). Выявленное нарушение способности к формированию связей лишь конкретизирует такое представление.

Интересно отметить, что исследование выявило еще одну своеобразную черту шизофренического мышления, а именно «прикованность», «жесткость» значений. Создается своеобразное единство из склонности к чрезмерной абстрактности, расширению объема понятий, искаженной обобщенности и «жесткости», «прикованности» к объекту. Эта своеобразная «двойственность» отмечалась рядом авторов как элементы конкретности — «наглядности», склонность к схематизациям (Л. С. Выготский, 1933, 1934, 1956; А. Н. Залманзон и С. И. Скорнякова, 1935; Е. А. Попов, 1959; Г. В. Морозов, 1959; А. А. Перельман, 1957, и др.).

Л. С. Выготский указывает, что «тенденция изображать переживания в наглядной форме составляет основную черту шизофренического мышления». Конкретный признак, без соответствующего обобщения и переходных этапов, жестко спаянный с объектом, приобретает характер абстракции; то же имеет место и в суждениях. В значительной мере, по-видимому, этот признак и сближает структуру логического вывода у изученных больных с системой ассоциативного исчисления, так как последняя система «работает» на «жестких» объектах, как и символическая логика. Эта «полярность» логических характеристик атактического мышления отмечалась нами выше. Здесь как бы нарушаются отношения субординации между

логическими элементами, предполагаемыми диалектической логикой, происходит разрыв между первым этапом («единичное суждение», по Ф. Энгельсу) и конечным результатом («всеобщее суждение»)¹. Средины, создающей их взаимосвязь и диалектическое единство, нет, она выпадает из логического процесса.

На уровне суждения, где «отчетливо выражена связь общего и единичного» (П. В. Копнин, 1973)², несостоительность среднего термина, обусловленная нарушениями категориальных функций, проявляет себя в наиболее ярких формах — атактических замыканиях.

В более широком аспекте — это неспособность перейти с одного логического языка на другой, при сохранности способности пользования какой-либо изолированной формальнологической (алгоритмической) системой, в приводимых примерах близкой к ассоциативному исчислению, где категориальные связи «вынесены за скобки». Переход же из одной логической системы в другую требует обязательного присутствия категории «понятий отношения».

Полагая категориальную связь одним из основных элементов диалектической логики можно, по-видимому, очень общо считать, что неспособность пользования системами диалектической логики при сохранности и «жесткости» формальнологических (алгоритмических) систем создает в конечном итоге ту своеобразную и сложную форму нарушений мыслительной деятельности, которую принято связывать с наличием шизофренического процесса.

Трудности дифференциальной диагностики между шизофренией с «мягко» выраженным явлениями интрапсихической атаксии и некоторыми формами бредовых психозов (паранойя, паранфrenия) с ведущей картиной систематизированного бреда, известные каждому клиницисту, по-видимому определяются тем, что общим у больных обеих групп является алгоритмическая структура логических построений. Отличия заключаются в том, что при систематизированном

¹ Маркс К. и Энгельс Ф. Соч., изд. 2-е, т. 20, с. 538.

² Копнин П. В. «Диалектика как логика и теория познания», М., 1973, с. 169.

бреде неправильным применением правильной алгоритмической системы и ограничивается существом патологии. Понятийное мышление либо не изменено, либо характеризуется временным или стабильным снижением интеллектуальных возможностей («снижение уровня обобщения»).

При атактическом (шизофреническом) мышлении нередко правильный алгоритмический характер построения умозаключений комбинируется с нарушениями в формировании понятий («искажение обобщения»), одним из существенных звеньев которого является нарушение категориальности мыслительного процесса.

Напрашивается аналогия с понятием аутистического мышления, которое, как это подчеркивал автор этого понятия Е. Блейлер, широко представлено в психопатологии (при различных формах бреда, истерических состояниях, инфантилизме и т. п.) и становится «шизофреническим» тогда, когда аутистические механизмы комбинируются с расстройствами ассоциаций.

Иначе говоря, в обеих сравниваемых формах имеет место алгоритмическая структура формирования изложения, в обоих случаях принципиально правильная формально-логическая (алгоритмическая) система прилагается вне адекватной ситуации, в обоих же случаях используются «жесткие», узко конкретные объекты (символы), но у больных с бредовыми состояниями эта «жесткость» — конкретность обусловлена интеллектуальной недостаточностью и неспособностью к формированию понятий («снижение уровня обобщения» по Б. В. Зейгарник), у больных шизофренией — это формирование понятия по «нестандартному признаку» и чрезмерное расширение объема понятия в ущерб его содержанию («искажение уровня обобщения») с неспособностью организации категориальных связей вследствие этого.

ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Другим возможным путем подхода к сопоставлению особенностей речевых расстройств при атактическом мышлении и шизофазии является применение

некоторых методов лингвистического анализа к оценке сравниваемых материалов.

С этой целью было проведено рекогносцировочное исследование речи больных¹. Материалом исследования явились тексты собственноручных записей больных, разделенные на группы по клиническим признакам. Предварительный анализ речи обеих выделенных групп показал значительное отклонение их от нормативной речи. Разные уровни или аспекты языка при этом оказываются нарушенными в разной степени. Фонемный (звуковой) уровень был исключен из рассмотрения; анализу подвергались образцы письменной речи, и частично — устные высказывания, записанные без учета индивидуальных особенностей реализации фонем. Практически мало нарушенным оказался морфологический уровень — система словоизменения и словообразования. Единичные неправильные окончания изменяемых слов объясняются иррегулярностями на синтаксическом уровне, нарушением закономерностей согласования и управления, а в отдельных случаях, по-видимому, могут быть проявлением недостаточной грамотности.

Различного типа отклонения от нормы наблюдаются в области синтаксической структуры предложения, а также в области лексики, графики и в семантической (смысловой) стороне речи. Отклонения в области семантики являются наиболее резко выраженными, однако для задач автоматического анализа учет смысловой стороны языка представляется весьма сложным.

На основании исследованных образцов речи можно заключить, что наиболее характерными чертами шизофазии являются «разорванность» и «приземленность». Речевым выражением первой черты являются незаконченные фразы и синтаксические обороты, отсутствия некоторых обязательных компонентов определенных типов словосочетаний, избыточные знаки препинания, обилие заглавных букв и т. д. Выражением второй черты является преимущественное ис-

¹ Работа выполнялась на первых этапах совместно с Б. М. Лейкиной, а позднее с О. П. Красулиной, М. И. Откупщиковой, Б. А. Щербатовым и Г. С. Цейтним.

пользование «бытовой» лексики и более конкретных научных терминов.

Для атактического мышления, по данным исследованного материала, ведущими являются: с одной стороны — стремление к детализации и уточнению, с другой стороны — витание в сферах широких абстракций. О первой черте свидетельствует высокий удельный вес всевозможных уточняющих предложений и оборотов, о второй — широкое использование слов «высокого» лексического слоя: научных терминов и нетерминологических слов, обозначающих широкие абстрактные понятия.

Предварительный анализ речи исследуемых групп больных позволяет, таким образом, думать, что речевые данные могут служить достаточно убедительным материалом для определения типа нарушения мышления. Расстройства мышления, как отмечалось выше, проявляются в отклонениях от речевой нормы и в других особенностях речи не только на семантическом уровне, который при современном состоянии техники лингвистического анализа трудно поддается строгому описанию, но и на грамматическом, графическом и лексическом уровнях, значительно легче поддающихся строгому описанию и учету их для прикладных задач. Разные случаи отклонения от языковой нормы в разной мере «диагностичны» для разных видов расстройств мышления. Одни типы нарушений языковой нормы наблюдаются почти исключительно в речи лишь одной из исследуемых групп, другие типы иррегулярностей (их большинство) встречаются в речи обеих выделенных групп, являясь однако более характерными для одной из них.

При указанном подходе в конечном итоге открывается возможность дифференцирования различных форм расстройств мышления по уже применяемому в медицинской практике принципу машинной диагностики, строящейся на статистическом определении диагностических «весов» отдельных признаков, суммирование цифровых значений которых приведет к окончательному решению о принадлежности изучаемого явления (в данном случае — формы расстройств мышления) к той или иной группе классификации.

Принципиальный путь решения такой задачи предлагался в нашей работе (Б. М. Лейкина и Ф. И. Случевской, 1967).

В более поздних исследованиях (Б. М. Лейкина и др., 1970, Б. А. Шербатов, 1973) выделяются конкретные лингвистические характеристики текстов больных, полученные при специальном направлении исследования (пересказы стандартных текстов) у 11 групп больных (по 10—11 чел. в каждой). Эти данные расшифровывают ряд высказанных выше соображений, иллюстрируя механизмы формирования того или иного отклонения от нормативных грамматических стандартов. Они позволяют подойти вплотную к осуществлению дифференциации методами вышеупомянутой «вычислительной диагностики» и уточнению тем самым статистической значимости отдельных признаков, встречающихся в рамках обеих дифференцируемых феноменологических групп или одной из них.

Однако клинико-психопатологические признаки, отличающие атактическое мышление от шизофазии, находят подкрепление не только при отмеченном выше применении методов лингвистического анализа. В этих целях может быть использован также метод составления схем грамматической структуры предложений (*«дерево зависимостей»*). Они составлялись при установлении связей между словоформами в пределах простого и сложного предложения (И. А. Мельчук) и при решении некоторых проблем машинного перевода (Г. С. Цейтин). Привлекает простота методики и наглядность создающегося зрительного представления о структуре предложения.

Не останавливаясь на методической части этого способа представления синтаксической структуры предложения, изложенной в соответствующих публикациях (О. П. Красулина и др., 1970), следует подчеркнуть, что этот метод позволяет также с достаточной четкостью осуществить количественный анализ типовых особенностей грамматических характеристик изучаемых патологических форм речевого поведения. Примеры такого рода статистических обработок, характеризующие достаточно глубокий уровень синтаксического анализа изучавшихся материалов, приводятся как в выше упоминавшейся работе, так и в ряде

более поздних публикаций (Б. М. Лейкина и др., 1973). Не вникая в содержательную сторону этих исследований, что составляет предмет отдельных сообщений, и касаясь лишь сравнительно узкого круга вопросов настоящей работы, хотелось бы отметить, что ряд статистических обработок подтверждает отмеченные выше в разделе клинических описаний наблюдения. Так, четкие статистические характеристики лингвистического аспекта получают клинические понятия *«телеграфного стиля»* у больных с атактическим мышлением, и многоречивости и аграмматизмы — у больных с шизофазией, а также соотношение номинативных и предикативных функций речи в рамках обеих анализируемых феноменологических групп. В сочетании с упоминавшимися выше данными качественного анализа (морфологии, сочетаемости слов и др.), осуществленного в поисках дифференциально-диагностических признаков отдельных форм речевых расстройств, статистические характеристики в значительной мере конкретизируют клинические признаки.

Для иллюстрации приведем примеры составления *«дерева»* синтаксической структуры предложений из текстов специально изучавшихся больных (21 чел.) с различными формами *«шизофренических»* расстройств мышления. Первые три предложения вне контекста мало демонстративны как примеры соответствующего типа расстройств мышления. Такие примеры взяты специально, чтобы показать, что даже при негрубых (*«мягких»*) проявлениях патологических особенностей грамматическая схема уже отражает некоторые их отличия.

1. «Вот этот способ построения Земли обусловил происхождение наших инстинктов и обмен веществ» (из письма больной Б. с интрапсихической атаксней, где излагается ее *«теория»* формирования *«Вселенной и гравитации»* (рис. 4, а)).

2. «Он заключил договор с условием, а когда узнал, что я призвана в армию с этого жакта, порвал договор» (из жалобы бредового содержания больной Щ. и явлениями шизофазии, рис. 4, б).

3. «Поскольку желудок не выражает обратно лицу, это и есть эпидемия» (из текста больной Я., набл. 2 — больная излагает свои ипохондрические переживания, рис. 4, в).

4. «Секундомер этот имеет вашу дачу по грамматическому синтаксису, который американский способ вы считаете метафо-

рой» (больной К., набл. 1 — из текста, приведенного в выписке из истории болезни, рис. 4, *г*).

5. «Я не хочу повысить свои знания, умственно развиваясь как-то в лице коллектива зарекомендовать себя, что они не думали, что я ничего не могу и что врачи так считают» (больная К., набл. 4 — из очередного заявления главному врачу диспансера, рис. 4, *д*).

Приведенные примеры иллюстрируют, как нам кажется, достаточно наглядно ряд признаков, выделенных клинически и экспериментально как дифференциально-диагностические применительно к обоим



Рис. 4. Схемы синтаксической структуры предложений из текстов больных с атактическим мышлением (*а, г*) и шизофазией (*б, в, д*).

Горизонтальная стрелка — подлежащее, вертикальная — сказуемое. Малые стрелки — соответствующие члены придаточных предложений.

изучающимся клиническим феноменам. Так, прежде всего обращает на себя внимание, что «витиеватость» и «заумность» фраз у больных обеих групп имеют структурно различное отражение в общем рисунке «дерева зависимости» предложений. Из приведенных примеров видно, что степень семантической бессвязности («разорванности») мало влияет на правильность «дерева зависимостей» у больных с атактическим мышлением (примеры *а* и *г*), в то время как у больных с явлениями шизофазии, даже в «мягких» формах (рис. 4, *д*) структура предложения крайне усложнена. Интересно подчеркнуть, что внешний рисунок синтаксического «дерева» больных с явлениями шизофазии

скорее напоминает соответствующие структуры предложений больных эпилепсией, чем шизофренией.

Это подтверждает высказанные ранее предположения, построенные на клинических и некоторых экспериментальных данных, о преимущественно семантической (нарушение формирования понятий) природе речевых расстройств у больных с атактическим мышлением и преимущественно речевой (патология системы выражения, в том числе ее грамматико-синтаксических структур) природе шизофазии.

Прямо вытекают из этого грамматические характеристики «телеграфного стиля» в его дифференциально-диагностическом противопоставлении «словесной окрошки» и многословности, значимости номинативных и предикативных функций речи (см. в приведенных примерах степени «загруженности» номинативных и предикативных элементов), и наконец, безусловно различный объем представительства отдельных форм лингвистических иррегуляриостей («аграмматизмов») в рамках обеих изучаемых феноменологических групп.

Обсуждаемые данные первичных исследований нашли во многих звеньях убедительное подтверждение при статистических обработках больших массивов наблюдений в последующих исследованиях.

Примером такого рода данных, свидетельствующих о вышеупомянутых изменениях номинативных и предикативных функций речи являются приводимые ниже выборочные статистические данные, где рассматриваются три группы «шизофренических» форм расстройств мышления, в числе которых I и II группы — различные степени атактического мышления, III — соответствует понятию шизофазии (табл. 3).

Не останавливаясь далее на статистических исследованиях такого рода, следует еще раз подчеркнуть, что исследования речевой продукции больных лингвистическими методами в указанных аспектах позволяют конкретизировать и уточнить выделенные клинические и экспериментально дифференциально-диагностические признаки, а в некоторых случаях выделить дополнительные критерии такого рода.

Наконец, в данном разделе нам представляется целесообразным вновь коснуться упоминавшихся ранее аспектов лингвистического анализа, не столько

Таблица 3

**Роль существительных в текстах больных, отражающая значимость предикативных и иоминативных функций
(по Б. А. Щербакову, 1974)**

Признак	Группы					
	I		II		III	
	средн.	станд. отклон.	средн.	станд. отклон.	средн.	станд. отклон.
Существительные среди всех слов	0,35	$\pm 0,11$	0,30	$\pm 0,13$	0,05	$\pm 0,17$
Существительные в ролях подлежащих среди всех слов	0,08	$\pm 0,05$	0,08	$\pm 0,09$	0,05	$\pm 0,07$
Существительные в ролях сказуемого среди существительных	0,004	$\pm 0,03$	0,015	$\pm 0,08$	0,030	$\pm 0,08$
Существительные среди сказуемых	0,011	$\pm 0,07$	0,022	$\pm 0,13$	0,080	$\pm 0,2$

формально-лингвистических характеристик, сколько содержательных (семантических) механизмов формирования патологии речевого поведения. Таких работ сравнительно мало в отечественной литературе (О. Ф. Ковщик, 1966, 1974; М. С. Роговин, 1971—1973 гг.) и значительно больше зарубежных (Kasapin, 1944; Flegel, 1965; Vetter, 1968, и др.). Это направление исследований дает принципиальную возможность перехода от анализа собственно речевых расстройств к анализу механизмов формирования процессов мыслительной деятельности с реальной возможностью применения количественных методов регистрации и обработки психических явлений.

Недостатком же этого направления является определение предмета исследования. Применение лингвистических приемов исследования нарушений речевого поведения у больных шизофренией вообще равносильно попытке исследования речевых расстройств в самом широком плане каким-то одним способом. Такой подход методологически неправилен и заранее обрекает исследование на неудачу. Каждому

клиницисту-психиатру, имеющему минимальный опыт врачебной работы очевидно, что искать общие закономерности при речевых нарушениях у психически больных, не подразделяя при этом их на отдельные формы — значит свести к нелепости саму постановку такой задачи.

Такой ошибочный подход к постановке проблемы можно объяснить, во-первых, чрезмерной увлеченностью методом и соответственно неправомерным расширением его перспективных возможностей. История науки (и психиатрии, в частности) имеет немало такого рода примеров, когда вскрытая закономерность локального значения, будучи генерализованной на несоразмерно широкий круг явлений, в конечном итоге приводила к краху теоретического достижения в целом (скажем, теория Фрейда). Во-вторых, недостаточным знакомством с предметом исследования и игнорированием в связи с этим основных характеристик отдельных клинических форм расстройств мышления — речи. В данном случае это приложение достаточно тонких лингвистических приемов к «шизофреническому мышлению», вообще, а не к конкретному его звену. Вместе с тем, известно со времен «классических» психопатологических исследований, что расстройства мышления у больных шизофренией «многослойны», начиная от чисто речевого и ассоциативного уровня и кончая высшими слоями формирования абстракций, понятий и категорий с соответствующими характеристиками логического процесса. Эти нарушения строятся на комплексе различных по своей природе механизмов от собственно расстройств речи (как механизма выражения) и ассоциативного процесса («нестандартность» ассоциаций, ассоциативная атаксия), до более сложных общемозговых процессов, как изменения аффективности (кататимные, аутистические механизмы), общая астенизация, наличие актуальных патологических переживаний (галлюцинации, бред и др.). Поэтому исследовать «шизофреническое мышление» или бесвязность мышления вообще клинически неквалифицированно. Такая постановка вопроса равносильна изучению в настоящее время лихорадки в характеристике этого понятия уровня начала прошлого века, или для психиатров возврату к теории «единого психоза».

Этот недостаток характерен для исследований большинства зарубежных авторов, и к сожалению, некоторых отечественных. По-видимому, наиболее оправданным является применение той или иной системы исследования (в данном случае лингвистической) к расстройствам мышления — речи «послойно», начиная с собственно речевых нарушений — различных форм афазий (что, кстати говоря, успешно осуществляется специалистами соответствующего профиля; В. К. Орфинская, 1960; Е. Н. Винарская, 1971; И. М. Тонконогий, 1973). В рамках клинической психиатрии объектом приложения психолингвистических исследований, по-видимому, должны быть различные феноменологические группы, дифференцируемые по признакам однородности клинических проявлений, также поэтапно от форм с преимущественно речевыми расстройствами к более сложным видам нарушений собственно мышления. Наиболее адекватным объектом первого этапа такого рода исследований является феномен шизофазии в вышесформулированной его клинической характеристике. Позволим себе вновь напомнить, что уже автор этого понятия, Крепелин отмечал, что у больных такого рода «...при хорошо сохранившейся осмысленности и правильности в течении мыслей и поведения чрезвычайно резкая спутанность речи, испещренной новообразованиями и самыми разнообразнымиискажениями». Аналогичные характеристики получает этот феномен и в современной отечественной и зарубежной литературе. Подчеркивая этим преимущественно «речевую» структуру феномена шизофазии, следует считать шизофазию наиболее удачным объектом психолингвистических исследований. В этом смысле интересна работа О. Ф. Ковшика (1973), где наряду с клиническим определением понятия и дополнительными материалами о клинической значимости, распространности изучаемого феномена дается психолингвистический аспект проблемы. Используя закономерности формирования «фраз смешанного типа» и искусственно полученные методами статистического приближения к языку различного рода словосочетаний, автор приходит к заключению о том, что шизофазическая последовательность слов обладает свойствами эргодического сообщения и имеет

характер случайной последовательности слов. Экспериментальный анализ процесса лингвистического перекодирования или перехода с одного языкового уровня на другой иллюстрирует неспособность больных к адекватному оперированию не только словами, но и «семантическими полями», из которых выбирается нужное слово, т. е. изменению правильных соотношений синтагматических и парадигматических механизмов организации речевого поведения. Этот уровень контекстуального анализа речи открывает перспективы возможности расшифровки не только отдельных форм речевых нарушений, но и организации (дезорганизации) собственно мыслительных функций.

Дальнейшими перспективами такого рода исследований, по-видимому, следует считать применение данных из области машинного перевода и спецреферирования, где уже ведется изучение не столько организации речи, сколько мышления. Сущностью этих исследований является создание языка-«посредника» (тезаурус), который утрачивает свойства какого-либо конкретного языка и приобретает характер обозначения ситуаций (Н. И. Стяжкин и Б. Р. Певзнер, 1963; А. К. Жалковский и И. А. Мельчук, 1965, и др.).

* * *

Применение дополнительных специальных методов исследования: пейропсихологических (по аналогии с методами изучения различных форм афазий), структуры ассоциативного процесса, элементов логического строя мышления и речи, а также психолингвистических методов позволяет констатировать ряд признаков, отличающих феномен атактического мышления от феномена шизофазии. Эти данные дополняют и конкретизируют сформулированные в предшествующем разделе клинические признаки, расшифровывая на языке используемого метода отдельные составляющие приводившихся клинических признаков, а иногда и их природу. Обобщая и суммируя данные настоящего раздела, можно указать группы признаков и особенностей изучаемых форм патологии речевого поведения.

Системы организации речевого поведения

Атактическое мышление

1. Моторные компоненты речевого поведения либо не нарушены, либо приближаются к характеристикам «лобного типа» (в тестах нейропсихологии, организации непроизвольных моторных компонентов и др.).

2. Грамматико-синтаксический строй речи либо не нарушен, либо имеет минимальные изменения, даже при клинически максимальных проявлениях семантической несвязности. Синтаксическое «дерево зависимостей» наглядно это отражает.

3. Номинативные функции речи сохранены, если не акцентуированы.

4. Тенденция к формированию «телеграфного стиля», особенно в резко клинически выраженных формах. Соответствующая лаконичность речевой продукции. Сходство с экспрессивно выраженной «внутренней речью».

Шизофазия

1. Нейропсихологические характеристики скорее приближаются к «теменно-височным» (элементы нарушения гипнозиса и праксиеса, усвоения и удержания ритмов и т. п.).

2. Аграмматизмы даже в «мягких» вариантах выражены феномена. Синтаксически «дерево зависимостей» скорее «эпилептического», чем «шизофренического» типа. Сохранность и живость интенционно-мелодической стороны речи «смазывает» эти расстройства, делая их в устной речи менее заметными.

3. Доминируют предикативные функции речи.

4. Многословность, склонность к «логорее», «жаргонофазии», при сохранности в целом конкретной направленности (на уровне контекста и поведения в целом).

Ассоциативная деятельность

Атактическое мышление

1. Количество абстрактного типа ассоциативных реакций высокое, близкое к контролю, в ряде случаев превышает его, в комбинации с высоким объемом патологических («атактических») ассоциаций.

2. Неологизмы, «агглютинации ассоциаций».

Шизофазия

1. Преобладание низших форм, индивидуальной конкретности, персевераций, эхолалий и др., у некоторых больных — до 100%. Высших и патологических форм нет или почти нет.

2. Отдельные парофазии.

Продолжение

3. Высокий удельный вес ассоциаций сходства (контраста), отсюда преобладание парадигматических механизмов организации речи.

4. В контексте слова «высокого лексического слоя», уточнения, формулировки, сравнения.

Атактическое мышление

1. «Паралогизмы», меняющие смысловой контекст с «высвобождением из ситуации».

2. Большой объем высших форм логических связей («логического следования»), иногда превышающий средние цифры контроля в комбинации с большим объемом патологических элементов («отдельные высказывания»). В тяжелых степенях клинических проявлений — падение объема связей «логического следования» и одновременно уменьшение числа «отдельных высказываний».

3. Нарушение принципа «симметричности» и «генерализации», т. е. нарушения формирования понятий отношения — категориальности мышления.

4. Сохранность некоторых аспектов формально логического алгоритмического процесса.

5. Необходимость дифференциальной диагностики с наиболее сложными формами, бредовых состояний.

3. Подавляющее большинство ассоциаций по смежности, много «привычных ассоциаций» — «штампов», конкретный чувственно-образный их характер. В словесном эксперименте часты многословные реакции в виде фрагментарных, детализированных описаний конкретных ситуаций, не подчиненных смысловому контексту. Синкетические механизмы. Синтагматические формы организации речи.

4. «Разорванность» и «приземленность». Бытовая лексика.

Логические характеристики

Шизофазия

1. Парафазия — «слова не к месту», часто не влияющие на конкретный смысл высказывания.

2. Снижение, до полного исчезновения связей «логического следования» по мере нарастания клинических проявлений. Параллельный процесс нарастания «отдельных высказываний».

3—5. Признаки логического процесса отсутствуют. Нет сиплогизмов. Иначе говоря, деструкция логического процесса. Дифференциальная диагностика лишь с отдельными формами деменции.

Глава III

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИЗУЧАВШИХСЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ

Феноменологическое дифференцирование каких-либо клинических явлений, в данном случае атактического мышления и шизофазии, еще ничего не говорит о их диагностической значимости. Каждое клиническое явление должно рассматриваться в контакте с другими признаками, в сочетании с которыми оно чаще всего наблюдается. В этой связи представлялось целесообразным рассмотреть феномены атактического мышления и шизофазии в рамках основных психопатологических синдромов, в которых эти явления чаще всего наблюдаются.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗУЧАВШЕГОСЯ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

Основным исходным материалом настоящего исследования явились данные о 597 больных шизофренией и сходными клиническими формами. Из них 254 наблюдались в различных психиатрических учреждениях (в основном, стационарах), 343 — в психоневрологическом диспансере Ждановского района Ленинграда.

Под наблюдением были все больные, находившиеся в стационарах, а также большинство больных, состоявших на учете диспансера на момент обследования амбулаторного контингента, однако некоторых автору обследовать не удалось, так как они были либо за пределами Ленинграда, либо находились в отдаленных психиатрических больницах, однако четкость данных медицинской документации, длительно подтверждавшейся многими учреждениями единогласие мнение в синдромологической и нозологической оценке этих больных дали право включить их в материал исследования.

Материалом второго этапа исследования, в значительной степени верифицировавшим данные первого, послужили сведения 2176 больных, исследовавшихся коллективом врачей З-й Ленинградской психиатриче-

ской больницы¹, Участником этого исследования был и автор настоящей работы. Эти данные применительно к задачам настоящего исследования будут также упомянуты ниже.

Общая клиническая характеристика исходного материала исследования, т. е. сопоставление нозологических форм с синдромологическими группами, дана на материале 505 больных шизофренией и клинически сходными состояниями (табл. 4)².

Следует подчеркнуть, что данные табл. 4 не могут быть материалом для вычисления экстенсивных и интенсивных показателей, так как содержат смешанные сведения о больных, находящихся в стационаре и наблюдавшихся амбулаторно. Однако они могут быть получены из табл. 5, где приведен амбулаторный контингент, т. е. все больные изученных групп, состоявшие на учете психоневрологического диспансера. Приведенные данные представляют интерес еще и потому, что они получены в диспансере со стабильными в течение ряда лет установками в отношении диагностики шизофрении, чем объясняются средние или даже высокие интенсивные статистические показатели по сравнению со средними данными по городу; вместе с тем экстенсивные статистические показатели являются заниженными по сравнению со среднегородскими: в 1961 г. по городу — 13,1%; по Ждановскому району — 11,4%.

В настоящей работе фигурируют сведения 1961—1963 гг., так как за истекшие годы фактически не изменились данные о первичной заболеваемости; основные статистические показатели остались прежними (экстенсивный показатель шизофрении на 1/I 1972 г. — 10,2% в группе психических заболеваний).

¹ Сб. «Психические заболевания». Л., 1970; и Материалы юбилейной конференции 3-й Ленинградской психиатрической больницы «Математические методы в психиатрической клинике». Л., 1970.

² В общую клиническую характеристику вошел материал о 505 больных. Расхождение в общем числе изученных больных и данными табл. 4 определяется тем, что клинико-статистическая обработка велась параллельно с рядом узко специализированных исследований, в процессе которых обследовались дополнительно новые больные, вошедшие в общее число наблюдений и не включенные в табл. 4.

Синдромологические характеристики изученных больных
 (сводные)

Нозологические группы	Психопатическое поведение, в том числе истерические и психогенетические проявления		Астенический, астено-интоцидрический, Невротические явления		Тревожный		Общие расстройства сознания		Маниакальный		Депрессивный		Паранойный (несистематизированный бред, галлюцинаторно-бреховой синдром)	
Шизофрения («основная» — «ядерная» группа)	11,6% (24 чел.)	2,4% (5)	—	—	—	—	0,4% (1)	16,9% (35)						
Шизофрения (диагноз может вызывать сомнения и расхождения во мнениях)	4,4% (8)	12,5% (23)	3,3% (6)	2,7% (5)	1,5% (12)	2,2% (4)	25,5% (47)							
Парафрения	—	8,5% (2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	39,2% (9)		
Другие формы психических заболеваний (всего): сифилис мозга и прогрессивный паралич эпилепсия органические заболевания головного мозга с детского возраста (раннего)	5,4% (5)	14,3% (13)	2,1% (2)	1,0% (1)	6,5% (6)	3,2% (3)	15,4% (14)							
Итого	7,5% (37)	8,6% (43)	1,5% (8)	1,1% (6)	3,6% (18)	1,5% (8)	20,9% (105)							

Таблица 4*

в зависимости от их патологической принадлежности
данные)

Паранояльный (систематизированный) бред	Кататонический и гебергический	Инtrapсихическая атаксия	Шизофазии	Апато-абулический, и т. д., катапено-апротезический	Изменения личности органического типа, в том числе эпилептические, травматические и др.	Слабоумие «органического» типа, в т. ч. «любимый» (аффективный, мозговой, паралический)	Отсутствие психических нарушений	Итого
0,4% (1)	23,5% (48)	19,9% (41)	3,8% (8)	19,5% (40)	6,8% (14)	—	1,6% (3)	1,6% (3)
1,6% (3)	4,9% (9)	1,0% (2)	10,9% (20)	6,0% (11)	2,2% (4)	7,5% (14)	7,7% (14)	4,4% (8)
39,2% (9)	—	—	4,4% (1)	—	—	8,6% (2)	—	—
2,1% (2)	2,1% (2)	—	16,3% (15)	9,7% (9)	7,5% (7)	14,3% (13)	7,5% (7)	3,2% (3)
—	—	—	5	—	—	—	3	1
—	1	—	—	—	6	1	—	—
2,9% (15)	11,7% (59)	8,5% (43)	8,8% (44)	11,8% (60)	4,9% (25)	5,8% (29)	4,6% (24)	2,7% (14)
								1,1% (6)
								100% (505)

**Ведущие психопатологические синдромы
(по данным**

Нозологическая группа	Психопатическое поведение	Астенический синдром, в т. ч. невротические и ипохондрические проявления	Общие расстройства сознания	Тревожный	Маниакальный	Депрессивный	Интрапсихической атаксии
Шизофрения	31 11,9%	27 10,3%	3 1,2%	3 1,2%	10 3,8%	3 1,2%	27 10,4%
Парафрения	—	2 8,6%	—	—	—	—	—
Другие формы психических заболеваний с «шизофреноидными» картинами	5 8,5%	9 15,3%	—	1 1,6%	6 10,2%	2 3,4%	—
Итого	36 10,6%	38 11,2%	3 0,9%	4 1,1%	16 4,4%	5 1,5%	27 7,9%

Это говорит о том, что диагностика шизофрении данным коллективом врачей идет по сути максимального выявления в населении больных с этим страданием, но при этом количество больных с диагнозом шизофрении не увеличивается за счет других форм невропсихических заболеваний (экстенсивные показатели ниже среднегородских). Диагностика шизофрении здесь осуществляется весьма осторожно, идет по пути «углубления», а не «расширения». Однако, как видно из табл. 5, у ряда больных шизофренией имеют место синдромы, не характерные для этого заболевания. Таким образом, даже в приводимом материале диагноз шизофрении у отдельных больных мог бы

Таблица 5

у больных изученных нозологических групп диспансера)

Шизофазии		Параноидный (отрывочный, не систематизированный бред, галлюцинаторно-бредовой синдром)		Параноидный (систематизированный бред)		Кататический и гебе-фрический		Апато-абулический, в т. ч. «агоно-апрозексический»		Изменения личности органического типа в т. ч. эпилептического и травматических		Слабоумие глобарное и лакунарное «органического типа» в т. ч. «глобальный» и паранитический синдромы)		Отсутствие психических нарушений		Итого	
9 3,5%	52 19,9%	3 1,2%	30 11,4%	31 11,9%	9 (3,5%)	13 4,9%	13 4,9%	7 (2,6%)	6 2,3%	261							
1 4,4%	9 39,2%	9 39,2%	—	—	—	2 8,6%	—	—	—	23							
4 6,8%	10 16,9%	2 3,4%	2 3,4%	—	2 (3,4%)	10 16,9%	6 10,2%	2 (3,4%)	—	59							
14 4,1%	71 20,9%	14 4,1%	32 9,4%	33 9,3%	11 (3,2%)	25 7,4%	19 5,5%	9 (2,6%)	6 1,7%	343							

вызвать сомнения. По-видимому, за вычетом больных явно не характерными для шизофрении синдромами, а также группы парафрении можно полагать, что в целом эти цифры соответствуют клинической реальности. Тем более, что приведенные сведения во многом совпадают с материалами ряда клинико-статистических исследований (А. И. Выясновский и Н. Н. Фирсова, 1948; Х. А. Алимов, 1961; Я. А. Вулис и Е. С. Вязовая 1964; В. Ф. Дедов, 1966, и др.).

В приведенной табл. 4 больные с диагнозом шизофрении были разделены на две подгруппы. Необходимость такого разделения диктовалась тем, что в мировой и отечественной литературе имеют место

различные представления об этом заболевании, что несомненно, находит отражение в объеме его диагностики. Однако вместе с тем все авторы, вне зависимости от их взглядов, даже занимающие крайние позиции по широте диагностики шизофрении, выделяют «основные» («ядерные») формы этого заболевания. Например, некоторые зарубежные авторы (Rumke, 1963; Langfeld, 1960; и др.) прямо говорят о «шизофрении» и «шизофрениях». Таким образом, в отношении «основной» («ядерной») группы этого заболевания фактически расхождений в представлениях нет. Спорной, более нечеткой остается группа заболеваний, диагностика которых может быть различна, в зависимости от теоретических взглядов отдельных коллективов. Поэтому в таблице выделены 1-я — «ядерная» группа и 2-я группа больных с диагнозом шизофрении, достоверность диагностики которых может оспариваться в зависимости от «школы» данного коллектива врачей.

В процессе изучения амбулаторно наблюдавших больных выделилась также достаточно четко группа больных парапрецией. Наконец, «другие формы психических заболеваний» представляют собой контрольную позологическую сборную группу больных с различными формами невропсихических расстройств, четко диагностированных этиологически (сифилис мозга, прогрессивный паралич, эпилептические, травматические, энцефалитические и другие психозы), подтвержденных длительным клиническим наблюдением. По своим клиническим проявлениям больные этой группы обнаруживали большое клиническое сходство с шизофренией.

Что касается психопатологических синдромов, то пояснений требует условно обозначенный «астено-атено-апрозексическим» синдром, выделенный как вариант апато-абулического. Не останавливаясь на подробном описании этого состояния, так как это могло бы быть темой отдельного исследования, отметим лишь, что в эту группу были отнесены больные в тяжелом состоянии, по-видимому, близком к исходному, при котором признаки глубоко выраженной астении сочетаются с грубыми расстройствами эмоциональной, волевой, интеллектуальной деятельности,

с пронизывающим всю психическую деятельность общим снижением тонуса всех психических процессов и обращающими на себя внимание грубыми расстройствами внимания. Отнести этих больных в принятые синдромологические группы весьма затруднительно, хотя в этом состоянии имеют место признаки апато-абулического, кататонического, астенического и других синдромов. Эти состояния в детской клинике профессора С. С. Мнухина чаще всего обозначались как «шизоформные» и в настоящее время четкого клинического описания не имеют.

Для иллюстрации приводим выдержку из истории болезни такого больного со «смешанными формами» расстройств мышления, не отвечающих ни понятию атактического мышления, ни шизофазии.

Наблюдение 6. Больной О., 1931 г. Непрерывно в психиатрических больницах с 12/XII 1955 г.

Родился в здоровой семье. Родился и развивался правильно, окончил среднюю школу и поступил на математический факультет Ленинградского университета, который не закончил в связи с развившимся психическим заболеванием. По характеру мягкий, застенчивый, мало общительный. Перенес дистрофию, склератиту, туберкулезный бронхаденит.

Странности в поведении с 1946 г., когда появилась манерность, был погружен в мир внутренних переживаний, стал интересоваться вопросами психологии и философии, пропускал занятия. Позднее совершил нелепости, «слышал голоса из любых времен, когда уши заткнуты». С нарастающими неправильностями в поведении был впервые госпитализирован в 1951 г. В больнице отмечались манерность, гримасничание; рвал одежду, речь носила характер «разорванной». При последующих поступлениях — а госпитализировался он весьма часто, находясь дома лишь короткие сроки, — отмечались застывания в «неудобных» позах, импульсивные поступки, гримасы, речевая бессвязность, стереотипии в речи и действиях, потеря каких-либо желаний, стремлений, привязанностей. С 1955 г. непрерывно находится вначале во 2-й психиатрической больнице, затем был переведен в Свирскую психиатрическую больницу и затем в 3-ю Ленинградскую психиатрическую больницу, где и находится до настоящего времени.

Психическое состояние. Ориентирован в месте, времени и окружающих лицах, хотя выявить ориентировку из-за бессвязного характера высказываний не всегда легко. При длительной беседе удается установить, что больной в курсе событий жизни на отделении; знает, что передается по радио, в курсе наиболее актуальных вопросов международной политики. Несмотря на явно затрудненный контакт с больным, при длительной беседе грубых

расстройств интеллектуально-мнестических функций выявить не удается. В беседе то многословен, то отказывается от беседы, тогда встает и уходит в отделение, заявляя: «я болен», «мне некогда». Так, наряду с отрывками фраз, связанных с темой беседы, речь в целом бессвязна, непоследовательна, лишена какой-либо грамматической структуры. В речи много «экстеросигнальных» («феномен регистрации») ассоциаций, связанных со зрительными и слуховыми раздражителями окружающего. После первых одного-двух слов, связанных с тематикой заданного вопроса по различным низших ассоциациям, происходит переключение внимания больного, что фактически лишает возможности войти с ним в продуктивный контакт. Ассоциации возникают по различным механизмам, некоторые из них могут быть квалифицированы как атактические: «разговариваю по способу бумаги», некоторые — как эхолалии и др., т. е. какого-либо основного механизма расстройств мышления уловить не удается, кроме крайних степеней неустойчивости внимания: «На лежачий стоячий розыщи да ждать когда время пройдет — ходьба-ходьбой... да кое-какие интересы есть конечно...».

Наиболее рельефно разнообразие механизмов ассоциативной деятельности проявляется в данных словесно-ассоциативного эксперимента и специально предлагаемых других заданий. В целом поведение больного характеризуется, как и мышление, беспорядочностью, нецелеправленностью. Много времени лежит в постели. Ни к чему интереса не обнаруживает, иногда разговаривает сам с собой.

Выдержка из протокола словесного эксперимента. Больному предлагаются слова и вопросы с расчетом на «свободное ассоциирование» без ограничений инструкцией.

Опыт I

Слово-раздражитель	Ответная реакция
Мораль	Есть действие, обращенное в бессилие.
Беспечность	Зрительность.
Жизнь	Это множество процессов.
Коробок	Коробок спичек, чтобы помешать туда дерево, серу... кошка серая...
Отличие человека от животных	Форма... труд, но там есть противоречие.
Отличие дерева от бревна	Обработкой или отсутствием обработки... это интересно через стенку пройти, это пожалуй самое главное... это стекло...

О п и т II

Ночь	Тоже ночь (3) ¹
Мир	Мир, число (2,7)
Свет	Местонимение (2)
Чай	Отношение (2)
Лень	Трудолюбие (2)
Стон	Речь
Дым	Огонь

¹ Цифра в скобках — латентный период в с.

За истекшие годы лишь единичные записи в истории болезни говорят о том, что больного крайне редко удается привлечь к труду. В основном либо бесцельно бродит по отделению, либо лежит в постели. Много стереотипий в действиях. Делая стереотипные движения пальцем, протер на спинке кровати участок металла до блеска. В прогулочном саду протоптал круг, по которому непрерывно ходит. Также в зимнее время протоптал на деревянном полу заметный для глаза круг и т. п.

Эмоциональные реакции в отношении любых раздражителей отсутствуют. Иногда бывает несколько тревожен, ажитирован.

Неврологически: отмечается сглаженность правой носогубной складки, легкая девиация языка влево. Других очаговых симптомов органического заболевания головного мозга не выявлено.

Соматически: в легких остаточные явления имевшего место в прошлом туберкулезного процесса. В последние годы активного процесса нет. Других патологических отклонений от нормы со стороны внутренних органов и лабораторных исследований не выявляется. Общая астенизация.

Диагноз: шизофрения.

Здесь имеются все симптомы шизофрении, и вместе с тем психическое состояние больного весьма своеобразно. Это состояние не может быть названо ни кататоническим, хотя и кататонические проявления налицо, это и не обычное апато-абулическое состояние, нельзя его квалифицировать и как картину интрапсихической атаксии, несмотря на наличие определенных признаков и этого психопатологического явления. Внешне, принимая во внимание относительную сохранность ориентировки и формальных сторон интеллектуально-мнестических функций, его можно, казалось бы, расценить, как уход в мир внутренних переживаний — аутизм. Действительно, больной двигается по отделению с «отсутствующим видом», иногда что-то шепчет. Часто уклоняется от беседы, будучи как бы погруженным в мир своих переживаний. Однако, при более внимательном изучении речевой продукции больного становится очевидным, что никакого

сформированного «мира внутренних переживаний» и нет. Есть лишь бесконечно движущиеся, не связанные между собой образы и представления, которые как бы не подвластны больному. В этом смысле это состояние ближе к аментивной инкогеренции (*incogerentia ideagum*), чем, скажем, к погруженности в мир внутренних переживаний бредового, депрессивного или аутичного больного, у которых имеется предмет переживаний, какой-то болезненный «стержень», на котором выстраивается весь комплекс психопатологических переживаний. Однако это и не аментивное состояние, так как у больного сохранена ориентировка и он способен кциальному анализу ситуации. По-видимому, ход ассоциативного процесса у такого рода больных, как и вся психопатологическая симптоматика, в целом ближе к механизмам астенической спутанности. Больной, будучи достаточно ориентированным в окружающем, теряет способность управлять своим ассоциативным процессом, утрачивается «ведущее представление». Ассоциации как бы помимо больного «врываются» в сознание (Крепелин) чаще всего по различным низшим механизмам, создавая непоследовательность суждений, а иногда и грубую ассоциативную спутанность при частичном, а иногда и достаточно глубоком осознавании этого больным. Однако полностью отождествить этот процесс с явлением астении также неправильно. Дело в том, что у описываемых больных отсутствует или, во всяком случае, мало выражен такой важный признак астенического состояния, как истощаемость, что подтверждается отсутствием изменений скрытого периода в словесном эксперименте. С больным можно вести продолжительную беседу, и углубления астенизации не наступает; больной как начал беседу, так же ее и заканчивает. Поэтому нам кажется наиболее правильным понимание таких состояний, как явления стойкого понижения общего невропсихического тонуса (С. С. Мнухин). Такое представление о механизмах формирования описанного состояния в комбинации с утратой возможности самостоятельно направлять психическую деятельность, а следовательно и поведение в целом, дало основание обозначить его как атоно-апрозектическое, отличив тем самым от других психопатологи-

ческих картин. Следует отметить, что такого рода состояния наблюдаются не только при далеко зашедшем шизофреническом процессе. Близкими к ним, как отмечалось выше, являются неблагоприятно протекающие психотические состояния у детей, а также некоторые тяжелые психотические состояния у «резидуальных организаторов», чаще всего перенесших мозговое заболевание в раннем детстве.

Под синдромом интрапсихической атаксии понимается комплекс расстройств мышления (атактическое мышление в различных вариантах), волевых функций (амбитентность, негативизм и другие элементы кататонических явлений, но без оформленного кататонического синдрома) и эмоциональности (амбивалентность, паратимии и другие искажения эмоциональных проявлений), выступающих в единой структуре нелепого поведения, высказываний, действий, но без «продуктивной» психопатологической symptomatiki. Этот синдром в нашем понимании занимает промежуточное положение между психопатоподобными проявлениями и кататоническим синдромом¹.

Под синдромом шизофазии понимается состояние с грубыми расстройствами речи (мышления) типа «словесной окрошки» при относительно правильном поведении и сохраненной эмоциональности. Бросающимся в глаза признаком является грубая дисгармоничность в степени расстройства указанных психических функций.

Несмотря на то, что соответствующие клинические примеры приводились выше, для большей четкости формулировки клинического понятия синдрома шизофазии приводим дополнительную клиническую иллюстрацию.

Наблюдение 7. И., 1902 г. р., наблюдалась диспансером с 1950 года, последняя госпитализация в 1969 г.

Из анамнеза — родилась в здоровой семье. Росла и развивалась правильно. Окончила 2 класса средней школы. В течение многих лет работала ткачихой. В течение последних лет, перед тем как было выявлено психическое заболевание, снизилась по уровню квалификации, работала уборщицей. Была замужем, имеет взрослых детей.

¹ Обычно эти больные относятся к «простой форме» шизофрении без указания синдрома (см. набл. 3).

Перенесенные заболевания — несколько раз грипп, дистрофия.

Психическое заболевание было выявлено в 1950 г. В течение предшествующего года больная не справлялась с работой, была переведена на должность уборщицы, однако вскоре обратила на себя внимание неправильностями в поведении. При осмотре врача диспансера был выявлен яркий галлюцинационно-бредовой синдром, с которым больная была направлена в психиатрическую больницу. В больнице отмечались явления галлюцинационно-бредового синдрома с психическими автоматизмами, речевая бесвязность — «делится мыслями» с поколениями «через часовой механизм», «голос ее наказывал тем, что был током», «через радиолокатор», тематика бреда во многом имела сексуальное содержание. Со слов мужа и сына удалось установить, что больная в течение длительного времени обнаруживала неправильности поведения, в основном на работе, однако в бытовом отношении оставалась компенсированной, обслуживала семью. Была выпisана из больницы в состоянии некоторого улучшения. Однако вне больницы была крайне верящима, продолжала активно высказывать бредовые идеи отношения, воздействия. Вновь была госпитализирована и в течение 5 лет непрерывно находилась в психиатрической больнице, где отмечалось состояние аналогичное тому, что наблюдалось при первой госпитализации. Была выпisана из больницы в удовлетворительном состоянии. Работала в лечебно-трудовых мастерских, выполняла работу на дому и параллельно вполне удовлетворительно обслуживала себя и семью. В таком состоянии больная наблюдалась диспансером в течение ряда лет.

Психическое состояние в этот период. Вначале больная ведет вполне адекватную беседу. Правильно отвечает на вопросы, дает о себе необходимые сведения. Обнаруживает правильную ориентировку в месте, времени, окружающих лицах, достаточную осведомленность в повседневно-бытовых вопросах. Выявляет отчетливое снижение интеллекта и памяти по «паранитическому» типу, что выявляется при применении элементарных клинических приемов. Однако этот дефект не влияет заметно на ее поведение в повседневной жизни. В процессе беседы больная заметно астенизируется и среди высказываний вначале появляются отдельные бредовые утверждения, которые в дальнейшем становятся основным предметом беседы. Вначале заявляет, что К. «считает ее политической женой», «но особенно не пристает и работает не мешает». В дальнейшем развивает нелепый бред величия, сообщая, что она «великий писатель, член правительства», перечисляет фамилии «членов правительства Англии», с которыми совместно она «одета в панцирь», «одевает кожу», «делится кожей». В последующем речь принимает характер бессвязной:

«Проверить на Скороходовой 17 В. Д. Считает, что В. Д. умер, а В. Д. жив. Я ведь корой у них была. Вот снимают с человека рубашки и их рубят. Затем кожу превращают в людей. Но об этом не каждый человек может сделать... На него надо надевать сознание, надо с согласия личности. Вот я Н. К. вывожу и знаете какая галлюцинация получается — Н. Д. гуляет с собачкой по Вятке.

Я заклеена по спинке, а нельзя рассказывать. А нам писателям полагается одна кожурочка в день. И меня Н. С. — ты говорит уже член государства и нельзя выводить. Я говорит оттого на тебя иду кожей. Они говорят она набирает, а потом отдает. Кожурочка всё обтекает и начинает оформляться в глаза. Д. С. говорит я надеваю еще больше кожу...», и т. п.

При наличии совершенно, казалось бы, бессвязной речи больная сохраняет правильную ориентировку в окружающем. Будучи в лечебных мастерских, правильно сдает продукцию, выполняет необходимые инструкции. В быту также периодически астенизируется, тогда «разговаривает по телефону с послами», «принимает послов из Англии». При этом имеют место обманы узнавания, становится ажитированной, расторможенной, эйфоричной, грубо выступают расстройства памяти и интеллекта. Особенно отчетливо такие на глазах произошедшие изменения в состоянии больной удалось наблюдать при плановом посещении больной на дому (16/IX 1963 г.), когда выяснилось, что больная только что перенесла тяжелый грипп и лечилась у терапевта. В течение длительного времени больная вели совершенно правильную беседу и лишь на прямые вопросы, касающиеся ее бредовых переживаний, давала бессвязную речевую продукцию (наблюдение автора).

Неврологически: зрачки узкие, вялая зрачковая реакция на свет. Язык девириует вправо. Симптомы орального автоматизма. Коленные и ахилловы рефлексы слева выше, чем справа. В течение многих лет наблюдения грубая неврологическая симптоматика имела характер «мерцающей». RW крови при повторных исследованиях резко положительна. Цитохолевая также резко положительная (++++)

Спинно-мозговая жидкость: цитоз 10/3, белок 0,16%, спинно-мозговой жидкости — отрицательна, реакция Ланге 1 222 111 111.

Соматически: общий атеросклероз. Умеренно выраженные возрастные изменения со стороны внутренних органов.

Диагноз: сифилис мозга, синдром шизофазии.

Другие синдромологические группы, представленные в таблице, специальных пояснений не требуют.

Из данных табл. 4 яствует, что для «основой» («ядерной») группы шизофрении наиболее характерны синдромы, в целом отражающие общепринятое разделение этого заболевания по четырем формам: кататоническую и гебефреническую (оба эти синдрома составляют 23,5%), параноидную (16,9%), простую (апато-абулический синдром, 19,5%) и синдром интрапсихической атаксии (19,9%—39,4%). Графа «психопатическое поведение» включает в себя психопатоподобные формы (по Д. С. Озерецковскому), психопатоподобное начало заболевания и псевдопсихопатические типы ремиссии (по Г. В. Зеневичу), и по-видимому, поэтому количество больных с этим

синдромом в группе шизофрении относительно велико (11,6%).

Совершенно иная структура синдромологических характеристик имеет место во второй группе шизофрении. В этой группе прежде всего все психопатические синдромы представлены в большем разнообразии, более «равномерно», т. е. нет четкой синдромологической очерченности, как в первой, «ядерной» группе. Действительно, здесь более часты такие относительно редко наблюдаемые при шизофрении синдромы, как миниакальный (5,5%), общего расстройства сознания (2,7%) и даже синдромы, вообще не считающиеся характерными для шизофренического процесса — изменение личности и слабоумие «органического типа» (7,5—7,7%). Соответственно в меньшем объеме во второй группе шизофрении имеют место весьма характерные для этого заболевания синдромы — кататонический и гебефренический (4,9%), апато-абулический (6%). Наиболее часто встречающимися в этой группе шизофрении являются бредовый (25,5%) и астенический (12,5%) синдромы, т. е. синдромы вообще широко встречающиеся практически при всех формах психических заболеваний, в том числе и шизофрении. Таким образом, вторая группа шизофрении, т. е. группа, где возможны расхождения диагностических оценок при различных теоретических установках врачебных коллективов, в представленном материале характеризуется:

1. Большим разнообразием психопатологических синдромов, т. е. отсутствием признака «предпочтительности» определенных синдромов.

2. Наличием синдромологических групп, прямо не соответствующих «кругу» синдромов, которые считаются характерными для шизофрении (изменение личности, слабоумие «органического типа»).

3. Заметным большинством синдромов, не имеющих нозологической специфичности (бредовой, астенический), т. е. синдромов, которые в «чистом виде» не могут быть сами по себе основанием к установлению диагноза шизофрении. Последний признак, по-видимому, является наиболее существенным и определяющим основные расхождения в диагностике шизофрении.

Представляет интерес большое сходство структуры синдромологических характеристик больных второй группы шизофрении с этиологически сборной контрольной группой «других форм психических заболеваний», где также преобладает бредовой, астенический синдром и изменение личности органического типа (соответственно 15,4, 14,3 и 14,3%), это сопоставление еще более подчеркивает отличие первой, «основной» группы шизофрении от второй. Особое место занимает синдром шизофазии, который, как это ни кажется парадоксальным, оказывается представленным в большем объеме во второй (диагностически нечеткой) группе шизофрении и даже в значительном проценте в контрольной группе «других форм». Если заведомо «органические синдромы» (изменение личности, слабоумие), по-видимому, в большинстве случаев отражают объем ошибочной диагностики шизофрении, если большая частота неспецифичных нозологических синдромов (бредового и астенического) оправдана тем, что эти синдромы в равной мере широко встречаются при шизофрении и при других формах психических заболеваний, то распределение синдромов шизофазии, которые сами по себе нередко являются основанием для диагностики шизофрении и относятся в литературе чаще всего к «шизофреническим картинам», заслуживает особого внимания.

АТАКТИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ШИЗОФАЗИЯ В СТРУКТУРЕ ОТДЕЛЬНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

(в статике и динамике)

Сопоставление нозологических и синдромологических характеристик позволяет подойти к основной задаче исследования — выяснения как часто встречаются изучаемые формы расстройств мышления в рамках отдельных синдромологических форм и сопоставить их с другими формами расстройств мышления — речи.

Из табл. 6 видно, что наиболее значимыми в изученной группе больных являлись атактическое

Процессуальные расстройства мышления в структуре
(сводные)

Тип процессуальных (ассоциативных) расстройств мышления	Психопатическое поведение, в т. ч. истерические, психоластические проявления	Астенический, астено-ипохондрический, Невротические явления	Тревожный	Общие расстройства сознания	Маниакальный	Депрессивный	Паранойный (несистематизированный бред, галлюцинаторно-бредовой синдром)
Атактическое мышление (во всех вариантах и степенях выраженности)	12,8% (23 чел.)	2,7% (5)	—	—	0,5% (1)	0,5% (1)	18,3% (33)
Шизофазия (в различных степенях выраженности)	0,9% (1)	2,7% (3)	1,8% (2)	0,9% (1)	2,7% (3)	—	31,6% (35)
Маниакальный тип расстройств мышления в т. ч. апрозексия	—	8,3% (3)	—	—	11,1% (4)	—	—
—	—	3,4% (1)	—	—	—	—	—
Астеническое (инкогерентное в широком понимании, в т. ч. астеническая спутанность, аментивная спутанность)	5,4% (3)	18,2% (10)	3,6% (2)	9,1% (5)	12,8% (7)	3,6% (2)	20,2% (11)
Бредовая спутанность	1,7% (1)	17,3% (10)	6,8% (4)	—	1,7% (1)	—	31,2% (18)
«Органический тип», в т. ч. недифференцированные формы	8,3% (1)	8,3% (1)	—	—	—	—	—
Отсутствие расстройств мышления (процессуальных)	15,3% (8)	21,1% (11)	—	—	5,7% (3)	7,6% (4)	15,3% (8)
Итого	7,5% (37)	8,6% (43)	1,5% (8)	1,1% (6)	3,6% (19)	1,5% (7)	20,9% (105)

Таблица 6

ведущих психопатологических синдромов
данные)

Паранойальный (систематизированный) бред	Кататонический и гебефrenический	Интрапсихической атаксия	Шизофазии	Алкото-абутический, в т. ч. «затоно-апролекческий»	Изменения личности органического типа, в т. ч. эпилептические, травматические и др.	Слабоумие (органического типа), в т. ч. «глобальный» (эпфория, мориа, паралитический)	Отсутствие психических нарушений	Итого
0,5% (1)	25,9% (47)	22,1% (40)	—	15,6% (28)	1,7% (3)	—	1,1% (2)	1,1% (2)
0,9% (1)	4,5% (5)	0,9% (1)	38,7% (43)	1,8% (2)	—	7,2% (8)	5,4% (6)	2,7% (3)
—	5,5% (2)	—	—	66,8% (24)	—	—	8,3% (3)	—
—	6,6% (2)	—	—	80% (24)	70% (21)	—	10% (3)	10% (3)
—	9,1% (5)	1,8% (1)	—	7,2% (4)	—	7,2% (4)	1,8% (1)	—
13,8% (8)	—	1,7% (1)	1,7% (1)	1,7% (1)	—	13,8% (8)	8,6% (5)	8,6% (5)
—	—	—	—	8,3% (1)	—	33,4% (4)	41,7% (5)	—
9,8% (5)	—	—	—	—	—	9,8% (5)	3,8% (2)	1,9% (1)
2,9% (15)	11,7% (59)	8,6% (43)	8,8% (44)	11,8% (60)	4,9% (25)	5,8% (29)	4,6% (24)	2,7% (14)
							1,1% (6)	100% (505)

мышление (181 чел.), шизофазия (111), бредовая и галлюцинаторная спутанность (58), астеническая спутанность (55) и отсутствие каких-либо процессуальных (ассоциативных) расстройств мышления (52). Остальные формы представлены незначительным числом наблюдений.

Бредовая спутанность (и ее элементы) и астеническое мышление (в разных степенях), как и отсутствие каких-либо расстройств (процессуальных) мышления, чаще всего имеют место в рамках бредового (соответственно 31,2, 20,2 и 15,3%), астенического синдромов (соответственно 17,3, 18,2 и 21,1%). Далее, менее часто бредовая спутанность имеет место при паранояльном синдроме, изменениях личности органического типа и «лобном» синдроме (соответственно 13,8, 13,8 и 8,6%), астеническое мышление — при маниакальном синдроме, изменениях личности органического типа и апапо-абулическом синдроме (соответственно 12,8, 7,2 и 7,2%), отсутствие расстройств мышления — при психопатическом поведении, паранояльном синдроме и изменениях личности органического типа (соответственно 15,3, 9,8 и 9,8%).

Атактическое мышление наиболее часто встречается в структуре кататонического, гебефренического синдромов (29,5%), синдроме интрапсихической атаксии (22%), бредом (18,2%) и апапо-абулическом (15,6%). При других синдромах, кроме астенического, эта форма расстройств мышления фактически не наблюдается. Таким образом, атактическое мышление имеет место в структуре синдромов, которые наиболее характерны для «основной» группы шизофрении. Эти данные подтверждают представления о том, что атактическое мышление весьма характерно (практически патогномично) для шизофрении.

Шизофазия, как форма речевых расстройств, по приведенным материалам имеет несравненно более широкое представительство в рамках различных синдромов и наиболее часто обнаруживается, помимо синдромов шизофазии (38,7%), в структуре бредового синдрома (31,6%) и в несколько меньшей степени — при изменениях личности органического типа (7,2%).

Как видно из таблицы, шизофазия как форма речевых расстройств в рамках определенных синдромов встречается примерно с той же частотой, что и бредовая и астеническая спутанность.

Сопоставление данных о распространенности атактического мышления и шизофазии как форм речевых расстройств, позволяет предположить, что шизофазия, как и бредовая спутанность, в большей степени — общее патологическое явление, не обнаруживающее той специфичности, которая обычно связывается с понятием «шизофренических» расстройств мышления и которая, по приведенным материалам, отличает атактическое мышление.

В связи с этим казалось целесообразным проследить наиболее часто встречающуюся динамику синдромов у больных указанными формами мыслительных расстройств.

Однако, прежде чем перейти к поэтапному сопоставлению психопатологических синдромов с обеими формами расстройств мышления, представлялось необходимым на материале изученных больных получить хотя бы предварительные и ориентировочные статистические данные о частоте наблюдавшихся при шизофрении и «шизоформных состояниях» синдромов и их динамике. Такие данные с одной стороны, нужны для того, чтобы с большей точностью оценить диагностическую значимость и специфичность отдельных синдромов, а с другой стороны, более глубоко отдифференцировать отдельные психопатологические явления.

Клинико-статистическое исследование было осуществлено на материале 200 больных, из которых 100 больных шизофренией (основная — «ядерная» группа) и 100 больных с клинически сходными («шизоформными») состояниями (Б. В. Иовлев, Ф. И. Случевский, 1968).

Последовательность синдромов, наблюдавшаяся у каждого больного, заносилась в карточку в закодированной форме. Кодом являлись номера синдромов.

Например: после перечня основных данных о больном отвечалась динамика синдромов 6—15—9—13, что следует расшифровать следующим образом: астенический синдром (6) трансформировался в

депрессивный (15), который в свою очередь перешел в галлюцинаторно-бредовой (9). Заболевание заканчивается слабоумием (13).

В настоящей работе приводится анализ лишь трех этапов заболевания: начала заболевания, «острого» периода заболевания, более длительно стабилизированного состояния.

Безусловно, целесообразно было бы выделить синдромы «исхода» заболевания. Однако среди изученных больных было достаточно большое число в относительно «острых» и «подострых» состояниях, катамнеза которых на момент обработки настоящего материала не имелось.

Был проведен анализ полученных данных о частоте отдельных синдромов на каждом из рассматриваемых этапов заболевания при шизофрении и шизофреноподобных состояниях.

Для определения достоверности различий частот были использованы методы математической статистики, а именно преобразование Фишера. За статистически достоверное принималось различие с вероятностью ошибки меньше 5% ($P < 0,05$). В табл. 7 и 8 приведены данные лишь о тех синдромах, для которых выявлено статистически достоверное различие частот.

Из таблиц яствует, что на всех рассматриваемых этапах заболевания при шизофрении статистически достоверно чаще по сравнению с «шизофреноподобными» состояниями преобладают синдромы: кататический, интрапсихической атаксии, психического автоматизма, что в целом соответствует данным литературы и повседневной клинической практике. В приведенном материале навязчивые явления и психопатическое поведение (статистически достоверно преобладающие при шизофрении) оказываются в группе синдромов, наиболее длительное время наблюдающихся у больных. Эти данные подтверждают работу Д. С. Озерецковского (1963) о так называемых «медленно текущих» формах шизофрении, где психопатическое поведение или невротические явления за много лет могут предшествовать развитию «продуктивной» симптоматики, явлениям «развернутого» психоза.

Таблица 7

Частота проявления синдромов (в %), наблюдавшихся на основных этапах течения болезни при шизофрении (А) и «шизофреноидных» состояниях (Б)

Синдром ¹	Этап					
	начала заболевания		наибольшей остроты процесса		наибольшей длительности	
	А	Б	А	Б	А	Б
Психопатическое поведение	50	10	—	—	2	0
Интрародническая атаксия	5	0	5	0	26	0
Кататонический	—	—	28	2	32	6
Психические автоматизмы	—	—	—	—	4	0
Навязчивости	—	—	—	—	2	0
Расстройства сознания (аменция и др.)	—	—	0	12	0	2
Умственное недоразвитие (олигофрения разных степеней)	0	9	—	—	—	—
Алкоголизм и др. интоксикации	0	6	—	—	—	—
Судорожный	0	5	0	4	—	—
Изменения личности «органического типа»	0	4	—	—	0	10
Двигательного возбуждения («расторможенность»)	—	—	0	4	—	—
Маниакальный	—	—	0	4	—	—
Депрессивный	—	—	0	2	—	—
Астенический и астено-ипохондрический	—	—	—	—	2	17
Паралитический («лобный»)	—	—	—	—	0	4
Слабоумие (глобарное)	—	—	—	—	0	2

¹ В таблицу включены лишь те синдромы, перепад частот встречаемости которых статистически достоверен.

Таблица 8

**Синдромологические характеристики (частота проявления)
основных выделенных этапов заболевания (I, II, III)
при шизофрении и «шизоформных состояниях»
(сравнение внутри каждой клинической формы)**

Шизофрения. Синдром	Перепад частот в % по перио- дам болезни			«Шизоформные со- стояния». Синдром	Перепад частот в % по перио- дам болезни		
	I	II	III		I	II	III
1. Психопати- ческое поведе- ние	50	0	2	1. Психопати- ческое поведение	10	0	2
2. Астени- ческий	10	2	2	2. Умственное недоразвитие (олигофрения раз- ных степеней) . . .	9	0	1
3. Депрес- сивный	3	0	0				
4. Замедлен- ный (неравно- мерный) темп психического развития (но не олигофре- ния)	3	0	0				
1. Параноид- ный	12	25	10	1. Психического автоматизма . . .	0	5	0
2. Психичес- кого автомати- за	1	12	4	2. Двигательное возбуждение («расторможен- ность»)	0	4	0
3. Тревоги	2	12	0				
4. Галлюци- наторно-бредо- вой	1	6	1				
1. Интрапси- хическая атак- сия	5	5	20	1. Анато-абу- лический	0	0	4
2. Анато- абулический . . .	1	0	11	2. Слабоумие (глобарное)	0	0	2
				3. Ипохондри- ческий	0	0	2

Если шизофрения в приведенном материале характеризуется вышеперечисленными синдромами, совпадающими с «предпочтительным» для нее «кругом синдромов», то в группе «шизоформных состояний» обращает на себя внимание несравненно более широкий диапазон наблюдаемых синдромов, близкий к «наибольшему полиморфизму.., свойственному органическим психозам» (А. В. Снежневский, 1960). Действительно, группа «шизоформных состояний» характеризуется статистически достоверным преобладанием (по сравнению с шизофренией) таких синдромов, как аментивный, судорожный, лобный, изменения личности органического типа, слабоумие. Следует отметить, что при этих же синдромах, по данным литературы, часто имеет место ошибочная диагностика (П. Ф. Малкин, 1964).

Эти синдромы вместе с тем сочетаются с астеническим, маниакальным, депрессивным состояниями. Достаточно четко выявляется частота аментивных состояний на всех выделенных этапах болезни, преобладание на начальных этапах болезни явлений умственной отсталости и алкоголизации, а как наиболее стойких состояний — грубоорганических синдромов (слабоумие, изменения личности органического типа).

Не выявлено статистически достоверного преобладания таких значимых в психиатрической практике синдромов, как галлюципаторно-бредовой, бредовой (параноидный), тревожный, несмотря на то, что в изучаемом материале они были представлены относительно большим числом наблюдений как в группе шизофрений, так и шизофреноподобных состояний. Эти синдромы, по-видимому, не имеют большой диагностической ценности и нозологической специфичности, т. е. могут встречаться в рамках большого числа нозологических групп, что в целом соответствует представлениям большинства клиницистов-психиатров.

Обращает на себя внимание многообразие синдромов, отличающих «шизоформные состояния» от шизофрении (см. табл. 7), что отражает «полиморфизм синдромов» этой группы. Одновременно имеет место бедность внутренней синдромологической структуры

«шизоформных состояний», преобладание весьма общих, неспецифических синдромологических групп.

Приведенные данные о распределении синдромов по трем выделенным этапам течения болезни при шизофрении несравненно богаче, и в целом совпадают с синдромологическими характеристиками этапов процесса при «непрерывно поступательном» ее течении от «латентных, вяло текущих» до «завершенных» форм шизофренического процесса (А. В. Снежневский).

Указанное лишь подчеркивает, что если в рамках шизофрении речь идет о нозологической группе с определенным кругом «предпочтительных» синдромов и закономерностями течения болезненного процесса (смена синдромов), то в группе шизофреноподобных состояний как группе нозологически сборной таких закономерностей установить не представляется возможным.

Сопоставление материалов табл. 7 и 8 позволяет произвести сравнительную оценку синдромов относительно специфичных то для одной, то для другой из сравниваемых групп психотических состояний с синдромологической характеристикой трех выделенных этапов течения внутри каждой из сопоставляемых болезненных форм.

Это сопоставление позволяет выявить синдромы, которые имеют диагностическую ценность вне зависимости от того, на каком из трех выделенных этапов эти состояния наблюдаются (синдромы интрапсихической атаксии, кататонический и др.— для шизофрении, аментивный, судорожный и др.— для шизоформных состояний). В то же время некоторые синдромы, встречаясь в целом достаточно широко в рамках обеих групп психических расстройств, приобретают известную диагностическую значимость лишь в рамках определенного этапа заболевания (расстройства настроения, тревога и др. при шизофрении; умственная отсталость, «расторможенность», ипохондрический синдром и др.— для шизоформных состояний).

Если выделение нозологически специфических синдромов имеет существенное значение для проблем практической диагностики тех или иных форм психи-

Синдромологические характеристики основных этапов течения психоза у больных с явлениями атактического мышления и шизофренической аффектации

Этапы болезни	Атактическое мышление																		
	Психосоматическое мышление	Нарушение в функционировании	Атактическое мышление-инициаторное	Атактическое мышление-реагирующее	Логопедия	Логоподобие	Логотипия	Логоподобная	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	Логоподобный	
Начало заболевания	Атактическое мышление																		
Начало заболевания	35,2% (61)	7,2% (9)	10,4% (18)	1,7% (3)	1,2% (2)	0,6% (1)	0,6% (1)	4,6% (8)	1,7% (3)	2,9% (5)	—	16,2% (28)	5,2% (9)	0,6% (1)	4,6% (8)	5,8% (10)	0,6% (1)	2,3% (4)	—
Наибольшей остроты	1,7% (3)	—	1,9% (2)	—	0,6% (18)	1,2% (2)	—	1,2% (2)	—	7,1% (13)	1,2% (2)	27,4% (48)	10,9% (19)	0,6% (1)	29,1% (50)	5,2% (9)	—	2,3% (4)	—
Наибольшей длительности	8,7% (15)	1,7% (3)	1,7% (3)	—	—	—	0,6% (1)	—	—	0,6% (1)	—	17,4% (30)	2,3% (4)	0,3% (1)	31,8% (55)	18,4% (32)	—	10,9% (19)	0,6% (1)
Компенсацию дефекта, исхода болезни	13,2% (23)	1,7% (3)	9,4% (14)	0,6% (1)	—	—	—	—	—	—	6,9% (12)	1,7% (3)	1,2% (2)	10,8% (29)	20,9% (36)	—	14,4% (25)	1,2% (2)	
Итого	14,8% (102)	3,1% (15)	3,9% (27)	0,6% (4)	0,6% (29)	0,4% (3)	0,3% (2)	1,4% (19)	0,4% (3)	0,4% (19)	0,4% (2)	17,2% (118)	5% (35)	0,7% (5)	20,7% (142)	12,7% (87)	0,1% (1)	7,6% (52)	0,4% (3)
Шизофазия	Шизофазия																		
Начало заболевания	7,1% (8)	—	18,5% (21)	11,5% (13)	9,7% (11)	7,8% (9)	—	2,6% (3)	0,8% (1)	4,3% (5)	1,7% (2)	22,2% (25)	3,5% (4)	—	0,8% (1)	—	0,8% (1)	—	
Наибольшей остроты	—	—	9,8% (11)	—	16,7% (19)	22,2% (25)	0,8% (1)	0,8% (1)	—	11,5% (13)	1,7% (2)	26,5% (30)	8,8% (10)	1,7% (2)	—	—	2,6% (3)	—	0,8% (1)
Наибольшей длительности	0,8% (1)	—	4,3% (5)	—	0,8% (1)	0,8% (1)	1,7% (2)	—	5,4% (6)	1,5% (4)	0,8% (11)	37,9% (43)	2,6% (3)	1,7% (2)	6,4% (7)	1,7% (2)	22,2% (25)	0,8% (1)	—
Компенсацию дефекта, исхода болезни	—	—	4,3% (5)	5,0% (1)	—	—	—	—	0,8% (1)	—	—	9,7% (11)	0,8% (11)	1,7% (2)	2,6% (3)	—	28,2% (32)	3,5% (4)	1,7% (1)
Итого	1,9% (9)	<b">—</b">	7,1% (32)	5,1% (19)	0,8% (31)	7,7% (35)	0,6% (3)	0,8% (4)	1,7% (3)	4,8% (22)	1,1% (5)	24,2% (109)	3,9% (18)	1,3% (6)	2,4% (11)	0,4% (2)	13,5% (61)	1,1% (5)	0,1% (1)

К стр. 131.

T A E U T I I A N

THE JOURNAL OF CLIMATE VOL. 17, NO. 10, OCTOBER 2004

ческих заболеваний, то анализ синдромов, специфичных для отдельных этапов течения болезни, позволяет коснуться весьма актуального вопроса специфичности динамики отдельных форм психических заболеваний.

Интересно отметить, что синдром шизофазии, в структуре которого наиболее часто наблюдается феномен шизофазии как формы речевых расстройств, скорее примыкает к «неспецифическим» синдромам и даже с большей частотой наблюдается в группе шизофреноидных состояний.

В табл. 9 (см. вклейку) представлены цифровые характеристики больных, обнаруживающих или обнаруживавших когда-либо расстройства мышления в форме атактического мышления или шизофазии. Если в табл. 6 был дан клинический анализ состояния больных в «поперечнике» на каком-то относительно коротком промежутке времени (период обследования больного автором), то в табл. 9 представлены материалы с клинической характеристикой «длинника» заболевания по основным его этапам. При этом возникла необходимость ввести ряд дополнительных синдромологических групп и характеристик состояния, не представленных в вышеприводимых таблицах. Например, возникла необходимость ввести галлюцинаторный синдром, так как в этом материале удельный вес «чистых» галлюцинозов отчетливо увеличился, что заметно отразилось бы на показателях группы бредового синдрома, куда были отнесены единичные больные при составлении вышеприводимых таблиц. Возникла необходимость выделения синдромов навязчивых явлений из группы «психопатического поведения» и синдрома психического автоматизма из группы бредовых состояний. Выделилась группа ремиссий — социальных компенсаций при сохранности некоторых психопатологических явлений.

Сопоставление итоговых данных в обеих группах расстройств мышления по синдромам (итоги по вертикали) с материалами табл. 6¹ показывает в целом

¹ Расхождения в количестве больных с обеими формами расстройств мышления по данным табл. 6 и табл. 9 определяются тем, что: 1) о ряде больных, включенных в табл. 6, не имелись достаточно полные данные начала, течения или катамнеза бо-

однородность полученных итогов. Как в материалах табл. 6, так и табл. 9 атактическое мышление наиболее часто наблюдается при кататоническом и гебефреническом синдромах (20,5%), бредовом и апатоабулическом синдромах (22 и 7,5%), при синдроме интрапсихической атаксии (12,5%). Другие синдромы представлены незначительными цифрами, в основном в десятых долях процента. Несколько уменьшается процент больных основными психопатологическими синдромами. Увеличивается группа «психопатического поведения», из которого обособливаются «навязчивые состояния и дисморфофобии» и группа «астенические состояния» (3,9%).

Шизофазия как расстройство мышления (по данным табл. 9; ср. табл. 6) наиболее часто наблюдается при бредовом синдроме (23,9%) и синдроме шизофазии (13,3%). Однако цифровые взаимоотношения несколько меняются. В меньшем объеме представлены астенические состояния (7%), изменения личности «органического типа» (5%). Заметно увеличивается число больных в группах «острое расстройство сознания» (7,6%), «тревожные состояния» (6,7%). В рамках остальных синдромологических групп имеет место более или менее ровное повышение величин процентов (в среднем, от 0,8 до 4%).

Таким образом, в целом структура соотношений основных психопатологических синдромов, при которых имеют место сопоставляемые формы расстройств мышления, в обеих группах не меняется. Указанные отличия данных табл. 9 от табл. 6 находят свое объяснение в том, что в табл. 6 (как и в табл. 4) анализировался материал в «поперечнике» больных стационара и активно наблюдавшихся диспансером, т. е. больных, находящихся в состояниях остром, подостром или обострения, а табл. 9 дает более широко синдромологические группы с учетом «длинника» болезни.

При поэтапном сопоставлении цифровых показателей представленных синдромов обеих анализируемых, и поэтому они не были включены в табл. 9; 2) ряд больных при первичном обследовании не обнаруживали расстройств мышления, однако по материалам медицинской документации выяснилось, что они либо в прошлом, либо в дальнейшем их обнаружили и эти больные не были включены в соответствующие графы табл. 6, но вошли в материалы табл. 9,

мых форм расстройств мышления, также выявляются известные различия. Так, появлению атактического мышления в подавляющем большинстве случаев предшествует психопатическое поведение (35,2%), затем бредовые состояния (16,2%), и наконец, астенические явления (10,4%). На том же этапе у больных с явлениями шизофазии в большинстве случаев заболевание начинается бредовым состоянием (21,9%), астеническими явлениями (18,4%), интоксикационным состоянием, чаще всего алкогольного характера (11,4%). У больных с атактическим мышлением синдромами наибольшей остроты психопатологических явлений были: кататонический и гебефренический (28,8%), бредовой (27,2%), тревоги (10,4%), галлюцинаторный (7,5%); у больных с шизофазией — бредовой (26,3%), расстройства сознания (21,9%), тревоги (16,6%), галлюцинаторный (11,4%). По продолжительности синдромы у больных с атактическим мышлением располагаются следующим образом: кататонический и гебефренический (31,7%), интра-психической атаксии (18,4%), бредовой (17,3%), апато-абулический 10,9%); у больных с шизофазией соответственно — бредовой (37,7%), шизофазии (21,9%), кататонический и гебефренический (6,1%), изменений личности «органического типа» и расстройств аффективности (соответственно по 5,2%).

Форма компенсации, или окончательного исхода заболевания — у больных с атактическим мышлением: синдром интрапсихической атаксии (20,8%), кататонический и гебефренический (16,7%), апато-абулический (14,4%, психопатизация и социальная компенсация различных степеней (соответственно 13,2% и 12,7%); у больных с шизофазией: синдром шизофазии (28%), социальной компенсации различных степеней (22,8%), изменения личности «органического типа» (10,5%), бредовых состояний (9,6%).

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О СТРУКТУРЕ ИЗУЧАВШИХСЯ СИНДРОМОВ

Приводимые выше материалы, используемые в целях решения основной задачи данного исследования — дифференциации двух психопатологических

феноменов, строятся на сопоставлении двух клинико-нозологических групп, где эти симптомы представлены с наибольшей полнотой, — шизофрении и сходных с этим заболеванием феноменологически психотических состояний иной природы. Конечной целью исследования является установление сравнительной диагностической значимости изучавшихся признаков (симптомов), что могло бы быть полезным в повседневной клинической практике.

В этой связи представляется целесообразным привести некоторые данные, которые могли бы способствовать пониманию структуры клинической картины изучавшихся групп больных.

Решению такой задачи наиболее адекватно применение методов математической статистики, правильнее — вычислительной диагностики, как методов, «усредняющих» используемые в психиатрической практике данные, т. е. максимально сглаживающие фактор субъективной оценки.

Вычислительная диагностика занимает все более и более прочное место в различных разделах медицинской науки. Подводятся первые итоги в применении приемов «вычислительной диагностики» в невропатологии и психиатрии, иллюстрирующие достаточную эффективность такого рода научных исследований¹.

В качестве метода в данной работе был использован последовательный статистический анализ².

Этот метод, помимо технической простоты, имеет те преимущества, что по своей сути близок к процессу, который осуществляет врач при оценке значимости («удельного веса») отдельных симптомов (И. М. Тонконогий, 1973). Но, в отличие от субъективной оценки «удельного веса» симптома врачом

¹ См.: «Математические методы в психиатрии и неврологии», Материалы симпозиумов 12—15/XI 1968 г. и 21—22/XI 1972 г.; «Математические методы в психиатрической клинике». Материалы конференции. Л., 21—22/XI 1970 г.

² Описание метода дано в статье О. А. Балунова, Б. В. Ивлева, Г. З. Левина, И. М. Тонконогого «О решении задач дифференциальной диагностики размягчений и кровоизлияний с помощью последовательного статистического анализа». Ж. невр. и псих. им. С. С. Корсакова, № 3, 1963.

здесь эти значения приобретают цифровые выражения (диагностические коэффициенты), а итог подсчета позволяет выразить в сравнимых между собой цифровых характеристиках значимость тех или иных признаков. При этом имеют значение как «положительные», так и «отрицательные» симптомы. Метод «малочувствителен» к пропуску отдельных невыявленных или неуточненных признаков, что выгодно отличает его от других¹.

На первом этапе было изучено 200 больных из общего числа обследованных.

Из общего числа обследованных больных было изучено 100 больных шизофренией и 100 больных с другими формами психических заболеваний (сифилис мозга, прогрессивный паралич, травматические, энцефалитические и др., в основном «органические» психозы), клиническая характеристика которых могла бы быть обозначена как «шизофрениоподобная». В группу шизофрении вошли больные с различными клиническими формами, но с безусловной достоверностью диагноза, который не мог бы оспариваться в зависимости от «школы» или различных клинических установок. В группу больных с «шизофрениоподобными» состояниями также вошли больные с достаточно убедительной диагностикой, подтвержденной соответствующими соматическими, неврологическими и другими данными, позволяющими установить принадлежность заболеваний к той или иной этиологической (нозологической) группе.

Для характеристики психического состояния каждого больного заносились на карточку данные о 42 симптомах, степень выраженности которых оценивалась по следующей системе: 0 — отсутствие расстройств, 1 — признак слабо выражен (сомнителен), 2 — признак достаточно четко выражен, 3 — резко выражен психопатологический симптом. Специально отмечались также случаи, при которых установить наличие или отсутствие симптома не представляется возможным (—).

¹ См. более подробно дисс. Б. В. Иовлева «Применение последовательного статистического анализа для дифференциальной диагностики психоневрологических заболеваний». Л., 1969 г.

Не касаясь ряда формальных моментов исполнения работы, в том числе перечня используемых признаков, что изложено в соответствующих публикациях¹, позволим себе остановиться лишь на основных ее положениях.

Определялась частота каждого из симптомов раздельно по всем четырем степеням выраженности для каждой из двух групп больных, вычислялось отношение правдоподобия и диагностические коэффициенты. Так, например, для симптома № 16 (несистематизированный бред) были получены следующие результаты (табл. 10).

Таблица 10

Этапы вычисления диагностического коэффициента симптома № 16 (несистематизированный бред) при шизофрении (А) и клинически сходных состояниях (В)

Показатели	Общее число наблюдений	Степень выраженности			
		0	1	2	3
Число больных:					
А	50	14	19	12	5
В	50	14	13	13	10
Частота в группах:					
А	—	0,28	0,38	0,24	0,10
В	—	0,28	0,26	0,26	0,20
Отношение правдоподобия	—	1	1,46	0,92	0,5
Диагностический коэффициент	—	0	+16	-3	-30

¹ См. более подробно Б. В. Иовлев, Ф. И. Случевский, И. М. Тонконогий «Об использовании последовательного статистического анализа для разработки вопросов диагностики шизофрении и сходных клинических состояний при других формах психических заболеваний» в кн.: «Проблемы психиатрии», в. 2. Л., 1967.

Таким же путем были рассчитаны диагностические коэффициенты для 42 симптомов. Следует отметить, что в тех случаях, когда в одной из групп больных наблюдалась одна градация выраженности какого-либо симптома, то общая частота всех остальных градаций оценивалась как равная 0,06 и это значение использовалось при вычислении отношения правдоподобия и диагностических коэффициентов. После вычисления симптомы были расположены в порядке убывающей информативности, которая определялась как среднее взвешенное абсолютных величин диагностических коэффициентов всех градаций данного симптома.

В качестве допустимых вероятностей диагностических ошибок было принято значение равное 0,1. Пороги принятия решения были равны для диагноза шизофрении +95, для диагноза клинически сходных состояний —95. С помощью диагностических коэффициентов, полученных на выборке в 50 больных шизофренией и 50 больных с клинически сходными состояниями (группа обучения) была проведена диагностика во всех 200 случаях — 100 случаев «группы обучения» и 100 случаев контрольной группы. Результаты дифференциальной диагностики методом последовательного статистического анализа представлены в табл. 11.

Как видно из таблицы, при использовании последовательного статистического анализа удалось получить довольно высокую точность дифференциального диагноза — всего 6 ошибок на 200 случаев (2 ошибки в диагностике шизофрении и 4 ошибки в диагностике «шизофреноидных психозов»).

Представляется очень интересным тот факт, что уже на 4-м шаге, т. е. при использовании лишь симптомов, находящихся по значимости на первых четырех местах, процедура была закончена в 192 случаях из 200. Показательно также, что указанные 4 симптома включают: расстройства эмоциональности (амбивалентность и эмоциональная тупость), расстройство волевых процессов (парабулии), нарушения мышления (атактическое мышление) и отражают представления ряда авторов, начиная с Крепелина, о решающем значении данных симптомов при распознавании

Таблица 11

Результаты дифференциальной диагностики
при использовании всех симптомов

	Все случаи			Группа обучения			Группа контроля		
	прав.	непр.	ошиб.	прав.	непр.	ошиб.	прав.	непр.	ошиб.
Шизофрения . . .	93	—	2	49	—	1	49	—	1
«Шизофреноподобные состояния» . . .	96	—	4	49	—	1	47	—	3
Всего . . .	194	—	6	98	—	2	96	—	4

При исключении симптомов (амбивалентность, эмоциональная тупость, парабулии, атактическое мышление)

Шизофрения . . .	100	—	—	50	—	—	50	—	—
«Шизофреноподобные состояния» . . .	75	6	19	43	—	7	32	6	12
Всего . . .	175	6	19	93	—	7	82	6	12

При исключении девяти из 42 симптомов (симптомы, определяемые в значительной степени субъективно)

Шизофрения . . .	92	5	3	45	4	1	47	1	2
«Шизофреноподобные состояния» . . .	64	26	10	34	14	2	30	12	8
Всего . . .	156	31	13	79	18	3	77	13	10

шизофрении («триада шизофрении» по П. А. Остапкову, 1924). Естественно возникает вопрос, не являются ли полученные данные свидетельством того, что учет остальных 38 симптомов является излишним, ненужным для решения вопросов дифференциальной диагностики и лишь запутывает картину. Для ответа на поставленный вопрос была проведена с помощью последовательной статистической процедуры дифференциальная диагностика тех же 200 случаев, но без учета сведений по первым четырем симптомам, т. е.

Таблица 12

Результаты дифференциальной диагностики шизофрении и группы органических психозов уточненной этиологии

Диагноз	Группы обучения			Контрольные группы		
	шизофрения	«органика»	всего	шизофрения	«органика»	всего
(Для порогов ± 10)						
Правильный	50 100%	50 100%	100 100%	50 100%	42 84%	92 92%
Неопределенный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2%	1 1%
Ошибочный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	7 14%	7 7%
Всего . . .	50	50	100	50	50	100
(Для порогов ± 15)						
Правильный	50 100%	49 98%	99 99%	50 100%	41 82%	91 91%
Неопределенный	0 0%	1 2%	1 1%	0 0%	4 8%	4 4%
Ошибочный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	5 10%	5 5%
Всего . . .	50	50	100	50	50	100
(Для порогов ± 20)						
Правильный	50 100%	47 94%	97 97%	50 100%	40 80%	90 90%
Неопределенный	0 0%	3 6%	3 3%	0 0%	8 16%	8 8%
Ошибочный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 4%	2 2%
Всего . . .	50	50	100	50	50	100

«основные симптомы» были полностью исключены (табл. 12).

Несмотря на исключение четырех столь важных симптомов, практически достаточных для правильной постановки дифференциального диагноза, с помощью оставшихся симптомов удалось получить (на этот раз на «шестом шаге») 100% правильных диагнозов при диагностике шизофрении. Отмечается только заметное нарастание ошибок ($0,001$) и появление неопределенных диагнозов ($p > 0,001$) в диагностике «шизофреноидных психозов». Полученные данные, по-видимому, указывают способ, с помощью которого психиатр может повысить точность диагностики, что в психиатрии имеет особую важность, учитывая отсутствие патологоанатомической верификации: хотя «триада основных симптомов», казалось бы, позволяет поставить правильный диагноз, однако для повышения достоверности диагностики используется ряд других симптомов. В понятиях теории информации это означает, что избыточность используется для повышения надежности.

Целесообразность такого подхода к вопросам дифференциальной диагностики шизофрении и клинически сходных состояний вытекает также из трудностей оценки отдельных симптомов, наблюдающихся у психически больных. Для учета влияния подобных симптомов на точность диагностики были исключены при осуществлении последовательной статистической процедуры не только первые четыре симптома, но и ряд других симптомов, вызывающих значительные расхождения при их оценке психиатрами.

В числе этих симптомов был включен ряд симптомов, характеризующих особенности эмоциональной сферы больных, некоторые виды «формальных» расстройств мышления, как симптомы, при оценке которых врачом выносится много субъективного. Полученные результаты представлены в табл. 11 (часть третья).

Точность диагностики шизофрении хотя и уменьшилась по сравнению с диагностикой при исключении четырех симптомов ($p < 0,05$), однако продолжает оставаться на достаточно высоком уровне. Вместе с тем, отмечается дальнейшее снижение точности

диагностики «шизофрениоподобных психозов» (только 64 правильных ответа на 100 случаев), прежде всего за счет увеличения неопределенных диагнозов ($p > 0,05$) при некотором сокращении числа ошибок ($p < 0,05$).

Вторым «верифицирующим» этапом исследования являлось упоминавшееся выше (стр. 106) коллективное массовое обследование всех больных, находящихся на стационарном лечении в крупном межрайонном стационаре (З-я Ленинградская психиатрическая больница).

Вышеизложенные сопоставления были методически повторены принципиально в том же аспекте, как это выполнялось при исследованиях «1-го этапа». В этом материале тем же методом последовательной статистической процедуры, но уже с учетом объема материала (2176 больных и 174 признака), использованием специальной вычислительной техники (специальные программы на ЭВМ БСМ-4) сопоставлялись: группа больных шизофренией (743) с группой больных психотическими состояниями, где степень «шизоформности» наиболее велика — 286 больных «экзогенно-органическими психозами». По степени точности диагностики (этнологической однозначности) больные были подразделены на две подгруппы¹. Данные соответствующих итогов применения вычислительной диагностики приводятся в табл. 12 и 13. Три варианта таблиц отражают степень точности дифференциаций (различные «пороги» ± 10 , ± 15 и ± 20).

Приведенные материалы исследования («верифицирующего») в значительной мере повторяют данные «первичного» исследования. Действительно, степень совпадающей диагностики достаточно велика по обеим группам «органических» психозов и сравнении с шизофренией: правильных оценок 84—90%, неопределенных 8—12%, ошибочных 2—3%.

При исключении диагностически значимых, но «субъективно тестируемых» признаков (эмоциональная тупость, амбивалентность, атактическое мышле-

¹ Кулников Ю. Д. «Применение информационно-статистических методов для решения задач диагностики психических заболеваний», Дисс. Л., 1973.

Таблица 13

**Результаты дифференциальной диагностики шизофрении
и группы органических психозов, неуточненной
и смешанной этиологии**

Диагноз	Группы обучения			Контрольные группы		
	шизофрения	«органика»	всего	шизофрения	«органика»	всего
(Для порогов ± 10)						
Правильный	49 98%	46 92%	95 95%	48 96%	40 80%	88 88%
Неопределенный	1 2%	4 8%	5 5%	2 4%	1 2%	3 3%
Ошибочный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	9 18%	9 9%
Всего . . .	50	50	100	50	50	100
(Для порогов ± 15)						
Правильный	48 96%	46 92%	94 94%	47 94%	40 80%	87 87%
Неопределенный	2 4%	4 8%	6 6%	3 6%	4 8%	7 7%
Ошибочный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	6 12%	6 6%
Всего . . .	50	50	100	50	50	100
(Для порогов ± 20)						
Правильный	48 96%	43 86%	91 91%	47 94%	38 76%	85 85%
Неопределенный	2 4%	7 14%	9 9%	3 6%	9 18%	12 12%
Ошибочный	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 6%	3 3%
Всего . . .	50	50	100	50	50	100

ние, «органическое» мышление) по аналогии с «первичным» исследованием: по шизофрении точность диагностики упала (ошибочные решения) с 3 до 5%. В сопоставляемой группе «органических» психозов: неопределенных диагнозов от 9 до 18%, ошибочных — от 3 до 6%.

Следует подчеркнуть, что результаты настоящей работы позволяют предложить для повышения надежности диагностики с помощью последовательного статистического анализа (в особенности в психиатрической клинике) использовать следующую процедуру: если процесс постановки диагноза заканчивается после небольшого числа «шагов» (например, после четырех «шагов»), то процедура может быть возобновлена теперь уже начиная с пятого по порядку информативности симптома. Если диагноз при этом подтверждается, то его можно считать установленным с очень высокой степенью надежности.

Изложенные материалы имели цель показать степень единства структурности клинической картины шизофрении при сопоставлении с заведомо сборной и нечеткой группой «шизофреноподобных» состояний.

Приведенные материалы показывают, что шизофрения отличается от сопоставляемой группы с высокой степенью статистической достоверности. При повторном исключении большого числа симптомов на обоих этапах исследования, диагностическая значимость многих из которых достаточно велика (см. табл. 12 и 13), практически не меняется точность «диагностики» шизофрении, в то время как группа «шизофреноподобных» состояний с каждым исключением становится все более и более неопределенной.

Таким образом, выявляется внутренняя связь («внутренняя логика синдрома» по А. Р. Лурье), объективно выражившаяся в цифровых взаимоотношениях диагностических коэффициентов и частоты отдельных симптомов. Она наглядно себя обнаруживает в «стойкости» группы шизофрении и «нестойкости», неопределенности клинически сборной группы «шизофреноподобных» состояний. При шизофрении соотношение симптомов имеет внутреннюю связь («кон-

текст»), который доступен лишь интуитивному выявлению его опытным врачом-клиницистом и который может объективно быть обнаружен лишь специальными статистическими методами. При «шизофрениоподобных» состояниях такой связи («контекста») нет, и поэтому с последовательным исключением симптомов эта группа становится все более и более неопределенной — ее ничего внутренне не связывает, кроме отличий от группы шизофрении, и естественно, что чем меньше признаков, отличающих ее от шизофрении, тем она неопределеннее.

Таким образом, приведенные материалы объективно подтверждают представления о психопатологическом единстве структурности, наличии внутренней клинической «логики синдрома» при шизофрении и, как нам кажется, являются достаточно убедительным доводом против утверждений некоторых авторов об отсутствии единых клинико-психопатологических признаков, которые могли бы связать шизофрению в клинико-психопатологическое целое.

Приведенный материал неизбежно ставит вопрос о том, что является «ведущим» в клинике шизофрении — «ведущие симптомы» или клинический контекст симптомов.

Последовательное исключение симптомов (в том числе «ведущих») показывает, что безусловно существом клинических проявлений при шизофрении является «контекст симптомов» — их внутренние соотношения. Однако, если принять во внимание, что указанное «внутреннее» соотношение симптомов, как это отмечалось выше, во многих случаях доступно лишь «интуитивному» выявлению, для чего, по-видимому, необходима весьма высокая квалификация врача, то практически наиболее приемлемой оказывается ориентировка на симптомы, имеющие наибольший «удельный вес», диагностическую значимость. Такими симптомами являются эмоциональная тупость и амбивалентность, парабулии, атактическое мышление, которые в совокупности, как наиболее значимые, безусловно входят в «контекст» симптомов шизофрении и неизбежно его отражают.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные материалы свидетельствуют о том, что если атактическое мышление встречается, как правило, в структуре синдромов, характерных для шизофрении (кататонический, интрапсихической атаксии, апато-абулический, «психопатическое поведение») и является характерным для этого заболевания, то шизофазия как форма речевых расстройств, которая нередко смешивается с атактическим мышлением, по материалам приведенных данных встречается более широко при разных состояниях, не имеющих четкой нозологической принадлежности: бредовые, астенические, тревожные и др. состояния. Более того, шизофазия наблюдается при состояниях явно «нешизофренической структуры»: изменениях личности и слабоумии «органического типа», судорожном синдроме, расстройствах аффективности и т. д.

Таким образом, шизофазия как форма расстройств мышления должна дифференцироваться с атактическим мышлением не только потому, что это феноменологически различные расстройства мыслительных функций, как это показано выше, но также и потому, что клиническая (диагностическая) ценность этих симптомов различна, о чем свидетельствуют приводимые выше данные. Шизофазия как симптом расстройства мышления должна быть отнесена к категории более общих расстройств мышления и речи и расцениваться наравне с бредовой, астенической спутанностью и другими общими неспецифическими расстройствами психической деятельности, широко встречающимися практически при многих формах психических заболеваний, в том числе, по-видимому, и при шизофрении.

То же может быть отнесено и к синдрому шизофазии, где шизофазия как форма речевых расстройств входит как один из основных, даже ведущих симптомов. Шизофазия при шизофрении может иметь место, по-видимому, лишь в исходных состояниях бредовой формы. Будучи проявлением широкого круга общемозговых расстройств, синдром шизофазии не может сам по себе быть основанием диагностики шизофрении. Это обстоятельство вытекает как из вышеприведенных клинических характеристик этого синдрома, так и прямо из статистических данных. В то же время атактическое мышление, как и включающий его синдром интрапсихической атаксии, должны расцениваться как весьма характерные для шизофрении.

Приведенные клинические, клинико-статистические и экспериментальные данные позволяют считать, что шизофрения («основная» — «ядерная» группа) характеризуется устойчивой и определенной клинической структурой или констелляцией психопатологических симптомов, слагающихся в весьма сложную картину интрапсихической атаксии. Эта же структура психопатологических явлений («контекст симптомов») определяет и характерную динамику психопатологических синдромов («предпочтительный круг синдромов»), свойственную шизофрении. Явления интрапсихической атаксии наиболее ярко обнаруживаются в соответствующих расстройствах мыслительной деятельности (атактическое мышление) и эмоционально-волевых функций (амбивалентность, чувственная тупость, парабулии). Однако, несмотря на то, что перечисленные психопатологические признаки являются наиболее «информационными» и практически наиболее доступны клинической квалификации, вместе с тем они не являются «ведущими», ибо даже без данных об этих симптомах возможно статистически достоверное распознавание всей клинической констелляции в целом вне зависимости от формы шизофрении, типа ее течения и этапа заболевания. Данные о наиболее часто встречающихся «предпочтительных» синдромах и их динамике, сопоставленные со структурой психопатологических характеристик шизофрении, позволяют с высокой степенью достоверности считать «основную» — «ядерную» группу единой

клинико-психологическим явлением. Здесь уместно напомнить слова Bumke: «Существует по крайней мере одна группа схизофрений, которую следует рассматривать как подлинную болезненную единицу не только по симптоматике, течению и исходу, но и потому, что она несомненно наследуется»¹. Это *ataxia interpsychica progressiva* П. А. Останкова, «генуинная схизофрения» Н. П. Бруханского, иначе говоря, шизофрения примерно в тех рамках, как она диагностировалась в клиниках В. П. Осипова и И. Ф. Случевского.

Вопрос экстенсивной диагностики шизофрении, помимо академической стороны, в настоящее время приобретает все большее значение в связи с проблемами терапии невропсихических расстройств. Интенсивное внедрение психофармакологических средств поставило широкий круг вопросов в связи с необходимостью изменений в системе амбулаторного наблюдения, а также организацией принципиально новых форм наблюдения и лечения больных в условиях стационара. Эти вопросы в общих чертах могут быть сведены к трем основным: 1) широкая организация системы терапевтических мероприятий, в том числе «поддерживающей терапии», когда химиотерапия сочетается с другими «биологическими» методами — «активной терапией» в условиях стационара; 2) организация внебольничного наблюдения, — пролонгированная «поддерживающая терапия»; 3) осуществление в максимальных масштабах мероприятий по ресоциализации (реадаптации и психотерапии в широком смысле слова).

Решение первой задачи сводится к соответствующим организационным выводам по реализации различных форм терапевтических мероприятий, что успешно осуществляется в течение последних лет. Вторая задача блестяще принципиально решена системой диспансерного наблюдения, предложенного Г. В. Зеневичем (1954). Однако, принимая во внимание, что разработка этой системы осуществлялась задолго до широкого внедрения в психиатрическую практику психофармакологических средств, в настоящее

¹ Bumke. Шизофрения. М., 1933.

время производится разработка некоторых деталей той же системы в приложении к существенно изменившимся условиям работы психоневрологических учреждений. Третья проблема является наиболее сложной и требующей постоянной и кропотливой работы больших врачебных коллективов для ее разрешения.

Эти исследования послужили основой разработки теории и методов ресоциализации (реадаптации и ресоциализации в широком смысле слова), принципиально возможных организационных систем, тем более, что многое в этом отношении уже достигнуто и осуществляется (М. М. Кабановым и др.)¹.

В выборе адекватного комплекса лечебных мероприятий правильность установления диагноза может иметь решающее значение. Действительно, если подразделить задачи восстановительной терапии и реадаптации в отношении каждого больного на «тактические», относящиеся к какому-то конкретному и относительно непродолжительному промежутку времени, и «стратегические», охватывающие заболевание в целом со всеми его этапами, то очевидно, что без правильно установленного нозологического диагноза невозможно решить не только вторую задачу, но и первую. Больные с астено-депрессивным состоянием при послеродовом (соматогенном) психозе или психозе истощения (в смысле аменции Майнерта), очевидно, требуют преимущественно «биологических» и при этом не «шоковых», а «щадящих» — «охранительных» форм лечения, и предоставление таким больным свободного режима неоправданно. В то же время большой шизофренией или, скажем, с ипохондрическим развитием личности с той же синдромологической характеристикой даже при наличии элементов риска должен быть поставлен в максимально возможные условия «нестеснения», ибо сам по себе факт принудительного содержания в психиатрическом учреждении в данном случае может оказаться до-

¹ «Восстановительная терапия и социально-трудовая реадаптация больных нервно-психическими заболеваниями». Материалы Всесоюзной конференции 10—13/XI 1965 г. «Международный симпозиум во реабилитации психически больных», 15—18/X 1974 г.

полнительным фактором, определяющим дальнейшее развитие обострения психотического состояния, либо стать предпосылкой к формированию «госпитализма».

Тот факт, что при шизофрении и некоторых формах бредовых психозов «работоспособность оказывается выше трудоспособности» (М. А. Джагаров. 1944), определяет необходимость максимальной индивидуализации предлагаемых этим больным трудотерапевтических мероприятий и форм «занятости». Предложить больным с паранояльным развитием личности или шизофренией без грубого личностного дефекта клеить конверты рядом с больными болезнью Дауна — значит нанести им психическую травму, а возможно и вызвать очередное обострение психотических явлений. В этом отношении необходима комплексная оценка интеллектуально-мнестических функций и личностных особенностей больного, степень выраженности «схизиса» (интрапсихической атакции) и динамики (этапа) психопатологических явлений.

Наш скромный опыт по организации режима реадаптации в условиях внебольничной помощи, а также в организации некоторых специализированных в этом направлении подразделений стационара¹ показывает, что больные шизофренией требуют особого подхода при выборе комплекса лечебных мероприятий, часто существенно отличных от условий, необходимых для других контингентов больных. При этом значимость реадаптационных мероприятий особенно велика именно у этого контингента больных, что определяется большим удельным весом «личностной» симптоматики и индивидуальными особенностями проявления «схизиса» (интрапсихической атакции) у каждого конкретного больного.

¹ «Проблема реадаптации и трудовой терапии в системе диспансерного обслуживания психически больных», Тр. IV Всероссийского съезда невропатол. и псих. М., 1963; «Дневные стационары как учреждения «частичной госпитализации» в системе психиатрической помощи» в соавт. с М. М. Кабановым и В. Ф. Дедовым. Журн. невр. и псих. им. С. С. Корсакова, т. 65, с. 3, 1965; ««Открытые двери» в психиатрическом отделении для «свежезаболевших» больных» в соавт. с Л. Ф. Костиковой. В сб.: «Восстановит. терапия и соц.-труд. реадаптация больных с нервно-псих. заболеваниями. Л., 1965.

К этому хотелось бы добавить, что определение «ядерная» шизофрения вряд ли необходимо, так как клинически обоснованное понятие шизофрении как нозологической формы может быть на сегодняшнем уровне знаний применимо только к этой группе больных. Интенсивное углубление, в смысле раннего выявления и диагностики «тонких» форм, а не экспансивное расширение этого понятия, по-видимому, позволит полностью раскрыть сущность процесса и практически оказывать квалифицированную помощь этой группе больных.

Возвращаясь к итогам третьего раздела настоящей работы, хотелось бы остановиться на одном весьма важном обстоятельстве, неизбежно возникающем в работах, где применяются статистические и математико-статистические системы. Речь идет о первичном перечне сопоставляемых признаков. В повседневной практике медицинской статистики здравоохранения сопоставления осуществляются с использованием установленной номенклатуры психических заболеваний и сравнительно однотипными вариантами перечней психопатологических синдромов. Оба варианта перечней (как перечень синдромов, так тем более и болезней) крайне бедны, не отражают всего многообразия клинических форм и тем самым исключают возможность осуществления более или менее тонкого клинического анализа. В научно-исследовательских работах, где применяются клинико-статистические методы и математические системы, неизбежно использование дополнительных перечней признаков, которые должны более глубоко раскрыть существо психического состояния — от уровня синдрома до уровня симптома у изучаемых больных. Следует подчеркнуть, что утверждения некоторых авторов такого рода исследований о большей «объективности» диагностики синдромов, нежели симптомов, как противоречащие логике и здравому смыслу, должны быть отвергнуты. Действительно, как можно говорить о большей «объективности» определения синдрома (характерной совокупности симптомов), если «первичная информация» в форме оценки признака — симптома тестируется неоднозначно? Однако, как это ни парадоксально, именно эта трудность оказывается наиболее значи-

мой при применении математических методов исследования, где требования к четкости каждого признака и их «сопоставляемости» особенно велика.

Не случайно поэтому применение дополнительных статистических процедур с исключением ряда признаков для получения более или менее надежных статистических выводов о клинических характеристиках отдельных психопатологических структур. Действительно, неодинаковы по степени сложности такие признаки, как, скажем «отвлекаемость внимания» и «эпилептическое мышление». Последний не может быть введен в «ранг» синдрома — это «большой симптом», но не «малый синдром». Исключить этот признак, разбив его на составляющие более элементарные свойства, означает «потерю информации» и будет противоречием клинической реальности. Такого рода примеров можно привести значительное число.

В настоящее время, когда клиническая психиатрия получила возможность оперировать точными математико-статистическими методами исследования, когда становится возможным не интуитивный и потому субъективный, а сравнительно точный количественный анализ структуры психопатологического образования (синдрома, болезни), задачей первостепенной важности является максимальное уточнение клинических понятий на уровне отдельного признака (симптома). Не перечень терминов («глоссарий»), наличие которых в психиатрической науке сегодняшнего дня может быть определено как «избыточность, не обеспечивающая надежности», а уточнение понятий (возможно, с их классификацией по степени сложности) должно играть немаловажную роль.

Одно из первых мест в ряду исследуемых психопатологических явлений при этом должны занять признаки (симптомы) расстройств мышления — речи, как весьма значимые клинически и сравнительно доступные для клинико-экспериментального исследования. Если же при этом напомнить, что некоторые авторы вообще считают язык — речь «сложным примером процессов поведения» (Miller, Galanter, Pribram, 1960), то необходимость такого рода исследований становится еще более убедительной.

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Абдурахманов А. А. Шизоформные симптомы и шизофренические исходы малярийных психозов. Автореф. дисс. канд. Ташкент, 1964.
- Авербух Е. С. Астенический психоз. — Труды Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1950, с. 264.
- Авербух И. Е., Куликов Ю. Д., Случевский Ф. И. К вопросу об использовании математических методов в психиатрической практике. — В кн.: Организационная и клиническая психиатрия. Л., 1974, с. 48—57.
- Александровский А. Б. Шизофренический синдром и шизофрения — Труды 2-го Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1937, с. 148—150.
- Алшибая А. Г. Шизофреноподобные проявления при сифилисе мозга. — Труды НИИ им. М. М. Асатури, т. V. Тбилиси, 1958, с. 21—25.
- Амосов Н. М. Моделирование мышления и психики. Киев, 1965.
- Ананьев Б. Г. Ассоциации ощущений. — «Уч. зап. ЛГУ», 1955, № 203, с. 31—53.
- Андреев В. П. Шизофренические картины психозов с явлением шизофазии при травмах головного мозга. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1960, № 12, с. 625—634.
- Аминев Г. А. Вероятностная организация центральных механизмов речи. Казань, 1972.
- Асатури Л. М. Особенности речевой бессвязности больных шизофренией в свете данных словесного или ассоциативного эксперимента — Труды НИИ им. М. М. Асатури, т. V. Тбилиси, 1958, с. 33—41.
- Бандас Б. С. Астеническое состояние. М., 1961.
- Башников В. М., Короленко Ц. П., Давыдов И. В. Общая психопатология. М., 1971.
- Бейн Э. С. Парапазии при различных формах афазий (психологический анализ). — В сб.: Вопросы клиники и патофизиологии афазий. М., 1961, с. 117—128.
- Бехтерев В. М. О периодической острой паранойе как особом виде периодических психозов. — «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1899, № 4, с. 279—293.
- Биррибаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. — В сб.: Новое в учении об агнозии, апраксии, афазии. М., 1934, с. 62—71.

- Блинов С. М. Симптомокомплекс проводниковой афазии в динамике восстановления речи. — В сб.: Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 85—90.
- Братко А. А., Волков П. П., Кочергин А. Н., Царегородцев Г. И. Моделирование психической деятельности. М., 1969.
- Брудный А. А. Язык, сознание и общение. Проблемы сознания (материалы симпозиума). М., 1966, с. 35—40.
- Бруханский Н. П. К теории шизофрении. — В сб.: К проблеме шизофрении. М., 1934, с. 8—39.
- Винарская Е. Н. Клинические проблемы афазии. М., 1971.
- Вронюк М. С. О некоторых клинических вариантах речевой бес связности при шизофрении. — Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 163—167.
- Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956.
- Гайдай Е. С. О дифференциально-диагностических критериях при разграничении некоторых форм травматических психозов и шизофрении. Проблемы судебной психиатрии. Органические поражения мозга. М., 1965, с. 108—125.
- Галачьян А. Г. О шизофрении и шизофренических состояниях. — Тезисы и авторефераты докладов годичн. конф. ин-та психиатрии МЗ СССР. М., 1955, с. 19—21.
- Ганиушкин П. Б. Постановка вопроса о шизондной конституции. — Избр. труды. М., 1964, с. 58—74.
- Гиляровский В. А. К вопросу о структуре и сущности так наз. экзогенных и симптоматических шизофрений. — «Неврол., психиатр. и психогиг.», 1933, № 1, с. 8—18.
- Глазов В. А. Шизофрения. М., 1965.
- Голант Д. Б. О своеобразных нарушениях речи с причудливым характером высказываний при атеросклеротическом слабоумии. — В сб.: Сосудистые заболевания головного мозга, т. XXV. М., 1961, с. 38—51.
- Голант Р. Я. О психических нарушениях с фазным, периодическим и пароксизмальным течением. — Труды ЦИП Минздрава РСФСР, т. III. М., 1947, с. 126—136.
- Голубова Р. А., Барановский Е. Я. Клинические варианты афазий. — Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 66—72.
- Горский Д. П. Вопросы абстракции и образование понятий. М., 1961.
- Гулямов М. Г. Эпилептические психозы. Душанбе, 1971.
- Гуревич З. П. «Аутистическое мышление» и шизофрения. — Проблемы психиатрии. Л., 1964, с. 188—195.
- Гуревич М. О. К вопросу о сущности и шизофренического процесса. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1945, в. 5, с. 10—19.
- Дедов В. Ф. Клиника затяжных экзогенных психозов и их лечение в условиях психоневрологического диспансера. Автореф. дисс. канд. М., 1966.
- Детенгоф Ф. Ф. Шизофреническая симптоматика в остром периоде геморрагических энцефалитов. — Труды НИИ им. М. М. Асатиани, т. V. Тбилиси, 1958, с. 59—63.
- Дроздов А. В. Вопросы классификации суждений. Л., 1956.

- Евлахова Э. А. Типы шизофренического мышления. — Материалы II Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров М., 1936, с. 178—182.
- Жалковский А. К., Мельчук И. А. О возможном методе и инструментах семантического синтеза. — Научно-техническая информация, № 6. М., 1965, с. 23—28.
- Жариков Н. М. и др. Предварительные данные изучения больных шизофренией в условиях диспансера. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1964, в. 4, с. 742—749.
- Жислин С. Г. Некоторые вопросы диагностики и ограничения шизофрении. — В сб.: Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении. М., 1958, с. 89—107.
- Залманзон А. Н. и Скорнякова С. И. К вопросу о структуре шизофренического и эпилептического мышления. — Труды псих. клиники I ММИ, в. 4, посвящ. памяти П. Б. Ганнушкина. М., 1934, с. 154—167.
- Зейгарник Б. В. Основы патопсихологии. М., 1973.
- Земсков Л. Н. Судебно-психиатрическое значение ремиссии с нерезко выраженным дефектом при параноидной шизофрении. Автореф. дисс. канд. М., 1965.
- Зеневич Г. В. Ремиссия при шизофрении. Л., 1964.
- Зарабашвили А. Д. Некоторые клинико-теоретические исследования в психиатрии. Тбилиси, 1961.
- Иванов-Смоленский А. Г. Очерки нейродинамической психиатрии. М., 1974.
- Кабанов М. М. Реабилитация психически больных в стационарных условиях. Автореф. дисс. докт. Л., 1972.
- Конечный Р., Бахул М. Психология в медицине. Прага, 1974.
- Конторович Н. В. Медицинская психология. Ташкент, 1971.
- Контирадзе Ф. М. К вопросу о шизофренической атаксии. — Материалы IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, с. 84—86.
- Копини П. В. Диалектика как логика и теория познания. М., 1973.
- Корсаков С. С. К вопросу об «острых» формах умопомешательства. — Избр. произведения. М., 1954, с. 175—189.
- Котетишвили И. В. К вопросу о развитии взаимосвязи «символического» и «знакового» сознания. — «Вопр. психологи», 1963, № 3.
- Красиушкин Е. К. Шизоформный симптомокомплекс как экзо- и психогенный тип реакции. — В сб.: Современные проблемы шизофрении. М., 1933, с. 64—71.
- Критская В. П. Особенности статистической организации речевого процесса больных шизофренией. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1966, в. 1, с. 102—109.
- Калугина О. С. Об одном способе определения грамматических понятий на базе теории множеств. — В сб.: Проблемы кибернетики, в. I. М., 1958.
- Лебедев Б. А. Вопросы бредообразования и бредовые состояния в позднем возрасте. Автореф. дисс. докт. Л., 1963.
- Лебединский М. С. Актуальные вопросы клиники речевых нарушений. — Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 15—23.

- Левит В. Г. и Цуцульковская М. Я. К вопросу о применении математического анализа в изучении динамики заболевания и социальной адаптации при юношеской непрерывной шизофрении. — Материалы Всесоюзн. конф. Л., 1965, с. 96—100.
- Леонтьев А. А. Основы теории речевой деятельности. М., 1974.
- Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы, т. I. М., 1969, М., 1970.
- Малкин П. Ф. Психические заболевания с шизоформными картинами и шизофренией. Куйбышев, 1964, с. 6—40.
- Марков А. А. Теория алгорифмов. Гл. VI. Неразрешимость некоторых массовых проблем. § 1. Ассоциативное исчисление. Труды математ. ин-та им. В. А. Стеклова, т. X/II. М.—Л., 1954.
- Меграбян А. А. Общая психопатия. М., 1972.
- Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963.
- Мелешко Т. К. Особенности процесса сравнения у больных шизофренией. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1966, в. I.
- Михайлова Н. А. О формах шизофрении и различных стадиях ее течения. — В сб.: Проблемы психиатрии. Л., 1964, с. 167—180.
- Миухин С. С. и Исаев Д. Н. К вопросу о разграничении инфекционных психозов и шизофрении у подростков. — Материалы IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1963, с. 452—453.
- Молошная Т. Н. О понятии грамматической конфигурации. — В сб.: Структурно-типологические исследования. М., 1962, с. 46—59.
- Морозов Г. В. К вопросу о нарушениях отвления и обобщения у больных шизофренией. — Актуальные проблемы психиатрии. Сб. Всесоюзн. об-ва и ин-та психиатрии. М., 1959, с. 422—427.
- Наджаров Р. А. К проблеме «ядерной» шизофрении. — Материалы IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1963, с. 119—121.
- Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. Л., 1938.
- Озерецковский Д. С. Начальные формы шизофрении. — Материалы IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1963, с. 130—132.
- Осипов В. П. Границы шизофрении, их легкомысленное распознавание. — Неврол., психиатр., психолог., 1935, в. 7, с. 00.
- Остапков П. А. К строению бреда при паранойе и парапреции. — Обозрение психики неврол. и рефлексологии, 1927, № 2, с. 81—90.
- Перельман А. А. Очерки расстройств мышления. Томск, 1957.
- Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
- Попов Н. П. Определение понятий. Л., 1954.
- Попов Е. А. О некоторых расстройствах речи и мышления у больных шизофренией в патофизиологическом освещении. —

- Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 141—147.
- Ревзин И. И. Модели языка. М., 1962.
- Рихтер Г. Э. О нарушении речи у больных шизофренией в период выхода из длительного наркоза. — Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 151—156.
- Роговин М. С. Развитие структурно-уровневого подхода в психологии. — В сб.: Системные исследования. Ежегодник. М., 1974, с. 187—226.
- Рончевский С. П. Некоторые проблемы психопатологии в свете современных неврологических данных. — «Сов. психо-неврол.», 1941, № 2, с. 2—11.
- Рохлин Л. Л. и Гребенцова Т. И. О временном преодолении разорванности мышления и речи у больных шизофренией при помощи никотиновой кислоты. — В сб.: Вопросы патологии речи, т. XXXII (81). Харьков, 1959, с. 167—173.
- Рубинштейн С. Л. О мышлении и путях его исследования. М., 1958.
- Савинов А. В. Логические законы мышления. Л., 1958.
- Савицкая А. Б. К вопросу об обратимости речевых расстройств на поздних стадиях течения шизофрении. — Вопросы эксперим. патопсихологии. М., 1965, с. 139—149.
- Самарин Ю. А. Об ассоциативной природе умственной деятельности. — «Вопр. психологии», 1957, № 2, с. 77—89.
- Сапир И. Д. Афазия, речь, мышление. — «Сов. невропатол., психиатр. и психолог.», 1934, в. 1—3, с. 28—38; 265—282.
- Семенов С. Ф. Шизофрения. Киев, 1961.
- Случевский И. Ф. Дизножая С. С. Корсакова и современные взгляды на сущность шизофрении. — В кн.: Психиатрическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности, в. 4 (25) Л., 1962, с. 6—12.
- Снежневский А. В. О позологической специфики психопатологических синдромов. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1960, в. 1, с. 91.
- Соколов А. Н. Внутренняя речь и мышление. М., 1968.
- Сумбаев И. С. Основные типы патологического мышления. — Вопросы клинической психиатрии. Иркутск, 1948, с. 69—88.
- Сухарева Г. А. О некоторых причинах расширения шизофрении. — Материалы ко II Всесоюзн. съезду невропатологов и психиатров. М., 1936, с. 140—143.
- Таванец П. В. Вопросы теории суждения. М., 1955.
- Татаренко Н. П. Афазеподобные расстройства речи у шизофреников. — «Совр. психоневрол.», 1938, № 3, с. 65—69.
- Тепеницина Т. И. О психологической структуре резонерства. — Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965, с. 68—81.
- Тимофеев Н. Н. Принцип клинического реализма и учение о шизофрении Крепелина — Блейлера. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1962, № 9, с. 1399—1403.
- Тонконогий И. М. Введение в клиническую нейропсихологию. М., 1973.
- Трауготт Н. Н. О путях нейрофизиологического исследования алалии и афазии. — В сб.: Вопросы патологии речи, т. XXXIII (81). Харьков, 1959, с. 72—78.

- Узладзе Д. Н. Психологические исследования. М., 1966.
- Фаворина В. Н. О некоторых формах конечных состояний параноидной шизофрении. Сообщ. I. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1961, в II, с. 1716—1723.
- Холецкий А. М. Уровни психической деятельности в норме и патологии. М., 1970.
- Шеварев П. А. Некоторые замечания к проблеме ассоциаций. — «Изв. АПН РСФСР», 1957, в. 80, с. 32—43.
- Шевелев Е. А. О паралогическом мышлении. — Труды психиатрич. клиники Одесск. гос. мед. ин-та. Одесса, 1930, с. 27—72.
- Шемякин Ф. Н. Некоторые проблемы современной психологии мышления и речи. — В сб. Мысление и речь. М., 1963, с. 3.
- Шостакович В. В. Основные патогенетические механизмы шизофрении. — Материалы IV Всесоюзн. съезда невропатологов и психиатров. М., 1963, с. 231—234.
- Швырев В. С. Некоторые проблемы применения символической логики к анализу естественно-научного знания (на мат. и т. д.). — В сб.: Проблемы методологии и логики наук. Записки Томск. ун-та № 41. Томск, 1962, с. 27—39.
- Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. М., 1972.
- Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. М., 1949.
- Щедровицкий Г. П. О принципах анализа объективной структуры мыслительной деятельности. — «Вопр. психолог.», 1964, № 2, с. 54—71.
- Юдин Т. И. Шизофрения как первичный дефект — психоз. — Труды Центр. ин-та психиатрии, т. II. М., 1941, с. 48—56.
- Astrup Ch. Die Schizophrenie. Leipzig, 1967.
- Bellak J. Dementia praecox. New York, 1948.
- Benou R. La demence précoce. Clinique-Médecine légale-Traitem. Paris, 1945.
- Bleuler E. Rapport. Congrès de Genève, 1926.
- Bleuler E. Аутистическое мышление. Пер. с нем. Одесса, 1927.
- Bleuler E. Аффективность, внушаемость и паранойя. Пер. с нем. М., 1929.
- Bleuler M. Schizofrenieartige Psychosen und Aetiologie der Schizofrenie. — «Schweiz. med. Wschr.», 1962, 92 Jahr., S. 50.
- Bumke O. Schizophrenia, Bd. IX. Berlin, 1933.
- Chaslin M. Eléments de Sémiologie et de Clinique mentalis. Paris, 1925.
- Delmend T. Essai sur la Schizophrenie. Paris, 1935.
- Ey H., Bernard P. et Brisset C. Manuel de Psychiatrie. Paris, 1963.
- Fiegel H. Schizophasie in linguistischer Deutung. Berlin, 1965.
- George F. Мозг как вычислительная машина. М., 1963.
- Gudstein R. Математическая логика. М., 1961.
- Jacobson N. L., Turner W. Conceptual thinking in schizophrenies and their relatives. (Cont. Jslip. State Rosp., New York). — «Brit. J. Psychiatr.», 1965, v. III, p. 823—839.
- Kleist K. Gehirnpathologie. Leipzig, 1934.
- Kraepelin E. Lehrbuch, Bd. XI und III. Leipzig, 1913.
- Kretschmer E. Medizinische Psychology. Stuttgart, 1971.
- Kujothes. Jugendpsychiatrische Begutachtung. Leipzig, 1959.

- Kasanin S. Language and Thought in Schizophrenia. Barkeley, 1944.
- Langfeldt G. Diagnosis and Prognosis of Schizophrenia. — «Proc. Roy. Soc. Med.», 1960, v. 53, N 12, p. 1047.
- Lemke-Rennert R. Neurologie und Psychiatrie. Leipzig, 1960.
- Leonhard K. Biologische Psychologie. Leipzig, 1962.
- Lewinsohn P. M., Elwood D. K. The role of contextual constraint in the bearing of language samples in Schizophrenia. — «J. ment. Dis.», 1961, v. 133, N 1, p. 7981.
- Lindsay P., Norman D., Humen J. Information processing. An Introduction to Psychology. New York, London, 1972.
- Matte-Blanco J. A study of schizophrenia. Thinking: its Expression in terms of symbolic Logic and its Representation in terms of Multi-dimensional space. — «Int. J. Psychiat.», 1965 v. 1, p. 31—92.
- Mayer-Gross W., Slater E., Roth M. Clinical psychiatry. London, 1960.
- Miller G. A., Galanter E., Pribram K. H. Plans and the structure of Behavior. New York, 1960.
- Milner P. Physiological Psychology. New York, Chicago, London, 1970.
- Overhol J. E. a. Hellister L. E. Computer procedures for psychiatry Classification. — «JAMA», 1964, v. 18, N 8, p. 585—588.
- Penfield W., Roberts L. Speech and Brain-Mechanisms. M., 1964.
- Piaget J. et Intender B. La genèse des structures logiques élémentaires. Classifications et séries. 1963.
- Rümke H. C. Über alte Schizophrenie. — «Schweiz. Arch. Neurol., Psychiat.», 1963, Bd. 91, H. 1, S. 206.
- Sawa M. Epileptoid psychoses. A group of atypical endogenous psychoses. — «Folia Psychiat. et Neurol. Japon.», 1963, v. 16, N 4, p. 320—323.
- Schneider K. Психология схизофреников и ее значение для клиники схизофрении. — В кн.: К проблеме схизофрении. М., 1934.
- Schizofrenia. Bratislava, 1959.
- Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart, 1971.
- Slater E. a. oth. Schizophrenia-like Psychoses of Epilepsy. — «Int. J. Psychiat.», 1965, v. 1, N 1, p. 11—27.
- Stephens I. H., Astrup Ch. Prognosis in «process» and «non-process» schizophrenia. — «Am. J. Psychiat.», 1963, v. 119, N 10, p. 945—953.
- Stransky E. Zur Entwicklung und zum Gegenwärtigen der Lehre von der Dementia praecox (Schizophrenie). — «Zschr. ges. Neurol. u. Psychol.», (Schlüß), 1912.
- Vetter H. Language Behavior in Schizophrenia. Springfield, 1968.
- Wallon H. De l'acte à la pensée. Essai de psychologie camparée. Paris, 1942.
- Zaimov K. Über die Pathophysiologie der Agnosien, Aphasien, Apraxien und der Zerfahrenheit des Denkens bei der Schizophrenie. Jena, 1965.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
<i>Глава I. Расстройства мышления и речи в психиатрической клинике</i>	
Основные формы ассоциативной спутанности (речевой бессвязности)	5
Основные клинические виды «шизофренических» форм речевого поведения	15
<i>Глава II. Специальные исследования речевого поведения</i>	63
Отдельные показатели нейропсихологического аспекта	63
Расстройства ассоциативного процесса	71
Формальнологический аспект и механизмы формирования понятий	79
Психолингвистический аспект	93
<i>Глава III. Диагностическая ценность изучавшихся психопатологических феноменов</i>	106
Клиническая характеристика изучавшегося контингента больных	106
Атактическое мышление и шизофазия в структуре отдельных психопатологических синдромов (в статике и динамике)	121
Клинико-статистические данные о структуре изучавшихся синдромов	133
Заключение	145
Основная литература	152