

## К истокам формирования концепций раннего слабоумия в работах Э. Крепелина и шизофрении в работах Е. Блейлера

А.А. ДВИРСКИЙ, А.Е. ДВИРСКИЙ

### The origins of the formation of the Kraepelin's concept of dementia praecox and Bleuler's concept of schizophrenia

A.A. DVIRSKY, A.E. DVIRSKY

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина

**Ключевые слова:** шизофрения, первичные и вторичные симптомы, латентная шизофрения.

**Key words:** schizophrenia, primary and secondary symptoms, latent schizophrenia.

Концепция раннего слабоумия сформировалась у Э. Крепелина<sup>1</sup> во время его пятилетнего (1886—1891) пребывания в России, в Дерптском университете, где он преподавал психиатрию. На заседании Совета этого университета 30 мая 1886 г. за выполненную в 1882 г. под руководством Б. Гуддена научную работу «О влиянии острых заболеваний на возникновение психических болезней» [23], Э. Крепелину присвоили ученую степень доктора медицины, а через месяц его избрали ординарным профессором. В течение нескольких месяцев Э. Крепелин на основании нозографических работ К. Kahlbaum [20, 21] подготовил иннаугурационную лекцию о состоянии психиатрии и перспективах ее развития [24]. На базе психиатрической клиники Дерптского университета он начал исследовать закономерности течения и исходов психозов<sup>2</sup>.

В 1896 г. в пятом издании «Учебника психиатрии» Э. Крепелин [25] выделил *dementia praecox*, куда включил кататонию и параноидную деменцию. Через 3 года в шестом издании учебника [26] он смягчил трактовку раннего слабоумия, указав, что оно представлено «состоянием своеобразной слабости» (выделено Крепелином).

Известно, что концепция раннего слабоумия Э. Крепелина подвергалась обоснованной критике [6, 11, 15], поскольку это заболевание не всегда проявлялось в раннем возрасте и не всегда заканчивалось слабоумием. В то же время она стимулировала появление работ, ее подтверждающих и развивающих. К их числу следует отнести описание в 1903 г. О. Diem [19] простой формы раннего слабоумия, а также представленную в 1908 г. публикацию Е. Блейлера [15] «Прогноз раннего слабоумия (группа шизофрений)».

В многочисленных руководствах по психиатрии и монографиях, посвященных шизофрении, как отечественные [7], так и зарубежные авторы [29], в том числе и немецкие, указывают, что вместо *dementia praecox* Э. Крепелина в 1911 г. швейцарский психиатр Е. Блейлер [16] предложил термин «шизофрения». Это мы находим и в книге «История психиатрии» Ю.В. Каннабиха [5], и в монографии Ж. Гаррабе [2] «История шизофрении», хотя отдельные исследователи [3, 27] отмечают, что этот термин

Е. Блейлер [15] предложил еще в 1908 г. Речь идет о работе «Прогноз при раннем слабоумии (группы шизофрении)», в которой Е. Блейлер [15] в согласии с Э. Крепелином [25, 26] считал, что раннее слабоумие представлено клинической картиной ряда заболеваний. Библиографическая редкость и научная значимость этой публикации Е. Блейлера указывают на необходимость более глубокого анализа ее содержания. Е. Блейлер отмечал, что «при раннем слабоумии Э. Крепелина не идет речь ни об обязательном слабоумии, ни об его обязательном раннем появлении». Из определения раннего слабоумия, по его мнению, невозможно «провести объективные и существенные выводы»: «...Мне кажется маловероятным, чтобы при всех обстоятельствах прогноз степени слабоумия являлся интегральной составной частью понятия группы». В связи с этим автор считает возможным вместо раннего слабоумия Э. Крепелина воспользоваться определением «шизофрения». По утверждению Е. Блейлера, «разрыв, расщепление, психических функций является решающим симптомом для всей группы». Отмеченное положение автор полагал обосновать в следующей работе. Это была публикация «О раннем слабоумии как группе шизофренических психозов» [16], вышедшая в 1911 г.

На основании трактовки шизофрении Е. Блейлера, представленной в работе «Прогноз при раннем слабоумии (группы шизофрении)» [15], в 1909 г. Е. Stransky [28] пришел к заключению, что в основе раннего слабоумия лежит несогласованность между различными сферами психической деятельности, которую автор обозначил термином «интрапсихическая атакия». При этом необходимо отметить, что еще в 1834 г. П.А. Бутковский [1] при описании бешенства, соответствующего галлюцинаторно-параноидной шизо-

<sup>1</sup>В русской транскрипции в статье в соответствии с ее названием приводятся только имена Э. Крепелина и Е. Блейлера.

<sup>2</sup>Почти на 30 лет раньше, чем К. Kahlbaum, основоположник российской психиатрии П.А. Бутковский [1] в 1834 г. впервые описал кататонию и, выделяя нозологические критерии психозов, писал: «Душевные болезни, так же как и телесные, имеют свои предвестники, свое течение, свои переходы и исходы».

френии, впервые это понятие описывал, выделяя психопатологические нарушения, при которых «чувствования, мысли и склонности обнаруживаются без связи и порядка».

Помимо введения термина «шизофрения», Е. Блейлер [15] основной целью исследования ставил выявление факторов прогноза течения шизофрении и исходных состояний. С этой целью им проводился анализ трех различных контингентов больных шизофренией. Вначале исследовались архивные сведения о 647 больных шизофренией, которые в течение 8 лет находились на лечении в больнице в Бухгольце, расположенной недалеко от родного села Е. Блейлера. Здесь он начинал работать, а потом руководил ею (с 12-летним перерывом), начиная с 1881 до 1927 г., будучи также профессором психиатрии медицинского факультета университета в Цюрихе. Кроме того, им были получены данные о 475 больных с исходными состояниями, пребывающих в колонии, а также проводился анализ 125 больных шизофренией, находящихся под его личным наблюдением.

Остановимся прежде всего на результатах наблюдения упомянутых выше 647 больных. Они позволили ему сделать заключение, что сборное понятие наследственной отягощенности, куда включались психозы и неврозы, не оказывает влияния на прогноз течения шизофрении. При этом автор отмечал, что «новые способы рассмотрения этой проблемы, ...возможно, покажут некоторое различие» (согласно современным данным [22], идентичная наследственная отягощенность рассматривается как фактор, способствующий неблагоприятному течению шизофрении). Острое начало психоза, а также манифестные проявления шизофрении, характеризующиеся маниакальной и депрессивной симптоматикой и острой бредовой спутанностью, имеют благоприятное значение для прогноза шизофрении. Е. Блейлер [15] подчеркивал, что «острый психоз не всегда представляет собой начало заболевания, а является эпизодом в течении процесса, который начался постепенно». Автор считал, что у мужчин параноидная шизофрения имеет лучший прогноз, а при кататонии — худшие шансы, чем у женщин; для гебефренической шизофрении отличий не выявлено.

Е. Блейлер [15] полагал, что отдельные симптомы не могут иметь прогностического значения. Однако указывал, что выраженная и длительная катаlepsия свидетельствует о хорошем прогнозе заболевания. Для оценки прогноза и исхода шизофрении, по его мнению, может иметь значение и уровень интеллекта. В дальнейшем Г. Модзли [9] также отмечал влияние уровня интеллектуальных способностей у людей на клинические особенности и исход помешательства: «Развалины дворца должны быть обширнее и разнообразнее развалин хижин». Считалось также, что «анормальные характеры» обуславливают более тяжелые формы заболевания. Начало шизофрении после 30 лет более благоприятно в прогностическом отношении, климактерический возраст также не является в этом отношении угрожающим, начало заболевания в детстве, напротив, часто приводит к тяжелому исходу.

Е. Блейлер [15], кроме того, отмечал, что «состояние питания не имеет никакой связи с прогнозом». Заметим, что значительно раньше Ф. Пинель [10] указывал, что тяжесть течения помешательства во многом зависит от соматического состояния пациентов и морального режима.

К признакам, ухудшающим прогноз шизофрении, Е. Блейлер [15] относил преобладание таких симптомов,

как утрата психической живости, наличие аффективной тупости; исчезновение негативизма без улучшения эмоционального состояния, а также повышение массы тела при отсутствии острых проявлений болезни. Такие признаки Е. Блейлер [15] в отношении прогноза называл «малоутешительными».

При изучении 475 находящихся в колонии пациентов автор перешел к более подробному исследованию признаков прогноза течения шизофрении. Автор отметил, что в прогностическом отношении не выявил отличий с учетом половых различий. Он подчеркивал, что у больных с хорошей ремиссией тяжелые исходные состояния являются редкостью. У исследуемых пациентов «плохо определяются признаки параноидной, кататонической и гебефренической подгрупп. ...Чаще всего на первом плане находится картина слабоумия». Автор не соглашался с утверждением Э. Крепелина [25] о том, что исходы обладают признаками естественных форм. «Хронические кататонии или впоследствии выступающие на передний план кататонические симптомокомплексы, — утверждает Е. Блейлер [15], — имеют неблагоприятное прогностическое значение, ...тяготеют к состояниям тяжелого слабоумия». Острые кататонии имеют преимущественно благоприятное течение и редко встречаются у больных, находящихся в колониях. Среди пациентов, пребывающих в колонии, случаи параноидного слабоумия и пресенильного бреда ущерба Е. Блейлер [15] объединял в параноидную группу. Эти случаи преимущественно имели относительно благоприятное течение (отметим, что Э.Я. Штерберг [13] также отнес пресенильный бред ущерба к шизофрении).

Что касается последней когорты изученных Е. Блейлером 125 больных шизофренией, то у него была возможность распределить их по начальным проявлениям и исходу. Кататонические и собственно параноидные формы оставались таковыми на всем протяжении болезни. В то же время «параноидные» больные, у которых в начале заболевания отмечались легкие проявления напряженности в моторике и мышлении, в последующем становились «кататоническими» пациентами. Хронические кататонические состояния, часто присоединяющиеся к тяжелым дефектам, возникающим в процессе развития параноидных форм шизофрении, автор рассматривал в качестве признака тяжелого поражения мозга. Е. Блейлер не соглашался с утверждением Э. Крепелина [25, 26] о том, что исходные состояния обладают признаками естественных форм шизофрении. «Следует отказаться от поисков картин болезней внутри рамок шизофрении. ...Хронические кататонические симптомы являются признаком плохого прогноза. Они возникают при различных начальных формах». Поэтому формы «нельзя использовать в целях классификации». В последующем, в «Руководстве по психиатрии» при изложении клиники шизофрении Е. Блейлер [17] основывался на описании ее форм.

Е. Блейлер в рассматриваемой работе [15] подчеркивал также важность исследования проблемы индивидуального прогноза для шизофрении. По его мнению, менее тяжелым является заболевание у пациентов, которые не уходят от реальности, а сохраняют определенное социальное положение и работоспособность. В отношении прогноза Е. Блейлер считал применимым положение К. Kahlbaum [21], установленное для кататонии: «Процесс может остановиться на любой стадии. Он же может в любой стадии снова продолжать свое течение». Исходя из этого по-

ложения, Е. Блейлер сформулировал свое отношение к проблеме возможности выздоровления при шизофрении: «Если шизофренический процесс остановился на ранней стадии, то такой больной покажется выздоровевшим не только для обывателя, но и для многих психиатров». По его утверждению, «не существует при шизофрении выздоровления в смысле возврата к прежнему состоянию».

Анализируя больных шизофренией, находившихся под личным наблюдением, Е. Блейлер [15] в 1908 г. впервые предложил понятие латентной шизофрении. На это, очевидно, оказало влияние повторное открытие в 1900 г. законов Г. Менделя [8], в которых нашло отражение существование наследственного признака в скрытом, латентном состоянии. Е. Блейлер латентную шизофрению охарактеризовал следующим образом: «Если болезнь не стала манифестной через острый приступ, то такие случаи могут оставаться латентными. Латентная шизофрения встречается, по-видимому, часто, поскольку об этом можно судить по случайно выявленным».

Таким образом, как справедливо указывает А.Б. Смулевич [12], начало учения о стертых, латентных формах шизофрении положили исследования Е. Блейлера [16], опубликованные еще в 1911 г., хотя некоторые авторы [14] полагают, что она была описана Л.М. Розенштейном в 1933 г. Эти благоприятные формы шизофрении в дальнейшем описывались под почти 20 различными названиями [12].

Продолжая описывать факторы прогноза, Е. Блейлер [15] отмечал: «Чем раньше будет возвращен больной к нормальным условиям жизни, тем больше шанс остаться социально пригодным. ...Больной, который ...ведет неупорядоченный образ жизни, имеет больше шансов снова заболеть, чем живущий спокойно». Алкоголь оказывает неблагоприятное влияние на течение шизофрении и социальную адаптацию, «он и легкие шизофрении делает социально невозможными».

Е. Блейлер [15] указывал, что у больных шизофренией имеется дефект логики: «Нередко он не в состоянии сделать совсем простое заключение. ...Шизофреник не является слабоумным вообще, но он является слабоумным по отношению к определенным вопросам в определенное время на определенные комплексы».

В целях определения прогноза Е. Блейлер подчеркивал важность «способности отдельных симптомов и синдромов к обратному развитию». В связи с этим он отмечал необходимость выявления специфических симптомов шизофрении, к которым он относил «ассоциативные и аффективные расстройства», рассматривая их в качестве «первичных симптомов, принадлежащих непосредственно к болезненному процессу». Он констатировал, что они «являются мало обратимыми, и чем они выражены, тем хуже прогноз». «Склонность к галлюцинированию ...возможно, отражает тенденцию шизофренической психики стереотипизировать любые процессы». По его мнению, «вторичные симптомы выступают в результате реакции больной психики на раздражения окружающего мира и на собственные стремления. ...Депрессивные состояния со страхом имеют значение вторичного симптома». Острые синдромы обыкновенно являются преходящими, напоминая в этом отношении инфекционные симптомы. Таковыми являются маниакальные и депрессивные волны, сумеречные состояния и приступы ярости. Острые ката-

тонические состояния имеют благоприятное течение, а неблагоприятное значение они приобретают в хроническом состоянии.

Нарушение ассоциаций при шизофрении, считал Е. Блейлер [15], обусловлено тем, что «физиологические задержки и пути потеряли свое значение, привычные пути теряли свою предпочтительность, из-за этого течение мыслей теряется легко в непривычных и неправильных путях, ...что означает потерю логических функций. ...В острых состояниях это приводит до разрыва ассоциаций на мелкие клочки. ...Ни одна мысль не додумывается до конца и, потому что множество противоречивых побуждений сосуществует рядом, и не может осуществиться никакой синтез между аффективной и интеллектуальной деятельностью».

Приведенные высказывания Е. Блейлера дают основания напомнить, что почти 75 годами раньше в близких выражениях описывал и давал физиологическую трактовку расстройствам ассоциативного процесса П.А. Бутковский [1] при состояниях «глупости», соответствующих простой форме шизофрении. Основным расстройством у этих больных, по утверждению П.А. Бутковского, является «ослабление мозга и упадок отправлений его, ...мыслительная способность их не имеет довольно энергии, лишена направления, нужного для целости отправлений, от чего происходят весьма противоположные понятия, следующие независимо одни от других без связи и основания. Они говорят несвязно, ...идей не совокупляют с теми, которые предшествовали или следуют после» (ч. II, с. 74). Сходное с описанным состояние снижения психической активности в последующем описывалось и К. Conrad [18] в качестве редукции психического потенциала.

Е. Блейлер [15] допускал возможность сочетания шизофрении с маниакально-депрессивным психозом: «Маниакальные и депрессивные колебания ...в редких случаях производят впечатление осложнения шизофрении маниакально-депрессивными явлениями. Иногда они выявляются шизофреническим процессом». В последующем была предложена клиничко-генетическая концепция такого рода сочетанных эндогенных психозов [4].

Что касается конечных состояний, то Е. Блейлер [15] подчеркивал, что «при шизофрении «состояние затишья может наступать в любой стадии процесса. ... Позднее излечение не является доказательством ошибочного диагноза». На отдаленных этапах заболевания «шубы могут протекать «без шума и звона», как простое, но быстрое нарастание слабоумия». К конечному состоянию шизофрении он относил «период, когда болезнь не может двигаться или иметь обратное развитие», хотя при этом сомневался в существовании истинного конечного состояния.

Приведенные в настоящей статье факты показывают, что в конце XIX столетия Э. Крепелин, основываясь на критерии исходного состояния, сформулировал концепцию раннего слабоумия. Опровергая такой подход к систематике психозов, Е. Блейлер вместо раннего слабоумия впервые в 1908 г., а не в 1911 г., предложил термин «шизофрения», обосновав ее существование психопатологическим анализом, выделением факторов прогноза течения и исходов шизофрении, с учетом его первичных и вторичных симптомов заболевания. Он впервые представил и латентную шизофрению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бутковский П.А. Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом ее содержании (в 2 частях). Ст-Петербург 1834; 1: 168; 2: 160.
2. Гаррабе Ж. История шизофрении. Пер с франц. М 2000.
3. Двирский А.А. Клинико-генетические особенности шизофрении, коморбидной с психическими и поведенческими расстройствами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Симферополь 2003; 394.
4. Двирский А.Е. Сочетанные психозы и их клинико-генетический аспект. Научные исследования и проблемы преподавания в психиатрии. М: Наука 1987; 47—49.
5. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М: Госмедиздат 1928; 520.
6. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Издание 2-е, перераб. автором. М: Типо-литография В. Рихтера 1901; I: 677.
7. Кронфельд А.С. Современные проблемы учения о шизофрении. Труды института им. Ганнушкина. Выпуск первый. М 1936; 7—56.
8. Мендель Г., Нодэн Ш., Саржэ О. Опыты над растительными гибридами (1865). Избранные работы. Пер. с нем. М: Медицина 1968; 105—139.
9. Модзли Г. Физиология и патология души (1867). Пер. с англ. Ст-Петербург 1871; 525.
10. Пинель Ф. Врачебно-философское начертание душевных болезней: Пер. с франц. со 2-го изд. (1809). М: Тип. Решетникова 1829; 338.
11. Сербский В.П. К вопросу о раннем слабоумии (*dementia praecox*). Журн невропатол и психиат 1902; 1—2: 33—60.
12. Смуглевич А.Б. Вялотекущая шизофрения. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Под ред. А.С. Тиганова. М: Медицина 1999; 1: 437—446.
13. Штерберг Э.Я. Принципы клинического отграничения инволюционных психозов. К вопросу доказательств их самостоятельности. Материалы Всесоюзного симпозиума по проблеме инволюционных психозов. М 1980; 11—27.
14. Эдельштейн А.О. К сужению границ шизофрении. Труды 2-го Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. М: Изд. орг. комитета съезда 1937; 488—499.
15. Bleuler E. Die Prognose der Dementia praecox (schizophreniagruppe). Allgemeine Leitschrift für Psychiatrie 1908; 65: 3: 436—464.
16. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig 1911; 420.
17. Bleuler E. Руководство по психиатрии (1916). Пер. с нем. с посл. нем. изд. Берлин 1920; 538.
18. Conrad K. Die beginnende schizophrenie. Stuttgart 1958.
19. Diem O. Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex). Archiv Psychiatry 1903; 37: 1: 111—187.
20. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Dansing 1863.
21. Kahlbaum K. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I Heft. Die Katatonie etc. Berlin 1874.
22. Kaplan H., Sadock B. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8 th edition — Baltimore: Williams and Wilkins 1997; 1401.
23. Kraepelin E. Über den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie 1881—1882; 11—12.
24. Kraepelin E. Richtungen der psychiatrischen Forschung. Leipzig 1887.
25. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. V Aufl. Leipzig 1896.
26. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. VI Aufl. Leipzig 1899.
27. Peters U.H. Wortfeld-Störung und Satzfeld-Störung. Interpretation eines schizophrenen Sprachphänomens mit strukturalistischen Mitteln. Arch Psychiat Nervenkr 1973; 217: 1—10.
28. Stransky E. Über der Demencia preaecox. Wiesbaden 1909.
29. Tolle P. Психиатрия с элементами психотерапии. Пер. с нем. Минск: Высш шк 1996; 496.