И.А. Зайцева-Пушкаш

ШИЗОФРЕНИЯ

опыт юнгианского анализа

Клинико-историогенетический метод исследования

- Семиотика бреда
- Культуральные модели
- Герменевтика
- Патоморфоз
- Диагностика
- Психотерапия

ВИДАР

УДК 616.895.8
ББК 56.14
З 17

Зайцева-Пушкаш И.А.
З 17 ШИЗОФРЕНИЯ: опыт юнгианского анализа. Клинико-историогенетический метод исследования – М.: Издательский дом Видар-М, 2010. – 520 с.
ISBN 978-5-88429-137-9

Монография посвящена актуальной и неизученной проблеме – пониманию структуры и содержания мышления при шизофрении. Шизофреническое мышление является самой большой тайной психиатрии и психологии. Оно включает в себя иное видение мира, становится причиной странной и необычной судьбы, немотивированной агрессии, гениальности, пророческого предвидения и одновременно регресса, патологического одиночества. Автор книги, продолжая традицию сравнительно-культурологического исследования психических феноменов, заложенную швейцарским аналитиком К.Г. Юнгом, а также аппелируя к другим наукам, предлагает оригинальный метод для анализа и понимания переживаний, порождаемых данной болезнью. Применение историогенетического анализа позволило найти достоверные аналогии между шизофреническим бредом и мифологическим мышлением.

Монография богато иллюстрирована клиническими примерами, позволяющими подтвердить позицию автора.

Книга предназначена не только для психиатров, психотерапевтов и психологов, но и для широкого круга читателей.

УДК 616.895.8
ББК 56.14

Рецензент В.П. Самохвалов – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПО «Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского», президент Крымской республиканской ассоциации психиатров, психотерапевтов и психологов, лауреат премии им. Е.А. Шевалева и премии АН Украины.

ISBN 978-5-88429-137-9

© И.А. Зайцева-Пушкаш, 2010
© «Издательский дом Видар-М», 2010

Оглавление

Предисловие 5

Введение в проблематику 6

Часть 1. Современные представления об эволюционных моделях параноидной шизофрении (исторический очерк) **13**

Глава 1.1. Эволюционно-биологические исследования шизофрении 15

Глава 1.2. Обоснование и предпосылки историогенетического подхода 19

Глава 1.3. Современные представления об историогенетических моделях параноидной шизофрении 24

Глава 1.4. Психолингвистические аспекты исследования 36

Часть 2. Цель и задачи исследования. Общая характеристика собственного материала и методы исследования **41**

Глава 2.1. Цель и задачи исследования 42

Глава 2.2. Общая характеристика собственного материала 43

Глава 2.3. Методы исследования 46

Часть 3. Результаты собственных исследований **49**

Глава 3.1. Историогенетические модели когнитивных расстройств при шизофрении 50

3.1.1. Структурно-эволюционный анализ продуктивных симптомов шизофрении 50

3.1.1.1. Анимизм и мифопоэтика 51

3.1.1.2. Семиотические трансляции между символикой человеческого тела, космоса и жилища 57

3.1.1.3. Тотемизм 59

3.1.1.4. Архаическая магия 65

3.1.1.5. Некоторые размышления по поводу сходства психопатологии с исторически более поздними духовными традициями 71

3.1.2. Универсальные формообразующие законы бреда. Историогенетический анализ типичного синдромокинеза и развития бредового сюжета при параноидной шизофрении 73

3.1.2.1. Общая характеристика аналогий клиники шизофрении с универсальной эволюционной моделью бреда 74

3.1.2.2. Сравнительный анализ эволюционного «возраста» синдромов параноидной шизофрении исходя из корреляции с мифоритуальным комплексом «смерть – новое рождение» 82

3.1.3. Универсальная модель бреда при шизофрении – комплекс «смерть – новое рождение». Детальные аналогии 85

3.1.4. Персональные мифологические модели бреда при шизофрении. Архетипы героев 155

1. A – посвященный герой 156

2. B – умирающее и воскресающее божество природы 204

3. C – спаситель мира 219

4. D – тотемный (чудесный) супруг 231
5. E – культурный герой 261
6. F – трикстер – антагонист культурного героя 278
7. G – демиург-первопредок 308
8. H – архетипы героев, персонифицирующих космические объекты 340
Заключение 364

Глава 3.2. Историогенез феноменологиии психического автоматизма и тематических форм бреда 366
3.2.1. Психические автоматизмы в структуре архаических бредовых синдромов. Соматический автоматизм 370
3.2.2. Реликты архаического бреда в структуре соматопсихического автоматизма 382
3.2.3. Об историогенетическом родстве синдрома автоматизма, парафрении и онейроида 389
3.2.4. Об идеаторном автоматизме 393
3.2.4.1. Эхо-симптомы. Феномены «двойников» 394
3.2.4.2. О некоторых культуральных параллелях идеаторных автоматизмов 402
3.2.4.3. О структуре псевдогаллюцинаций 404
3.2.5. Историогенез тематических форм бреда 409
Заключение 418

Глава 3.3. Патоморфоз и социокультуральная трансформация бредовых синдромов при шизофрении на современном этапе 419
3.3.1. Характеристика прогностических тенденций патоморфоза синдрома соматопсихического автоматизма 419
3.3.2. Синдромальная характеристика эволюционно новой группы. Истории болезни с патоморфозными галлюцинаторно-параноидными и параноидными вариантами синдрома автоматизма 429
3.3.3. Атипичные варианты синдрома автоматизма 434
3.3.4. Футуристические картины бреда: химерическое сочетание техногенного и архаического 452
3.3.5. Особенности ведения больных с эволюционно новыми вариантами параноидной шизофрении 458
Заключение 460

Глава 3.4. Прикладные аспекты клинико-историогенетического анализа 463
3.4.1. Опыт клинико-историогенетического анализа разорванного мышления (шизофазии) 465
3.4.2. Клинико-историогенетический анализ как метод дифференциальной диагностики 470
3.4.3. Дифференциальная диагностика с использованием клинико-историогенетического метода в судебно-психиатрической экспертизе 479
3.4.4. Психотерапевтические ресурсы историогенетического анализа 487
Заключение 493

Основные выводы 495
Послесловие 504
Литература 505
Приложения
Глоссарий формализованных клинико-культуральных корреляций. 515
Таблица 17. Распределение изученного контингента больных по 6 парам дихотомических признаков в различных клинических группах. 518

Предисловие

Триумф доказательной медицины, благодаря психометрии, превратил психиатрическую историю болезни в колонку цифр и практически вытеснил интерес к единичному факту. Однако для тех врачей, кого интересует судьба конкретного пациента, по-прежнему важна теория, которая может ответить на вопрос «Почему?». Этот вопрос особенно касается понимания структуры и содержания мышления при шизофрении – вероятно, самой большой тайны психиатрии и психологии. Мир этого мышления включает в себя иную символизацию, создание новой параллельной психической реальности. Конструкции этого мышления являются причиной странной и необычной судьбы, нелогично мотивированного (так кажется внешне) поведения, гениального пророчества, но они же являются причиной патологического одиночества и регресса.

Вплоть до последнего времени шизофреническая феноменология фиксировалась лишь на описании симптомов и синдромов, а попытки их интерпретации были либо психоаналитическими, как, например, у З. Фрейда, К.Г. Юнга или Ж. Лакана, либо патопсихологическими, как у клинических психологов, в частности у Б.В. Зейгарник. Тем не менее развитие культурологии, этнографии, сравнительной лингвистики, семиотики дало возможность анализировать феномены мышления при шизофрении в традициях эволюционной антропологии. При таком подходе предполагается, что мышление, как и остальные психические сферы, является частью глобального эволюционного процесса, в котором существуют три основных временных измерения – биологическое, индивидуальное (онтогенетическое) и историческое время. Историогенетический анализ опирается прежде всего на реконструкцию мифологического мышления, которое оживает при бреде и паралогическом мышлении. Мифологемы, к которым может быть сведено патологическое мышление, развиваются по строго определенным закономерностям, правилам и сюжетным линиям. Благодаря этой книге психиатрия наполняется культуральным контекстом, а иррациональность патологического мышления становится понятной и даже прогнозируемой.

В.П. Самохвалов,
доктор мед. наук,
профессор

Введение в проблематику

Теория истолкования или расшифровки иероглифов и других древних текстов была продвинута вперед в прошлом веке Дильтеем намного больше, чем теория истолкования психотических «иероглифов» речи и поступков.

Р. Лэнг

Как бы ни много было сказано о шизофрении за истекшие 100 с лишнем лет научного периода шизофренологии, к началу XXI в. природа этого загадочного заболевания, едва ли не самого драматичного из всех известных в психиатрии, остается не постигнутой человечеством. Более того, несмотря на вековую историю изучения этого вопроса, а также на обилие фактов, теорий и гипотез и невзирая на преумноженный арсенал терапевтических средств, исследователи до сих пор не могут ответить на простой вопрос: приблизились ли мы хоть на шаг к истинному пониманию сути этой болезни?

Среди всего многообразия ее форм все более возрастающий интерес представляют именно бредовые формы, ибо шизофрения – это прежде всего, по K. Schneider (1957), «бредовая болезнь в наиболее точном смысле этого слова», а повторяя мысль L. Binswanger (1957), можно сказать, что «проблема шизофрении достигает высшей точки в проблеме бреда». Вслед за ними А. Эй (1998) утверждал, что все проблемы этой болезни «заходят в тупик именно из-за того, что шизофрению не считали «бредовой болезнью», не признавали, что основным нарушением шизофрении, пусть его обозначают такими выражениями, как «аутизм», «разлад»... и т. д., является бредовое нарушение отношений объекта с реальным миром. Он называл бред фундаментальным синдромом шизофренического расстройства.

Понятно, что бредовые синдромы, выступающие диагностически валидным комплексом феноменологии данной болезни и частым компонентом в клинике других психозов, являют собой базисную проблему как в отношении эндогений, так и всей психопатологии в целом. Трудности разграничения шизофрении со смежной психопатологией (паранойей, парафренией), самостоятельность которой все еще подвергается сомнению, и другими нозологическими единицами также поднимают проблему бреда. Внимание к данному вопросу продиктовано не только высоким удельным весом параноидных форм в общей популяции больных манифестными формами – по данным H.M. Babigian (1975), J. Wing (1978), их частота составляет 70–80% от общего количества случаев шизофрении, но и неуклонно продолжающимся ростом этого соотношения, что обусловлено факторами эпохального патоморфоза. Согласно заключению A.D. Robinson (1988), за последние 90 лет риск заболеваемости параноидной шизофренией в западноевропейских странах вырос для мужчин более чем в 2 раза, для женщин – в 1,4 раза. Даже если допустить, что эти данные несколько завышены по причине укоренившейся в цивилизованных странах тенденции к более тщательному выявлению и точной диагностике шизофрении, этот показатель не может не впечатлять.

По финансовым затратам на содержание, лечение и поддержание удовлетворительного качества жизни больных шизофрения является самой дорогой среди всех психических болезней. Высокие показатели инвалидизации больных, их социальная неукомплектованность, а подчас «выброшенность за борт» каких бы то ни было общественных институтов дают все основания видеть в шизофрении не только медико-биологическую, но и серьезную социальную, экономическую, духовную и гуманитарную проблему.

Острота обозначенного круга проблем усугубляется такой тревожной тенденцией в русле патоморфоза параноидной шизофрении, как ее «омоложение», что прослеживается в снижении среднестатистического возраста манифестации болезни до 25 лет и ранее, особенно у мужчин (Самохвалов В.П., 1989). Набирающая силу тенденция к непрерывному течению и сравнительно низкому темпу прогредиентности болезни, а также тот факт, что шизофрения «движется» к более ранним возрастным границам и становится менее поляризованной в плане возраста манифестаций, другими словами, все меньше лиц заболевает в том периоде жизни, когда уже как-то реализован личностный и профессиональный потенциал, внесен полезный вклад в социум, заставляют клиницистов заняться поиском таких реабилитационных стратегий, которые позволили бы пациенту продуктивно функционировать в обществе «без отрыва» от болезни, если, конечно, такого «отрыва» не удается достигнуть.

Научно-исследовательский интерес к проблематике бреда с учетом обозначенных выше тенденций глобальной изменчивости заболевания подогревается потребностью в принципиально новых конструктивных подходах к пониманию необычного, странного образа мыслей и поведения бредовых пациентов в различных социокультурных контекстах и выстраиванию отношений в системах врач–пациент, пациент–социум. Благодаря новейшим достижениям психофармакологии психиатрическая служба в самом обозримом будущем может столкнуться (и уже начинает сталкиваться) с ситуацией возрастающего несоответствия между сравнительно мягким протеканием болезни и прежним консервативным укладом оказания помощи, и, как следствие, необходимостью создания качественно новой лечебно-реабилитационной парадигмы, не последнее место в которой будет занимать психотерапия.

Возрастающая роль социально-средовых факторов в детерминации клинических проявлений шизофрении и бредовой патологии, в частности, требует переосмысления устоявшихся представлений о бреде, его генезе, пластичности его структуры, дифференцировки от семантически сходных идеологий, а значит, и корректной дефиниции его семиотических границ на современном этапе культурно-исторического развития человеческой цивилизации и в новых геополитических и технологических условиях.

Достижение этих целей не представляется возможным до тех пор, пока психическая жизнь пациента, не отделимая от категории психопатологического, остается для врача terra incognita – областью, хотя и маркированной опознавательными знаками привычных для нас симптомов и синдромов, но не ставшей от этого более проницаемой для логического анализа и чувствования.

Первые определенно позитивные шаги на этом пути были сделаны основателем «понимающей» психологии В. Дильтеем (2000), Э. Крепелином (1891), E. Bleuler E. (1911) и, кроме того, К. Ясперсом (1996), предложившим концепцию о понятных и каузальных связях в психопатологических феноменах, а также в экзистенциальной феноменологии Н. Еу Н. (1954), R.D. Laing, 1960).

По признанию М.И. Рыбальского (1993), «изучение «причинности» бредообразования различных форм бреда (первичного, вторичного, чувственного) приводит к мысли о принципиальном единстве процесса формирования «бредового сдвига» мышления». Это означает – если продолжить начатую мысль, что существуют объективно универсальные законы бредообразования и та самая «внутренняя логика» бреда, о которой писали старые авторы. Естественно предположить, что единство, свойственное процессам зарождения бреда, сохраняется и в процессах его развития от начальных до конечных этапов. Следовательно, основной вопрос шизофрении фокусируется вокруг поиска единого «ключа» к расшифровке многочисленных и замысловатых «иероглифов» бредовой продукции.

Не отвергая законность, уместность и неизбежность использования субъективного в качестве инструмента познания субъективного же мы вряд ли впадем в крайность, если признаем, что только знание универсальных законов бредообразования, т. е. истинных принципов организации событий в бреде, а также причинно-следственных отношений между ними и закономерностей сюжетной динамики могло бы приблизить нас к объективному видению субъективной реальности психоза. Другими словами, развязка затронутого узла проблем лежит на пути восхождения от частного клинического разнообразия, обусловленного в свою очередь этнокультуральными, генетическими, социальными и другими факторами, к ограниченному кругу универсальных клинических изоморфизмов. Преимущества исследовательского кругозора с этой точки зрения помогает понять простое сравнение – что лучше: брести по незнакомой местности в темноте, полагаясь на собственную интуицию и органы чувств, случайно наталкиваясь на ука-

зательные знаки, или вести исследование, вооружившись топографической картой и другими важными приборами? Самое главное – клиницист как добросовестный «топограф» бессознательного должен знать, какое смысловое поле скрывается за «указателями» – эмпирически вычлененными симптомами – и их динамическими констелляциями – синдромами? Как они интегрированы в общее семантическое поле психоза? Что кроется за очевидной синтропией (содружественностью) бредовых тем, закономерностями в предпочтительной сменяемости (или в тенденциозном наслаивании) тематических форм бреда, равно как и этапности их обратного развития, какие патогенетические реалии болезни? Что является движущими силами развития бредового сюжета, и возможно ли, исходя из их учета, его прогнозирование?

Необходимость логического анализа иррациональных феноменов шизофрении напрямую связана с такой особо ответственной сферой психиатрии, как интерпретация и прогнозирование поведения. Нет необходимости лишний раз обосновывать социально-криминогенную значимость бреда и бредосодержащих синдромов как самых распространенных и достаточно жестких детерминант аномального поведения, включающего ауто- и гетероагрессивные действия. Однако, если бы даже и не существовало подобного рода утилитарных задач, интерес к загадке шизофрении, ее инакомыслию вряд ли стал бы слабее. И вот почему. Психопатология шизофрении – область не только медицинская, но и философская, культурологическая. По словам Н. Еу (1998), «любой бред – это экзистенциальное изменение отношений между «Я» и «миром». Действительно, на разломах расколотой болезнью души зачарованному взгляду исследователя открываются целые россыпи обнажившихся общечеловеческих проблем, переживаний типичных жизненных коллизий, философских блужданий вокруг вечных антиномий бытия, самые острые среди которых – вопросы о жизни и смерти, добре и зле, Боге и дьяволе, материи и духе – везде и во все времена будут волновать человечество.

Проблема сущности бреда как преимущественно вербального поведенческого феномена сводится к проблеме герменевтики – искусству его декодирования в каком-то определенном контексте или в синтетической совокупности разных контекстов. Обнаружение же базисного ключевого контекста позволило бы выявить интерпретативные матрицы речевого аномального поведения по аналогии с тем, как биологические модели поведения, описанные у животных, используются этологами для прочтения невербального «текста» человека.

Каково же состояние данной проблемы сегодня, спустя более 100 лет после того, как было положено начало научной шизофренологии? «До сих пор, – повторяет сказанные много лет назад, но остающиеся в силе слова Г. Груле Е.А. Шевалев (1992), – никому не удалось показать, в чем состоит сущность бреда».

«В течение всего периода научной психиатрии проблема возникновения бреда как качественно иной категории, отличной и от ошибочного суждения, и от догматического фанатичного мировоззрения, наконец, от слепого суеверия, остается камнем преткновения общей психопатологии и патопсихологии», – утверждает А.К. Ануфриев (1992). Многие авторы вынуждены с грустью констатировать, что «при ознакомлении с современной литературой, посвященной изучению клиники бреда и пограничных с ним психопатологических образований, обращает на себя внимание почти полное отсутствие новых идей, гипотез, теорий» (Рыбальский М.И., 1993).

За рубежом ближе всех к раскрытию внутренней природы психопатологии психозов подошел швейцарский психиатр и психоаналитик C.G. Jung (1958), основоположник оригинального направления в психоанализе – аналитической психологии. Он обнаружил, что самым продуктивным для прочтения загадочных психических феноменов безумия представляется культурно-исторический контекст: «Ибо история религии в широчайшем смысле этого понятия (т. е. включая мифологию, фольклор и примитивную психологию), является кладезем архетипических образов, откуда врач может извлечь полезные параллели и поясняющие сравнения, предназначенные для умиротворения и просветления тяжко расстроенного в своих ориентациях сознания. Безусловно, необходимо... давать контекст всплывающим образам фантазий, которые выступают по отношению к сознанию как чуждые и даже угрожающие, для того чтобы подводить их ближе к пониманию. Это, как показывает опыт, лучше всего получается с помощью мифологического сравнительного материала».

Однако, несмотря на колоссальное научное наследие в области культурально ориентированной психологии, К.Г. Юнг не оставил после себя академически строгого унифицированного метода, позволяющего осуществлять корректные сравнения между знаковыми системами психопатологии и сферой культуры. А главное, юнговский так называемый прием амплификации, требующий от аналитика и огромной личной эрудиции, и определенных интуитивных, художе-

ственных способностей, помогает использовать для интерпретации и психокоррекции выявляемые в ходе сравнительных операций аналогии, но фактически никак не транслирует их в собственно психиатрический дискурс и понятийный аппарат. В то время как традиционный семиотический аппарат общей психопатологии прочно и повсеместно завоевал свое место под солнцем. И, вопреки наметившейся в последние десятилетия тенденции некоторой его инфляции в среде аналитически ориентированных школ, что обусловлено отсутствием единства взглядов на понимание его природы, несмотря на всю многочисленность научных доктрин, подходов и диагностических критериев, единый язык симптоматологии и синдромологии по праву можно считать одним из ценнейших приобретений мирового психиатрического опыта.

Мы знаем, что любой патологический процесс проявляется непрерывной сменой синдромов; они являются отдельными звеньями одной его цепи. Синдромы связаны между собой причинно-следственными отношениями; отсюда логически вытекает, что они производны, а не случайны. Синдромы и последовательность их смены – синдромокинез – внешне выражают особенности патологических изменений в головном мозге и психике, а также закономерности их развития – «логику мозгового процесса» в понимании Э. Шюре (1914) или «патогенез» в терминологии И.В. Давыдовского (1962).

Каждому заболеванию присущи определенный набор синдромов и свой уникальный стереотип синдромокинеза, динамическое изучение которого необходимо для понимания сущности болезни. A. Hoche (1927) и E. Kraepelin (1920) утверждали, что синдром представляет собой преформированную (предуготованную) форму реакции, отражающую внутренние особенности организма человека. Согласно Е. Крепелину (1891), преформация включает в себя 2 уровня факторов:

1) индивидуальный – генеалогию, пол, антропометрические и другие биологические факторы (онтогенез);

2) общеэндогенный.

Поскольку нарушение высших «этажей» психики, в соответствии с концепцией J.H. Jackson (1884) о послойном строении психики, вызывает к жизни архаические функции, преформация синдромов является продуктом филогенеза, а точнее, если учесть этапы культурно-исторической эволюции, филоисториогенеза. Следовательно, сущность любого симптома, синдрома или нозологической единицы может быть раскрыта через генезис. Сегодня такая точка зрения подкрепляется и нейрофизиологическими исследованиями; установлено, что при шизофрении, наряду с левополушарной дисфункцией (когнитивным дефицитом), возникает сдвиг функциональной асимметрии головного мозга в сторону эволюционно более древнего субдоминантного (чаще, правого) полушария (Nasrallach H.A., 1985; Hoff A.L., Riordan H., O'Donnel D. et al., 1992).

Итак, синдромокинез есть филоисториогенетически обусловленное феноменологическое отображение патогенеза болезни. При соматическом заболевании патогенетические звенья отражает динамика соматических симптомов, включающих биохимические и другие лабораторные маркеры. При психическом заболевании патогенез, то есть развитие патологического процесса, отражает динамика психопатологических симптомов и синдромов, проявляющихся в поведении. Если в соматологии объектом исследования является сома (тело), то в психиатрии – сфера преимущественно психического, пересекающаяся со сферой идеального. Таким образом, выявление эволюционно древних механизмов бредового мышления и поведения при шизофрении есть реальный перспективный ответ на вопросы патогенеза и понимания сущности этого заболевания.

Отрешимся от излишнего биологизаторского оптимизма. Какие бы генетические, биохимические, иммунологические, патологоанатомические и прочие маркеры не были выявлены в мультидисциплинарных исследованиях шизофрении, ученый мир и просто думающих людей всегда будет волновать вопрос: какое символическое послание человечеству содержит в себе безумие? На каком языке оно с нами говорит, тем более что набор безумных идей в разных сообществах довольно стереотипен? Где искать ключ к расшифровке этих сообщений? Что стоит за семантическими универсалиями бредовых идей, галлюцинаторных восприятий и онейроидных видений? Какой бы органический субстрат не был выделен при шизофрении, невозможно с его помощью разгадать тайну единообразия шизофренических картин мира или логику сопряженности событий в бредовом повествовании. Биологически ориентированные исследования и психогенетическое направление в шизофренологии – это разные измерения одной и той же клинической реальности, имеющие паритетное право на существование. Следует, наконец, признать справедливость того, что психическая жизнь не сводима к одним лишь нейрофизиологическим процессам.

До сих пор усилия исследователей бессознательного у психотиков были сосредоточены главным образом в двух направлениях. Первое направление, в истории психиатрии более раннее, было образовано номотетическими подходами, включавшими поначалу филигранно художественные описания историй болезни, затем они стали усложняться стремлением ко все более детальной таксономизации психической патологии, формально логическим анализом речевого и невербального поведения больного, предполагавшим максимальное структурирование «хаоса» психоза путем означивания симптомами, синдромами, их взаимопереходами и трансформациями. Последователи формально-феноменологического подхода были движимы благородным стремлением к наибольшей полноте и объективизации в отображении клинической картины психоза, но неизбежно грешили игнорированием индивидуальности больного, непониманием его личных человеческих проблем. По меткому выражению О. Вигинса и М. Шварца (1999), «современная психиатрия смогла стать респектабельной наукой, лишь порядочно ограничив возможности понимания своего пациента...».

Противоположное направление исследований – экзистенциально-феноменологическое, преследовало цель не менее благородную, хотя и декларировало нередко свои приоритеты под антипсихиатрическими стягами. Оно было ориентировано, преимущественно, на чувственно-интуитивное постижение внутреннего мира больного через эмпатию, сопереживание, полное эмоциональное погружение исследователя в «инобытие» психотика, установление теплого человеческого контакта с ним и сотрудничества. При этом феноменология болезни использовалась в такой психотерапии скорее как «среда обитания» пациента, чем инструментально. Наряду с извинительным субъективизмом сторонники данного подхода все же недооценивали значение выработанной мировой психиатрией клинической семиотики, объясняя свою позицию примерно следующим образом: «...Можно любить больного человека, но нельзя любить «конгломерат симптомов»» (Laing R.D., 1960).

Очевидно, истина, как всегда, находится где-то посередине между двумя крайностями. Представляется оптимальным некий третий путь, нацеленный на поиск промежуточных контекстов, связующих «мостиков» между двумя полюсами оценки психопатологии. С одной стороны, он должен объективно опираться на классическую семиотику и таксономию, с другой – соотносить ее (семиотику) с типологическими аналогиями в культурно-исторической эволюции мышления и когнитивных функций в целом. Посредством этих аналогий облегчаются переходы с исторически более древнего коллективно-бессознательного (по К.Г. Юнгу) уровня психики на сравнительно «молодой» индивидуально-бессознательный, т. е. онтогенетический, и наоборот; тем самым углубляется понимание и потенцируются возможности рационально-психотерапевтической интервенции в психоз.

Предвидя законный скептицизм в отношении последних слов, сразу стоит оговориться: сугубо утилитарные достижения в конце предлагаемого здесь пути, возможно, покажутся кому-то слишком скромными, не заслуживающими потраченных на них усилий. Но не будем спешить. Кто знает истинную цену знания? Кроме того, хотим мы того или нет, психотерапевтические вмешательства в психозы – уже состоявшийся в нашей повседневной жизни факт. Пока мы видим, что количество психотерапевтических техник множится как грибы после дождя, а психотерапевты (зачастую, не психиатры!) с энтузиазмом пионеров, достойным лучшего применения, практикуют (не гнушаясь трансовыми техниками) на больных шизофренией. Вопрос о том, каким образом можно заниматься психотерапией, не зная клиники, базисной эволюционной природы феноменов этого заболевания и игнорируя (либо толкуя произвольно) их символический «язык», который, собственно говоря, и является единственным «гласом вопиющего в пустыне» одиночества больного, остается риторическим.

Со своей стороны внесем еще одну оптимистическую ноту в прикладной аспект предлагаемого исследования. Возможно, представление о психиатрии как об исключительно потребительнице других наук устарело, и следующая страница в ее истории предполагает как раз иную роль: психиатрии надлежит стать поставщиком принципиально новых знаний о человеке вообще и о человеческой душе, в частности?

Традиционно в практике большой психиатрии утвердилось описание психопатологии либо статическое, либо в лучшем случае дискретное, в виде цикла не всегда связанных между собой в сюжетно-динамичном плане фрагментов, обычно соответствующих очередному помещению больного в психиатрический стационар. Между тем бредовый феномен необходимо оценивать комплексно: в «поперечном» разрезе и в динамике («продольном» разрезе), ибо только такая оценка адекватна логике научного познания болезни.

При клиническом анализе симптомы и синдромы искусственно изолируются и абстрагируются; в действительности же природа психоза лишена подобной дискретности. Существует множество сложных психопатологических образований, занимающих переходное положение между отдельными симптомами, или между отдельными синдромами, или между синдромом и болезнью как таковой. Руководствующийся прагматическими соображениями врач, как правило, фиксирует лишь те высказывания больных, с помощью которых «монтируются» диагностически и социально наиболее значимые поведенческие клише. Понятно, что сквозь этот довольно «крупнопористый фильтр» многие интересные явления психики проходят мимо и остаются безо всякого внимания специалиста. В итоге документальные описания болезни являют собой зрелище, имеющее отношение к действительности весьма приблизительное, чтобы не сказать больше – «виртуальное».

Есть основания полагать, что заимствованные из палеопсихологии и культурологии модели развития мышления могут стать своего рода опорными сигналами в регистрации и анализе бреда, что помогло бы заполнять нежелательные лакуны в накоплении клинической информации о больном и последующей ее переработке.

Опыт показывает, что терминологический инвентарь самого дотошного клинициста всегда оказывается неизмеримо беднее в сравнении с необъятным массивом всевозможных бредовых идей, фабул и шизофренических переживаний, а законы формальной логики для понимания этих иррациональных содержаний психики попросту бессильны. Психиатрия остро нуждается в едином культурологически обогащенном профессиональном языке, позволяющем подвергать внятному толкованию все феноменологическое многообразие бреда при шизофрении и устанавливать закономерности его сюжетной динамики.

Задача современной психиатрической науки состоит в том, чтобы дополнить клинико-психопатологический подход такой методологией структурирования текста бреда, благодаря которой мы могли бы полнее и строже (не в одной, а в двух сопряженных системах координат – клинической и филоисториогенетической) описывать широкий спектр бредосодержащей патологии на всем протяжении болезни. Решение этой задачи подвигло бы клиницистов на изучение генезиса бреда и психодинамических отношений в его структуре как в индивидуальном времени каждого отдельно взятого случая, так и в историческом времени самой нозологии.

Необходимыми условиями корректности искомой методологии должны стать всеохватность и одновременно иерархичность ее прикладных возможностей в отношении разных семиотических уровней болезни. В противном случае эта методология чревата произвольностью и рано или поздно обречена, если не на провал, то на повторение печально известной судьбы тех психоаналитических доктрин, которые пытались объяснить частные проявления шизофрении, но так и не нашли «универсального ключа» ко всему многообразию ее феноменов. Как единожды совершилась история, одноколеен путь, пройденный человечеством от его истоков до наших дней, запечатленный в генетической памяти, таким же единственно возможным должно быть и «эволюционное древо» психопатологии – слепка этой общечеловеческой истории, а значит, существует и возможность единственно верной универсальной эволюционно-генетической интерпретации психопатологических симптомов.

Заняться поисками ответов на все обозначенные здесь вопросы по-настоящему стало возможно лишь с открытием новой парадигмы в истории психиатрии – фундаментального эволюционно-генетического подхода к анализу психических заболеваний, разработанного в 80-х – 90-х годах XX в. отечественным ученым, психиатром, этологом, культурологом, профессором Виктором Павловичем Самохваловым, учеником и последователем которого является автор. Без выработанного им методологического аппарата, творческого общения с ним и сотрудничества не могла бы состояться эта предлагаемая читателю книга, которая, не претендуя на исчерпанность, развивает частный аспект теории эволюционно-генетического психоанализа, а именно ее историогенетическое направление. Читателю легче будет войти в курс, предварительно изучив главный труд В.П. Самохвалова «Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия)» (1993). Автор выражает огромную признательность своему учителю и научному руководителю, а также всем, кто способствовал появлению этой книги коллегиальными плодотворными встречами, обсуждениями, дискуссиями вокруг интересных клинических случаев или представлением таковых: доктору биол. наук, профессору МГУ им. М. Ломоносова М.А. Дерягиной (Москва), доктору мед. наук О.А. Гильбурду (Сургут), доктору мед. наук, профессору А.А. Коробову (Крым), доктору мед. наук, проф. Ю.С. Шевченко (Москва), доктору физ.-мат. наук Б.М. Владимирскому (Крым), доктору психол. наук, профессору

Н.Ф. Калиной (Крым), доктору мед. наук, профессору В.Н. Вербенко (Крым), канд. мед. наук, доценту Н.В. Вербенко (Крым), канд. мед. наук, доценту В.Н. Клинкову (Крым), канд. мед. наук В.А. Строевскому (Крым), канд. мед. наук, доценту С.Г. Носову (Днепропетровск), канд. биол. наук О. Хренникову (Германия), канд. мед. наук, доценту А.А. Убейконю (Крым), днепропетровским врачам Н.Н. Ивановой, Я.С. Варшавскому, О.А. Дмитриевой, Н.Я. Варшавской, Ю.И. Итакаеву, В.Ф. Пличко, Н.Н. Трембач, П.П. Радченко, В.А. Гончаренко, В.Н. Катане, генеральному директору Днепропетровского психоневрологического центра О.Е. Ефимову, заместителям по медчасти, доктору мед. наук М.Ф. Андрейко и доктору мед. наук А.Д. Левченко. Благодарю инженера-физика А.Н. Галушку за полезные консультации по математической статистике.

Слова участия и признательности хочется сказать всем тем, кто, наверное, никогда не прочтет эту книгу, но без кого она ни за что не могла бы появиться на свет, – моим пациентам. Теоретические положения книги опираются на 25-летний опыт работы в психиатрии и клинический материал, который выстроен по принципу «мозаики», составленной из «кусочков» сотен человеческих судеб. Каждый из них занимает свое целеполагаемое место, внося оригинальную лепту в системное осмысление проблемы. Надеюсь, что, таким образом мне удалось придать страданию больных смысл, поднимающийся над повседневностью, и тем самым оплатить перед ними свой долг хотя бы отчасти.

Особую благодарность приношу своему мужу – Александру Леонидовичу Пушкашу, который взял на себя труды по набору и предварительной верстке оригинал-макета этого издания.

Часть 1

Современные представления об эволюционных моделях параноидной шизофрении (исторический очерк)

- Эволюционно-биологические исследования шизофрении
- Обоснование и предпосылки историогенетического подхода
- Современные представления об историогенетических моделях параноидной шизофрении
- Психолингвистические аспекты исследования

Суть шизофрении –
это суть человечества, та суть,
которую болезнь открывает,
а страдающий шизофренией
«вновь обретает».
А. Эй

Руководство принципами эволюционизма в психоневрологии имеет давние традиции и связано с именами B.A. Morel (1857), H. Maudsley (1867), Л.А. Орбели (1949), Л.С. Выготского (1934), С.Н. Давыденкова (1947), И.П. Павлова (1949). Становление системного эволюционного подхода в психиатрии было инициировано работами J.H. Jackson (1884), сформулировавшего основной постулат о развитии психопатологии в учении об «эволюции – диссолюции», согласно которому при психических заболеваниях с первичным поражением высших, эволюционно молодых и дифференцированных слоев психики и выпадении их функций происходит высвобождение (диссолюция) более древних, нижележащих и менее дифференцированных слоев. Отсюда следовало, что хронология заболевания в онтогенезе, повторяющая этапы эволюции, может быть полезной моделью для реконструкции динамики данного заболевания в макровременной последовательности. В дальнейшем эта позиция была усилена воззрениями многих ученых на симптоматику психической болезни как комплекс биологически детерминированных в филогенезе адаптивных, но гипертрофированно-искаженных реакций в ответ на мозговые расстройства и дезинтеграцию психики (Давыдовский И.В., 1962; Гиляровский В.А., 1973; Меграбян А.А., 1984; Faucault M., 1961; Arieti S., 1974). Эта идея оказалась плодотворной для разработки эволюционных концепций ряда психических нарушений нешизофренной природы: истерии (Janet P., 1911), ночного сомнамбулизма и летаргии (Поршнев Б.Ф., 1981), страха, тревоги и депрессии (Зурабашвили А.Д., 1976; Price J., Sloman L., Gardner R. et al., 1992; McGuire M. et al., 1981), эпилепсии (McMurray J., 1973).

Приступая к освоению историогенетической парадигмы бредовой шизофрении нельзя обойти вниманием вопросы биогенеза этой болезни. Первостепенный интерес представляют исследования биологических основ шизофрении как единой нозологии, проливающие свет на доисторические предпосылки бредовых феноменов.

Глава 1.1.

Эволюционно-биологические исследования шизофрении

Филогенетически ориентированные подходы в исследованиях шизофрении опирались прежде всего на экспериментальные данные наблюдений за патологическими формами поведения на биологических моделях. Было установлено, что фармакологическое моделирование психозов у животных воспроизводит кататоноподобные типы реакций: каталепсию, яктации, двигательные стереотипии, неофобию, манежный бег, чередование гиперактивности с пассивностью (Короленко Ц.П., Колпаков В.Г., 1976; Machiyama Y. et al., 1970; Bloom F. et al., 1976; Klemm W.R., 1976), а моделирование иммобилизационного стресса у приматов позволяет проследить аналогии с гебефреническим синдромом (Бутовская М.Л., Дерягина М.А., 1986). С другой стороны, сравнительно-этологический анализ люцидно-кататонических проявлений шизофрении как основных синдромальных, так и самых тонких двигательных нарушений обнаруживает наибольшее типологическое сходство с естественными адаптивными комплексами «застывание–бегство» и» удаление–приближение» у животных; клиника же простой и параноидной форм наиболее точно реконструирует в своей клинике архаическое (магическое) мышление в сфере историогенеза (Самохвалов В.П., 1989, Hinde R.A., 1970). Сама же болезнь стала рассматриваться В.П. Самохваловым как процесс, включающий «клинические феномены разной стадиальной глубины, взаимосвязанные в эволюционном времени».

Что касается биологического моделирования патологии галлюцинаторно-бредового спектра, то попытки осуществить его, по данным литературы, позволили получить лишь весьма косвенные представления. Так, G. Ellison et al. (1981) реакции типа «глазения», «озирания», импульсивного изменения поведения, чередования атакующего поведения и бегства, хватательных движений в воздухе при амфетаминовых интоксикациях у обезьян расценивают как галлюцинации. Очевидно, что такие эксперименты способны моделировать расстройства перцепции только в пределах первой сигнальной системы, но они абсолютно исключены в отношении «второсигнальных» расстройств – бреда и вербальных галлюцинаций в силу понятных различий психики у человека и животных. Кроме того, невозможность самоотчета о переживаниях делает подобные методы малопригодными для антропологического сравнения.

И все же, памятуя о непрерывности эволюционного процесса – с одной стороны, и эволюционном континуитете четырех клинических форм шизофрении (кататоническая – гебефреническая – простая – параноидная) – с другой, было бы непростительной ошибкой полагать, что не существует никакого эволюционно-генетического родства между бредом и биологическими основами поведения. Опосредующим звеном этого родства, по мнению Ц.П. Короленко, В.Г. Колпакова (1976), В.Г. Колпакова и соавт. (1985), служит «преломленная через чрезвычайно возросшую сложность человеческой психики, кататоническая реакция». В филогенетических механизмах бреда прослеживается кататонический характер ряда нарушений мышления и восприятия, сходных с ригидностью, застыванием, возбуждением, стереотипиями. Подтверждением является тот факт, что введение животным галлюциногенов вызывает кататонические дискинезии. Кроме того, клинические наблюдения указывают на существование феноменологических «зон перекрытия» между кататоническими формами и параноидными, свидетельствующих в пользу их генетического единства. Шизофазия, психические автоматизмы, мыслительная спутанность рассматриваются этими авторами вслед за предшествующими исследователями (Кронфельд А.С., 1940) как элементы кататонического гиперкинеза в когнитивной сфере, а бредовое озарение и онейроид сравниваются с состоянием «сверхбодрствования» у животных