

К ПРОБЛЕМЕ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ДЕТСКИХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ПСИХОПАТИЙ (ШИЗОИДНЫЕ ФОРМЫ)¹

Г. Е. Сухарева

Структурно-аналитическое направление занимает видное место в современных течениях психиатрии. Проблема построения психоза (Бирнбаум), многомерной диагностики (Кречмер), дифференциации первичных и вторичных симптомов (Блейлер) — все это вопросы, представляющие собой определенный этап в развитии психиатрической мысли. Это новое направление в психиатрии оказало свое влияние также и в области психопатий. Ряд авторов, исходя из самых различных точек зрения [сомато-биологической — (Эвальд), психопатологической — (Кан), наследственно-биологической — (Гофман)], выдвигает вопрос о необходимости заменить клинкоописательный метод изучения психопатий структурно-аналитическим, конечной целью которого является анализ глубоких связей и соотношений отдельных компонентов психики (построение архитектоники личности по Бирнбауму).

Сложность проблемы конституциональных психопатий обуславливает необходимость подходить к разрешению ее с различных сторон и разными путями. Настоящее сообщение представляет собой методологическую попытку подойти к изучению психопатий иным путем, чем в наших работах о детских психопатиях. Если в ряде работ на детском материале мы ставили своей задачей выделить отдельные нозологически более или менее отграниченные формы детских психопатий, описать характеризующие их соматопсихические синдромы и тем самым подойти к вопросу их биологической подкладки, — то в настоящей работе пред нами стоит другая задача: проанализировать на основании нашего клинического материала динамику отдельных форм конституциональных детских психопатий, проследить,

¹ Доложено на съезде по изучению поведения человека в Ленинграде в январе 1930 г.

как идет развертывание психопатологической картины в зависимости от роста ребенка и окружающих его социально-бытовых и жизненно-ситуационных моментов.

Когда мы подошли к изучению психопатий путем динамического метода, перед нами открылась другая сторона этой проблемы — вопрос структуры отдельных форм психопатии. Прежде всего наше внимание обратил на себя факт сложности этой структуры. Анализируя развитие психопатологической картины в каждом отдельном случае психопатий, мы не могли не отметить неравнозначности отдельных симптомов с точки зрения их патогенеза и механизма их возникновения. На ряду с теми симптомами, которые являются специфическими, основными для данной формы психопатий и непосредственным выражением биологической недостаточности, мы отмечали еще ряд добавочных симптомов вторичных реактивных образований, которые должны быть рассматриваемы, как приспособление всей остальной личности к данной неполноценности, представляя собой результат действия различных компенсаторных механизмов, приспособляющих данную личность с определенной недостаточностью к данной жизненной ситуации. Только общее направление в развитии этих компенсаторных механизмов, тот путь, по которому идет реакция, зависит от личного предрасположения данного субъекта, содержание и форма реакции в значительной степени обусловлены внешними моментами: средой, воспитанием, уровнем развития, данной жизненной ситуацией и т. д.

От этого постоянного сочетания эндогенного и экзогенного, конституции и констелляции, от комбинации основных первичных симптомов со вторичными реактивными наслоениями получается очень сложная структура психопатологической картины в каждом отдельном случае. Отделить первичные основные симптомы от вторичных добавочных и реактивных образований — основная задача всякого структурного анализа.

Для того чтобы подойти к разрешению поставленных нами вопросов, мы предприняли собирание катамнестических сведений тех случаев детских психопатий, которые были прослежены нами в Детской психо-неврологической клинике НКЗ и детском доме для трудновоспитуемых девочек за последние 7 лет.

Поставленные нами задачи требовали тщательного отбора того материала, который вошел в обработку. Прежде всего мы остановились на группе конституциональных психопатий, исключив все врожденные психопатии, где можно думать только о поражении зачатков без наличия конституционных моментов и все экзогенно обусловленные психопатические состояния. Из отдельных случаев конституциональных психопатий мы выбрали более чистые, выраженные и наиболее длительно прослеженные случаи (не меньше 5 л.). Для удобства изло-

жения мы весь наш материал поделили на группы по конституциональным типам—шизоиды, циклоиды, эпилептоиды и т. д. В настоящем сообщении мы даем наш материал-группы шизоидных психопатий (нужно оговориться, что термин „шизоид“ мы брали не в кречмеровском, не в широком смысле этого слова, мы относили сюда более тяжелые, более ограниченные формы психопатий с определенным психопатическим субстратом). Всего нами прослежено 31 сл., 18 мальчиков и 13 девочек из различной социальной среды, возраст колебался от 8 до 19 л., длительность наблюдения от 5 до 7 л., из наших случаев 19 чел. уже прошли пубертатный период. Переходим к изложению полученных нами данных.

При изучении динамики какой-либо формы психопатий очень важно установить, как рано появляются первые симптомы.

На основании наших материалов мы не могли получить исчерпывающего ответа на этот вопрос, так как дети поступали к нам только в школьном возрасте. Сведений о раннем детстве и дошкольном периоде мы могли черпать только из анамнестических данных, которые в этом отношении не достаточно полны. Все же мы в 6 сл. получили сведения, что уже в возрасте 2—3 л. ребенок казался не таким, как все дети, чаще всего первые симптомы недостаточности шизоида родители устанавливают в дошкольном возрасте (14 сл.) и только в 2 сл. первые симптомы были замечены в школьном возрасте (в 9 сл. нет сведений у детей детских домов).

Неразрывно связанным с этим является вопрос, какие симптомы относятся к наиболее ранним и как идет дальнейшее развертывание клинической картины. На нашем материале наиболее ранние симптомы относятся к расстройствам психомоторики. Это вполне понятно, так как в раннем возрасте при малой дифференцированности психики большинство жалоб родителей относится именно к этой области, жалуются на повышенную двигательную возбудимость или вялость, на неустойчивость. Однако психомоторная недостаточность шизоидов резко отличается от того, что встречается у других дошкольников. Здесь уж очень рано обнаруживается характерная шизоидная биполярность между возбуждением и вялостью, причем возбуждение шизоида отличается стереотипностью, бесцельностью, здесь нет направленности на игру или какое-либо занятие и в патологическом заострении напоминает Katatonische Bewegungsdrang.

Медлительность и вялость шизоида напоминает кататоническую скованность: эти дети медленно едят, долго пережевывают пищу, медленно одеваются, начинают что-нибудь делать и вдруг останавливаются. Также качество движений (неуклюжесть, угловатость) рано обращает на себя внимание родителей. Далее к ранним симптомам должна быть отнесена также и та биполярность между автоматической под-

чиняемостью и негативизмом, свойственная кататоноидным формам: мягкие, послушные, нерешительные, подражающие всем детям, часто неожиданно обнаруживают резкий непреодолимый негативизм. Несколько позднее обнаруживаются характерные для шизоидов особенности в области жизни, влечений и эмоциональных реакций. Свойственные им слабая потребность в эмоциональных связях, слабая привязанность к окружающим, часто обнаруживаются уже в раннем детском возрасте; это часто неласковые дети, с каким-то холодком.

Реже, но все же отмечаются и в дошкольном периоде элементы психо-эстетической пропорции настроения, легкая ранимость в определенном направлении, при общей эмоциональной вялости, слабая способность к отреагированию эмоциональных переживаний. Особенно рано обнаруживаются эмоциональные особенности у девочек шизоидов: неадекватность эмоциональных реакций, причудливость эмоциональных сочетаний, резкая амбивалентность и т. д. Интеллектуальные особенности шизоидов (наклонность к абстрактному, формальному, причудливость и автоматизм ассоциаций) обнаруживаются обыкновенно позднее, чем расстройство психомоторики, но уже в дошкольном возрасте часто обращает на себя внимание большая рассеянность, погруженность в себя, особая направленность интересов ребенка. Они не играют с детьми в общие игры, сами придумывают себе игру, не интересуются занятиями в детском саду. Характерная для данной возрастной фазы особенность задавать вопросы — часто принимает у детей шизоидов оттенок навязчивости. При чем вопросы их носят часто отвлеченный характер, в них нередко проскальзывает ипохондрический элемент, боязнь смерти и страх перед жизнью.

„Я верно долго не буду жить“, спрашивал один из маленьких наших пациентов; другой боялся, что он станет взрослым: в 5 л. боялся, что будет 6, в 6 л.—что будет 7.

Школьный период, начало обучения, жизнь в коллективе являются для шизоидов сильными раздражителями и дают дальнейшее развертывание клинической картины со всеми ее добавочными наслоениями. Здесь отчетливо начинают выступать особенности социальной установки шизоидов. У дошкольников мы не имеем еще резко выраженного аутизма, если здесь есть элементы неуживчивости, отгороженности, то о настоящей замкнутости и скрытности говорить не приходится. Развитие этих черт должно расцениваться, как дальнейший сдвиг шизоидной личности, как реакция на недостаточное приспособление к окружающей социальной среде. К слабому контакту с окружающей средой, которая является характерной особенностью шизоидов, присоединяется еще момент травматизации от соприкосновения с детским коллективом. Резкая моторная отсталость, чудаковатость

шизоида, делает его непонятным остальной детской массе. Он вызывает ряд насмешек и шуток со стороны товарищей, отсюда реакция — еще большая замкнутость в себе, отход от коллектива.

Так мал. 12 л. рассказывает о себе: „Я не такой был, как все дети, другие мальчики ловкие в играх, меня не берут“ — характер детей таков, что выбирают сильных. Другой рассказывает: „Я всегда был неуклюжим, не мог играть с детьми, играя лишь в такие игры, что можно было бы без товарищей“.

Следующий симптом, который особенно ярко начинает обнаруживаться в школе, это гебефреническое поведение, манерность, гримасничанье, склонность к дурашливости, к нелепым играм. Эта особенность обнаруживается часто еще у дошкольников, но особенно яркой она делается к началу препубертатного периода. Появление этих особенностей в школе может быть рассматриваемо не только как известный возрастной этап выявления шизоидных компонентов, но и как определенная реакция приспособления к школьной среде; ребенок старается занять какую-либо позицию в коллективе, где его не признают, и выбирают для него наиболее удобную позицию шута.

В школьном периоде появляется ряд новых синдромов, представляющих собой продукт постоянного взаимодействия основных конституциональных особенностей с определенной средой и переживаниями. Из них мы остановимся только на двух, которые наиболее часто встречались на нашем материале: психостеническом и параноидном. Психостенический наиболее часто встречается как реакция на плохую приспособляемость к требованиям окружающей школьной среды у особого типа шизоидов, мягких, податливых, с пониженным жизненным тонусом. Отгороженность от коллектива, постоянные насмешки создают чувство неполноценности, страх перед более сильными товарищами, отсюда робость, нерешительность, астеническая установка в отношении к окружающим. Доказательством реактивности этого синдрома служат те из наших случаев, где он является непостоянным и исчезает при перемене ситуации. Еще более ясна реактивность в образовании параноидного синдрома. Наиболее благоприятная почва для его возникновения создается, когда шизоид эмоционально холодный, стеничный, с повышенной самооценкой и эгоцентризмом попадает в такие условия, которые ранят его самолюбие. Постоянное желание выдвинуться, быть лучше других при сознании своей неполноценности создает тревожный эмоциональный фон, подозрительность, недоверчивое отношение к окружающим. Принципиальность, негибкость шизоида способствует возникновению характерного признака параноидного симптомокомплекса у шизоида — это утроянное чувство справедливости, постоянное желание искать всюду правду, сугуботребовательное отношение к другим при недостаточной

требовательности к себе. Этот параноидный синдром в более раннем возрасте мало заметен, делается более выпуклым параллельно росту личности.

Таким образом мы видим, что к началу пубертатного периода шизоидная личность уже в основных своих чертах является сложившейся, в отдельных случаях мы могли отметить даже сглаживание некоторых патологических наслоений, личность как бы приспособилась к окружающей обстановке. Наступление пубертатного периода знаменуется новыми динамическими сдвигами. Клиническая картина этих пубертатных изменений очень разнообразна. Прежде всего, здесь надо отметить ряд особенностей физиологических для данного периода, не связанных с каким-либо конституциональным типом, как повышенная возбудимость, неустойчивость, эгоцентризм, грубость, снижение интеллектуальной продуктивности, изменение со стороны моторики и телосложения.

Не останавливаясь на них, мы отметим лишь то специфическое, что вносит шизоидное предрасположение в картину пубертатных изменений.

Время наступления пубертатного периода у шизоидов представляет собой больше вариаций, чем у других типов. Из 13 дев. мы в 5 сл. имели запаздывание менструаций к 15—16 г., в 3 сл. чрезмерно ранние — к 11 г. Основной симптом пубертатного периода — преобладание сексуальных интересов над всеми остальными — у шизоидов принимает несколько своеобразную окраску. В своих сексуальных устремлениях они меньше направлены на противоположный пол. Наиболее частым выражением повышенной сексуальности у шизоида (особенно у мальчиков) являлся онанизм, который часто принимает упорный характер. Гомо-сексуальные тенденции, которые вообще свойственны данному возрасту, у шизоидов встречаются значительно чаще и в некоторых случаях принимают характер выраженных перверзий (мы отмечали их в 4 сл.). В тех случаях, где интерес к другому полу имел место, отмечается также ряд специфических для шизоида особенностей: большая амбивалентность в отношении к своему объекту при внешней грубости, большая нежность, сентиментальность. Течение пубертатного периода у шизоидов не только своеобразно по своей клинической картине, но и более тяжелое. Здесь чаще пубертатные изменения достигают той степени тяжести, когда можно говорить уже о психопатических кризисах. Таких было 4 сл. на нашем материале.

По своей клинической картине эти кризисы представляют ухудшение общего состояния, заострение основных шизоидных особенностей. Длительность этих пубертатных ухудшений — от нескольких месяцев до года, прогноз хороший; во всех наших случаях мы

имели восстановление прежнего состояния. Если судить по нашим катамнестическим данным, то после пубертатного периода наступает сглаживание многих психопатических особенностей, подростки делаются ровнее и спокойнее. Исключения представляют 2 сл. заболевших шизофренией, о которых будет сказано ниже.

Другими словами, мы можем сказать, что собранный нами катамнестический материал дает нам право поставить для наших случаев шизоидных психопатий удовлетворительный прогноз как в смысле влияния на них лечебно-педагогического учреждения, так и дальнейшей их судьбы. Важным для суждения о прогнозе шизоидной группы является вопрос о возможности дальнейшего заболевания шизофренией. Из всех наших случаев мы лишь в двух имели развитие шизофренического процесса в пубертатном возрасте, во всех остальных катамнез вполне удовлетворительный: кривая их развития не имеет тенденций к ухудшению, наоборот, как отмечено было выше, отмечается определенное выравнивание патологических сторон психики по окончании пубертатного периода. Так из 19 чел., прошедших пубертатный возраст, 6 устроились на производстве и живут самостоятельно, 9 окончили школу-семилетку, часть из них учится на спецкурсах и в вузах. (Правда, приспособление к жизни этих подростков часто встречает затруднение: они обнаруживают беспомощность, растерянность во многих жизненных вопросах, мало инициативны, нуждаются в подпорках извне. Но здесь должно быть принято во внимание, что нами были отобраны для настоящей работы наиболее выраженные формы шизоидных психопатий.) Удовлетворительный прогноз данной группы психопатий подтверждает правильность отграничения ее от легких форм шизофрении.

Нужно лишь сказать, что среди тяжелых форм шизоидных психопатий с малой продуктивностью, с большим количеством невротических надстроек существуют случаи, которые при современном состоянии наших знаний не могут быть отграничены от легких медленно-текущих шизофрений. По отношению к этим тяжелым формам (в смысле отграничения их от шизофрении) мы считаем пужным высказаться более осторожно, чем в нашей первой работе о шизоидной психопатии.

Из всего вышесказанного о динамике шизоидных психопатий следует, что основные особенности данной группы появляются рано и как определенная тенденция к развитию проходят через все возрастные этапы, но в различные периоды детства то одни, то другие особенности выступают на первый план. Те симптомы, которые ближе всего к биологическим корням, которые представляют собой первичную основу болезненного предрасположения, относятся к числу наиболее ранних. Чем старше ребенок, чем дифференцированнее его пси-

хика, тем сложнее и богаче у него симптоматология шизоидной психопатии, тем большее место в клинической картине занимают вторичные, реактивные и компенсаторные образования.

Таким образом при помощи анализа динамики шизоидных психопатий нам легче было выделить из сложной психопатологической картины первичные основные психические симптомы. Они сводятся к следующему: 1) расстройство психомоторики — нелепость, угловатость движений, своеобразная биполярность между возбуждением и вялостью, автоматизм, стереотипия; 2) расстройства жизни, влечений и эмоциональных реакций, выражающиеся в слабой аффективной привязанности к окружающим, отсутствии единства эмоциональных переживаний; 3) особенности ассоциативной работы и мышления: причудливость ассоциаций, склонность к отвлеченному, автоматизм, недостаточная гибкость.

Эти основные симптомы являются непосредственным выражением биологической недостаточности шизоида. Где нужно искать корни недостаточности? В литературе по этому вопросу, а также в наших предыдущих работах о шизоидных психопатиях мы встречаем предположение, что биологическую подкладку этой группы нужно искать во врожденной неполноценности определенных мозговых систем (экстрапирамидной) и в какой-то аномалии эндокринного аппарата.

Дальнейшие наши наблюдения подтвердили это предположение и дают право думать, что этой биологической неполноценностью можно объяснить основные черты шизоидной психики. Нелепость, угловатость, плохая приспособляемость во всех двигательных актах распространяется также и на ряд других функций в интеллектуальной и эмоциональной жизни шизоидов. Шизоид „нескладен“, „негибок“ во всей своей социальной установке. Жизнь влечений складывается у него своеобразно, отчего контакт с внешним миром часто причудливо странный и всегда недостаточный.

Таковы основные симптомы шизоидных психопатий. Описанию вторичных симптомов, добавочных реактивных образований должна быть посвящена следующая часть настоящей работы. Рамки данной статьи не позволили нам затронуть этой проблемы целиком. Поэтому при клиническом анализе мы фиксировали наше внимание только на следующем моменте: есть ли какая-либо связь между реакцией и тем конституциональным фоном, на котором она возникает? Можно ли в этом разнообразии сложных характерологических построений отметить какую-нибудь закономерность? На основании наших данных мы на этот вопрос должны ответить утвердительно. Прежде всего при изучении нашего материала мы не могли не обратить внимания на тот факт, что шизоидная психика наиболее равна по отношению

к определенным раздражителям. К таким относятся все те моменты, которые связаны с ущемлением личности больного — его „я“,¹ и приводят к конфликтным переживаниям, как-то: суровое воспитание, с постоянным принуждением и обидами, всякие тяжелые жизненные ситуации, которые ранят самолюбие и вызывают чувство собственной неполноценности. Нередко отмечали мы также в истории личности наших больных травматизирующую роль разных семейных неурядиц: разлад между родителями, спор из-за ребенка, насильственная разлука с кем-либо из них, ревность к кому-либо из членов семьи. (Интересно отметить, что такие факторы, как материальная недостаточность, слабый надзор, связь с улицей, играют здесь значительно меньшую роль, тогда как в группе циклоидных психопатий этим факторам принадлежит первая роль при развитии реактивных состояний.) Далее, важно отметить, что на эти внешние вредные моменты шизоидная психика отвечает определенными реакциями.

Наиболее частой формой реакции на нашем материале были различные невротические состояния (мы наблюдали их в одной трети всех наших случаев). Можно думать, что частота данной реакции у шизоидов не случайна, ибо шизоидная психика (особенности жизни, влечения, отсутствие единства переживаний и слабое их отреагирование) дает ряд предуготованных механизмов для их возникновения.

В целях сокращения настоящей работы мы упускаем описание всех тех форм невротических состояний, которые отмечались на нашем материале, клиническая картина их была очень разнообразна, начиная от легких форм, где дело сводилось лишь к повышенной раздражительности, расстройствам сна, ночным страхам, до более тяжелых, где были налицо уж симптомы навязчивых состояний и истерических реакций. Мы упускаем также анализ структуры этих невротических построений у шизоида, считаем нужным подчеркнуть только, что они часто принимают здесь длительное течение, обнаруживают склонность зафиксироваться и плохо поддаются терапевтическому воздействию.

Другой частой формой реакции шизоида на внешние вредности являются различные характерологические сдвиги, длительные психогенные изменения характера. При изучении этих характерологических сдвигов наше внимание обратил на себя следующий факт: здесь нет резкой грани между психопатической реакцией и психопатическим состоянием, ибо наиболее сильные раздражители — шизоидная психика — отвечают более сильными реакциями, которые во многих случаях являются уже не обратимыми, в результате чего изменяется весь

¹ Этому вопросу должна быть посвящена отдельная работа.

структурный план личности и получается картина, которая в отличие от острых обратимых состояний может быть охарактеризована как патологическое развитие личности. В наших случаях это патологическое развитие личности шло по двум направлениям, во-первых: по линии обострения основных черт шизоидной психики (в неблагоприятной обстановке шизоид делается более медлительным и рассеянным, более замкнутым и аутичным и т. д.), во-вторых, по линии появления новых симптомов, не специфичных для какого-либо конституционального типа.

К таким симптомам относятся: грубость, озлобленность, жестокость, недоверчивость. Шизоидные психопаты, жившие в тяжелых условиях, по своим аффективным проявлениям дают сдвиг в сторону анестетического пояса, это большей частью холодные субъекты, грубые, упрямые. Объяснить механизм возникновения этих изменений характера не представляет затруднений, тяжелые внешние условия восстанавливают шизоида против окружающей среды, он делается недоверчивым, озлобленным, не имея возможности утвердить свое „я“ соответствующим путем, он часто действует паралогическим способом, агравирует все свои отрицательные стороны, нарочно бывает грубым, дерзким.

Шизоидные психопаты, которые провели несколько лет в детских домах плохо поставленных, дают характерную картину такого патологического развития личности. Они более дерзки, грубы, негативистичны. Общий эмоциональный фон более угрюмый, параноидный синдром у них встречается чаще, чем у других шизоидов.

На ряде других примеров из нашего материала мы могли отметить различные характерологические сдвиги то в сторону эмоциональной тупости, то повышенной раздражительности. Во многих случаях со сложными характерологическими построениями не легко решить происхождение данного синдрома, вызван ли он внешним моментом или он только спровоцирован определенным переживанием у соответственно предрасположенного субъекта. Чаще всего разрешение этого вопроса можно найти как в специфических особенностях данной личности, так и данного переживания.

Из приведенного выше структурного анализа шизоидной психопатии можно сделать вывод, что внешние факторы в состоянии модифицировать развитие шизоидного характера, что клиническая картина шизоидной психопатии не представляет чего-либо устойчивого, и в течение жизни субъекта под влиянием среды и переживаний дает ряд колебаний в ту или иную сторону. Основной путь этих колебаний — направление реакций — находится в пределах данной конституции.

Выводы.

1. Развитие шизоидных психопатий не должно рассматриваться как пассивное развертывание генетически заложенной недостаточности, это есть динамическое явление, процесс приспособления данной личности к данной среде.

2. Шизоидная психопатия в основных своих симптомах проявляется уже в раннем детстве. Развитие ее симптоматики идет часто неравномерно, дает много толчков и сдвигов, под влиянием экзогенных моментов.

3. В картине шизоидных психопатий нужно различать два ряда симптомов: а) основные первичные симптомы, которые являются непосредственными психическими проявлениями биологической недостаточности, б) вторичные симптомы в форме различных реактивных состояний, характерологических сдвигов, представляющие собой результат сложного взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов.