

Глава I

ПРОБЛЕМА ПАТОЛОГИИ МЫШЛЕНИЯ

§ 1. Феноменология расстройств мышления в традиционном аспекте

Работ, посвященных специально общим вопросам психопатологии мышления, мало. Вместе с тем почти в каждой работе, посвященной той или иной клинической проблеме, содержатся высказывания относительно нарушений мышления. Эти данные разнородны, поскольку клиницисты изучают нарушения мышления в связи с более специфическими задачами клиники. В одних случаях это поиски критериев для установления дифференциального диагноза, в других — это решение вопроса о принципе классификации «душевных» болезней, в третьих — вопрос об обратимости интеллектуальных расстройств и т. д. Однако, несмотря на пестроту и противоречивость, а зачастую и ложность отправных методологических позиций многих исследований, о которых речь будет идти ниже, установлено много ценных положительных фактов в области феноменологии расстройств мышления.

Основным достижением исследований следует считать выделение различных вариантов нарушений мыслительной деятельности, типичных для больных различными заболеваниями. Это выделение, которое началось, пожалуй, с первых же дней существования психиатрической науки, является «столбовой дорогой», по которой двигалась научная мысль психиатрии. Прекрасные описания шизофренического, паралитического, эпилептического мышления мы находим в трудах Т. А. Гейера, Г. Груле, В. А. Гиляровского, М. О. Гуревича, С. Г. Жислина, О. В. Кербилова, С. С. Корсакова, Э. Крепелина,

В. П. Осипова, М. Я. Серейского, Т. П. Симеон, А. В. Снежневского, Г. Е. Сухаревой, К. Ясперса и др. Эти описания, сохранившие свою ценность до настоящего времени, настолько типичны, настолько полно и красочно отражают основные психопатологические черты мышления больных определенной категории, что служат для врача-психиатра как бы эталоном при установлении диагноза.

Если мы обратимся к описанию мыслительной деятельности больных эпилепсией, то увидим, что все исследователи характеризуют мышление этих больных как замедленное, тугоподвижное; их высказывания отличаются обилием малозначащих деталей. Все авторы отмечают у этих больных узость круга ассоциаций. Г. Е. Сухарева описывает мышление ребенка-эпилептика следующим образом: «Интересы его узки и монотонны. В интеллектуальной работе медлителен, беспомощен в вопросах, требующих соображений. С трудом осмысливает новое задание; словесным материалом владеет, но забывает нужные слова и заменяет их длительными описаниями и перечислениями. Память ослаблена, внимание узко и неустойчиво. Ассоциации бедны и однообразны» [308].

В. П. Осипов [216] отмечает, что у больных эпилепсией комбинаторные процессы затруднены и замедлены, снижается сообразительность, круг интересов суживается, нарастает мелочность, педантизм; задания, требующие усидчивости и внимания, но простые и несложные (например, зачеркивание букв при корректурной пробе), больные выполняют точнее здоровых.

А. В. Ильин [122] указывает, что у больных эпилепсией суживается круг познания. Е. Блейлер [376], П. Замт [468], К. Юнг отмечают замедленное течение мыслей у эпилептиков, обеднение ассоциативного процесса с склонностью к частым и незаметным для самого больного повторениям («прилипаниям»), сужение кругозора, особо повышенную аффективную оценку окружающего и т. д.

Речь больных эпилепсией характеризуется как замедленная, избыточная вводными предложениями. При нарастании интеллектуального снижения она становится все более скудной, временами больные не находят нужного слова для названия предмета, появляются элементы олигофазии. (На это указывают А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, П. Замт, Э. Крепелин и др.)

Не менее четко и ярко изменения интеллектуальной деятельности выступают при старческих заболеваниях. При этих заболеваниях отмечаются выраженное снижение осмысления, бедность ассоциаций. Больные утрачивают возможность устанавливать новые связи, познание окружающего становится скудным; они перестают ориентироваться в событиях последнего времени. Вместе с тем эти больные часто помнят события детства. Они принимают окружающее за ту обстановку, в которой жили много лет назад (А. Альцгеймер, В. А. Гиляровский, Т. А. Гейер, С. Г. Жислин, К. Кальбаум, Р. Е. Люстерник, А. Пик, А. В. Снежневский и др.). Распад интеллектуальной деятельности подобного рода больных обозначается клиницистами как амнестическое слабоумие, т. е. слабоумие, в основе которого лежит расстройство памяти. В. А. Гиляровский [68] описывает в своих лекциях престарелую больную, которая, находясь в больнице, считала, что она сейчас стирала вещи своей «старой барыни», волновалась по поводу того, что у нее украли белье, «которое она сегодня развесила».

Особенно ярко представлены в психиатрической литературе описания шизофренического мышления. Эти описания настолько однозначны, что напоминают собой как бы клише, и психиатр, встречаясь в практике с подобными особенностями мышления, предполагает наличие шизофренического процесса. Во всех учебниках отмечается склонность больных к резонерству, к выхолощенным суждениям, к бесплодному мудрствованию.

С. С. Корсаков [144] говорит о том, что больные стремятся решить вопрос о причинной связи между случайными, в действительности друг с другом не связанными предметами. В качестве примера он приводит высказывания больного, которого мучили следующие вопросы: «Почему этот предмет имеет такую меру, а другой — другую? Почему эта особа маленького роста, почему она мала, почему она не так высока, как эта комната? Почему люди не выше ростом, чем они бывают?».

А. Н. Залманзон характеризует мышление больных шизофренией как отличающееся вычурностью, склонностью к схематизации и стилизации; тонкое схватывание деталей переплетается с неумением понять и выразить структуру целого [93], [94]. Больные гово-

рят о простых вещах чрезвычайно выпрненным стилем, придавая отдельным словам особое значение.

Во многих случаях у больных шизофренией намечается «остановка» мыслей (Sperrung) — мысль внезапно прерывается. Французские авторы указывают на то, что наряду с такой «остановкой» мыслей часто наблюдается их обилие, наплыв (mentisme). Больной как бы вынужден, как об этом говорят М. О. Гуревич и М. Я. Серейский [77], «против своей воли предаваться мышлению».

Большинство психиатров подчеркивает «символичность» мышления больного. Больные неправильно, особым образом истолковывают окружающее, любое незначительное событие или явление приобретает для них особый смысл. В руководстве по судебной психиатрии [302] приводится следующий пример: «Больной утверждает, что он должен скоро умереть. Получив 4 апельсина, среди которых один подгнивший, больной говорит, что это означает: “Нас четыре члена семьи. Я скоро буду гнить в могиле”». С. С. Корсаков приводит пример, когда больной, увидев на небе облако, решил, что это символ «грядущей опасности». Кто-то плюнул на пол, больной воспринимает, что это плюнули, «чтобы показать ему свое презрение» [144].

Эта склонность к символике иногда сочетается с чрезмерной конкретностью мышления. Э. Домариус приводит пример больного, который на просьбу врача подать ему руку ответил: «Как же, так я вам и дал свою руку, а сам буду ходить без руки» [394].

Во всех учебниках и специальных исследованиях указывается на непоследовательность суждений больных, доходящую временами до «разорванности» мышления. В. А. Гиляровский указывает в своих лекциях, что отдельные мысли больного шизофренией «не только не имеют между собой логической связи, они ничем не объединены между собой и в общем не представляют части целого, направленного к определенной цели акта. У больных появляется склонность к ассоциациям по внешней связи; в их речи появляется сочетание рифмованных слов, переход от одной идеи к другой по сходству случайного признака. Больные соскальзывают с основного стержня суждения на побочные. Часто у таких больных является склонность к ассоциациям по контрасту» [68].

М. О. Гуревич и М. Я. Серейский приводят следующий пример «разорванности» мышления больного: «Я происхожу от Диогена, так как Диоген искал с фонарем, а я это считаю ерундой» [77]. О. В. Кербиков приводит такое заявление больного шизофренией: «Я должен сидеть на умывальнике, потому что несколько архимандритов оставили мне наследство» [129].

В учебнике судебной психиатрии можно найти следующий образец «разорванного» мышления: «22 миллиарда, блины в лимоне... по 65 вагонов в одну могилу... злая рота шилом шар нагреешь». Другой больной заявляет: «Если Наполеон, то я не должен любить, если Александр Первый, то придворный врач мне не врач. Когда я был с телом, которое является Шиллером, то я был бы удовлетворен» [302].

Описывая «разорванность» мышления больных, Е. Блейлер [376] прибегает к образному выражению: «Создается впечатление, что понятия определенной категории собраны в один горшок, перетрясены — и затем выбрано первое попавшееся».

Речевые нарушения при шизофрении принимают иногда форму, напоминающую афазические нарушения (шизофазия). М. С. Лебединский [161] приводит письмо одной больной шизофренией: «Хочешь писать одно, но начала нет нигде, и конца нет, и середины нет. Что же есть? Колесо в колесе, федормировское (соединение фамилий мужа и девичьей) колесо, чертово колесо, федормировское отродье, федормир, пломбир, я очень люблю пломбир».

При более злокачественной форме течения шизофрении наблюдаются нелепые сочетания фраз и слов. В качестве примера приведем письменное заявление больного: «В силу достоверных и неопровержимых документальных данных о получении насущного и переводу мощного, которые могут быть характеризованы как получение при закрытии герметически ушей двух с половиной фиг под нос, я остаюсь полностью и чересчур малоудовольным и осмеливаюсь, набравшись храбрости, наступивши на правое дыхательное сердце, остаться...» [302].

Почти всеми авторами отмечается своеобразное построение фраз, склонность к словообразованиям («неологизмы»). У многих больных нарушается темп речи: у одних появляется замедленность,

скандированность, иногда отмечается мутизм; у других больных речь становится чересчур быстрой.

Большое количество исследований посвящено нарушению мыслительной деятельности при травмах мозга. Отмечается быстрая истощаемость интеллектуальных процессов больных (Т. А. Гейер, В. А. Гиляровский, Д. М. Мелехов, Г. Е. Сухарева, Р. С. Повицкая). Синдром истощаемости интеллектуальных процессов при травмах мозга особенно подробно разработан в исследованиях клинических психологов (А. М. Аникина, Р. А. Гальперина, Б. В. Зейгарник, В. М. Коган, М. П. Кононова, Э. А. Коробкова, Н. М. Костомарова, А. М. Шуберт).

Н. М. Костомарова на основании сопоставления экспериментальных данных с данными наблюдения за больным на производстве обнаружила, что истощаемость приводит к качественным изменениям мыслительной деятельности. Последние наступают в случаях, где задача предполагает умение сопоставлять ряд объектов [147].

Описания и оценка нарушений интеллектуальной деятельности больных с травматическим поражением коры головного мозга связывались клиницистами с вопросом об обратимости или стойкости этих нарушений. В то время как ряд авторов признает возможность возникновения стойкого травматического снижения интеллекта (Т. А. Гейер, Р. Я. Голант, А. М. Дубинин, В. П. Осипов, Т. И. Юдин), другие исследователи считают, что даже в тех случаях, когда интеллектуальные нарушения при травмах мозга носят стойкий и длительный характер, не следует делать вывод о слабоумии. (А. Л. Лецинский, Д. Е. Мелехов, Р. С. Повицкая).

Сопоставление нарушений мыслительной деятельности с отдельными видами заболеваний было основной, но не единственной линией, по которой шли исследования, посвященные нарушению мыслительной деятельности психически больных. Многими авторами была проделана попытка сопоставления нарушений мышления с поражением определенных областей мозга.

Стали выделяться синдромы, характерные для височных, теменных и лобных поражений мозга. Ряд исследователей (М. О. Гуревич, А. Р. Лурия, А. С. Шмарьян, Т. И. Юдин, В. К. Хорошко) отмечали сравнительную сохранность интеллектуальных процессов при

поражении височных и теменных областей мозга и нарушение интеллектуальной деятельности при поражении лобных долей.

Особенно много внимания во всех исследованиях уделялось так называемому лобному синдрому, т. е. синдрому, возникающему при поражении лобных долей мозга. Еще в 1896 г. Э. Вельт опубликовала материалы, в которых выделила нарушения, связанные с поражением лобных долей мозга. В дальнейшем, в период 1910–1914 гг., велась дискуссия между приверженцами Мунка и К. Н. Монакова, утверждавшими, что психические процессы являются результатом работы всей коры мозга, и Г. Антоном, К. Гольдштейном и Ч. Ферстером, которые пытались доказать наличие психических нарушений, характерных для поражений лобных долей мозга. В этой дискуссии К. Гольдштейн развивал положение, что при ранениях лобных долей мозга нарушается «категориальность» мышления больных [407]. В то время как в обычной обстановке поведение больных с лобным поражением кажется ненарушенным, больные испытывают затруднения в новой ситуации, где им предстоит выбор способов действия. Эти больные, по мнению К. Гольдштейна, не в состоянии отделить «фон» от «фигуры», не могут вычленить существенное.

К. Клейст [428] — представитель наиболее узколокализационистской точки зрения — связывал интеллектуальные нарушения с поражением конвекзитарных поверхностей переднего мозга.

Особенно подробно лобный синдром был описан в работах А. С. Шмарьяна [343], который выделил различные варианты интеллектуальных нарушений внутри этого синдрома. Он отмечает спонтанность мышления, нарушения высших интегративных функций при поражениях конвекзитарных отделов коры. Поражение же базально-лобной коры приводит к нарушению критичности при сохранности «формального» интеллекта.

Аналогичные данные приводит в своей монографии и Ю. Б. Розинский [252]. На основании сопоставления клинических и патологоанатомических данных он утверждает, что конвекзитарные части коры имеют отношение к интегрирующей интеллектуальной деятельности. Массивные аффективно-волевые расстройства, возникающие при поражении лобно-базальных отделов мозга, приводят, по мнению автора, к спонтанности мышления.

В наших прежних работах [107], [108] прослежены различные типы нарушений мыслительной деятельности больных, перенесших поражения лобных долей мозга, — от легких проявлений аспонтанности мышления до случаев грубого слабоумия. Эти нарушения были связаны с изменениями личности, с измененным отношением больного к окружающему.

А. Л. Абашев-Константиновский [5] отмечает, что при лобно-премоторных поражениях мозга обнаруживается изменение течения мыслительных представлений в результате «патологических соотношений сознательно-волевого и автоматического». Таким образом, если одна группа исследований была направлена на описание нарушений мышления, типичных для больных различных нозологий, то в другой группе работ описывались нарушения мышления, характерные для болезней, возникающих при поражении той или иной области мозга.

Такова вкратце феноменология нарушений мышления. Описания, имеющиеся в учебниках и монографиях, отличаются богатством, тонкостью, красочностью. Вместе с тем при объяснении мыслительных нарушений психиатры исходили из устаревших понятий различных идеалистических психологических школ, а зачастую из их эклектического смешения. Рассмотрим те психологические теории, которые использовались для объяснения расстройств мышления.

§ 2. Психологические теории, использовавшиеся для объяснения расстройств мышления

Наиболее распространенным было объяснение нарушений мышления с позиций так называемой функциональной психологии, рассматривающей психические процессы как изолированные врожденные способности, или функции. Такое объяснение имело задачей показать, какие функции или какие связи между функциями нарушаются при том или ином заболевании. Пытались показать, что в основе нарушения мышления лежало нарушение

так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания. Так, например, нарушение мыслительной деятельности больных эпилепсией объяснялось нарушением комбинаторных способностей (Э. Крепелин, К. Гейльбронер, М. Я. Серейский). По мнению других авторов, умственная деятельность таких больных снижается из-за крайне неустойчивой функции внимания (В. П. Осипов). Ряд исследователей отмечает поражение функции памяти как причину нарушения мышления эпилептиков (В. А. Гиляровский, Г. И. Берштейн).

При объяснении сущности мыслительных нарушений сенильных больных авторы указывают на нарушение способности удерживать воспринятое. Сущность нарушения мышления также сводится к нарушению памяти (В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, С. Г. Жислин и др.).

При объяснении нарушений мыслительных процессов при травмах мозга ряд авторов (Р. Я. Голант, М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, Р. С. Повицкая) склонялись к мнению, что в этих случаях нарушения наступают из-за расстройства внимания.

Если только что приведенные положения представляют собой попытку вывести нарушения мышления из нарушений других познавательных процессов, то не менее распространенной являлась концепция многих авторитетных психиатров, согласно которой распад мышления возникает в результате нарушения аффективно-волевой сферы. При этом аффект и воля понимались как такие же рядоположные мышлению способности, как внимание и память. Особенно четко эта точка зрения выявилась при анализе сущности шизофрении, при анализе так называемого основного нарушения (Grundstörung).

Основываясь на положениях «понимающей» психологии Э. Шпрангера [482] и описательной психологии В. Дильтея о том, что природу нужно объяснять, а психику лишь понимать, ряд немецких психиатров считал, что в основе шизофрении лежит недостаточность «первично данной духовной структуры». По мнению Й. Берце, у которого эта теория наиболее четко представлена, таковой первичной структурой является «тонус сознания» (активность «я»), которая при шизофрении оказывается нару-

шенной («гипотония сознания»). «Гипотония сознания», сама по себе не проявляющаяся и познаваемая лишь интуитивным путем, определяет всю психопатологическую симптоматику, в том числе и нарушение мышления [369].

К этой характеристике примыкают и взгляды Г. Груле [411]. Он определяет нарушение мышления при шизофрении как нарушение «напряженности», в основе которого лежит нарушение активности личности. С этими положениями солидаризируются Л. Берингер [367], выдвигая концепцию о слабости «интенциональной дуги», являющейся причиной нарушений мышления больного шизофренией, и Э. Штранский [486], говорящий об «интрапсихической атаксии».

Нарушения мышления трактуются как вторичные, как проявление нарушений особой «активности», «интенций» психики. В статье, посвященной психологии шизофрении (в IX томе «Руководства» О. Бумке [381]), Г. Груле выдвинул в метафорической форме положение, которое надолго определило ход исследований, касающихся характеристики мышления шизофреников: «Машина остается интактной, но она плохо или совсем не управляема». Мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены; однако он не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения.

Особенно большое распространение получила точка зрения, согласно которой «основным нарушением» (*Grundstörung*) больного шизофренией является его аутичность, обуславливающая распад его мышления. Проблема аутистического мышления была поставлена немецким психиатром Е. Блейлером [32]. Остановимся несколько подробнее на анализе его монографии, специально посвященной аутистическому мышлению.

Е. Блейлер противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению мышление аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а «аффективными потребностями». Под «аффективными потребностями» Е. Бейлер подразумевает стремления человека испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.