

Библиография и рецензии.

К проблеме шизофрении. Под редакцией Рапопорта и проф. Бруханского. 230 стр. Медгиз. 1934 г. Цена 4 руб.

Книга эта представляет сборник трудов Московского городского невро-психиатрического института. Центральное место в сборнике занимает статья Бруханского: „К теории шизофрении“, в которой автор старается обосновать свое понимание шизофрении Блейлера-Кречмера, как „шизофрении развития“, в противоположность к гетерогенно-органическим процессам, как самостоятельной форме болезни, с „телесно ощущимой“ симптоматикой.

Понятие „шизофрении развития“ Бруханского берет свои истоки в учении Ясперса о развитии личности. Однако, Ясперс не докатился до „шизофрении развития“. Это досталось в удел Бруханскому.

Группа шизофрений, как известно, сборная группа. Предполагается, что в эту группу входят генетически различные заболевания. Основная проблема на сей день — это выделить из общего котла, называемого dementia praecox или шизофрения, „генетически чуждые“ „настоящей шизофрении“ заболевания. Эту проблему Б. решает „выделением группы — шизофрения развития“.

Что же такое „шизофрения развития“? Это — шизофрения без процесса, больше того — это просто на просто этап развития личности! На стр. 25 Б. пишет: „Как известно, Блейлер, Кречмер, Клод, Перельман и другие, расценивая шизофрению не как развитие, а как болезненный процесс, допускают необъяснимый и непонятный скачок в переходах шизоидия-шизофрения, допускают появление нового качества, формирующегося под влиянием каких-то внутренних сил. Критика таких воззрений дана Бумке, Эвальдом и др. В предлагаемой мною концепции перехода шизоидия (как шизофренного на фоне „аномалии развития“) — шизофрения (как психической вспышки) генетически понятны“.

Кроме того, что в этом абзаце есть много неверного по отношению к цитируемым автором, в особенности против Блейлера. Б. противопоставляет здесь шизофрению, как развитие, — болезни, болезненному процессу. Значит, „шизофрения развития“ не есть болезнь! — Я думаю, Б. этого сказать не хотел и сказать не может, а между тем так приблизительно получается.

У нас нет возможности остановиться здесь на подробной критике концепции Бруханского касательно шизофрении, которая в корне неправильна. Но термин „шизофрения развития“ сам по себе не выдерживает критики. Разве вообще-то болезнь, болезненный процесс не представляет собой развитие? Разве „процесс-психоз“ не есть в сущности развитие? Разве мы в состоянии исключить динамику, развитие из каких бы то ни было явлений внутри и вне нас? Как можно в таком случае „арендовать“ понятие „развитие“ для одной группы болезней и вызвать таким образом представление, что развитие в других случаях не играет роли, или играет лишь второстепенную роль? Разве это действительно соответствует марксологическому пониманию вещей, на которое Б. опирается в начале статьи, при изложении некоторых общих психологически-психиатрических понятий?

Сама попытка Б. похвальна. Нельзя не работать над проблемой генетического расчленения шизофрении. Но пока что, лучшие психиатрические умы напрасно бьются о каменную стену шизофрении. Концепция же Бруханского не жизнenna, она мертва, ибо в ее основе лежат совершенно неправильные предпосылки.

За статьей Б. следуют две статьи Финкельштейна: 1) „Параноидные симптомокомплексы при различных формах шизофрении“ и 2) „О природе галлюцинаций при шизофрениях“. А. отрицает наличие „настоящих“ галлюцинаций при шизофрении. По его мнению, мы имеем при шизофрении дело с псевдогаллюцинациями.

Казанская в статье „Клинико-статистический анализ наличного состава шизофреников невро-психиатрического института“ указывает на преимущества ее статистики перед обычной статистикой, которая, между прочим, не дает ничего для оценки действительного положения дела в отношении социальных связей душевнобольных. Фельдман разбирается в „Мимике у шизофреников“, иллюстрируя эту мимику на 12 photographиях. Фанченко и Левенсон („К вопросу о спинно-мозговой жидкости при шизофрении“) исследовали liquor у 78 шизофреников. В 68 случаях Lange оказался положительным, что подтверждает предположение, что шизофрения есть болезнь процессуально-органического происхождения.

Александровская („К клинике и патологической анатомии тромбозов центральных вен и синусов твердой мозговой оболочки“) утверждает, что валость реакции зрачков, статическая и динамическая атаксия, ригидность и гипертония мышц, манюкальные состояния с явлениями кататонической спутанности у „шизофреноидных“ больных позволяют подозревать наличие тромбов центральных вен и синусов.

Заканчивается сборник подробными рефератами книг немецких психиатров: Артур Кронфельд „Перспективы психиатрии“; Берце „Психология шизофрении“; Карл Шнейдер „Психология шизофреников и ее значение для клиники шизофрении“ и наконец Мауц „Прогностика эндогенных психозов“. Напомню здесь, что Галант еще в 1930 г. напечатал в „Казанском мед. журнале“ подробный реферат книги Мауца (№ 3).

В заключение следует сказать, что сборник Бруханского имеет большой интерес для психиатров и, пожалуй, вообще для врачей, несмотря на довольно крупные ошибки Бруханского и неправильность его концепции „шизофрении развития“. В извинение ошибок Бруханского процитирую слова Ленина: „На ошибках мы учимся“.

Ив. Галант (Ленинград).

Рефераты.

а) Невропатология и психиатрия

Берце (Joseph Berze. Die Insulin Chok-Behandlung der Schizophrenie. Wiener Med. W. № 49. 1933) приходит к заключению, что лечение известных случаев шизофрении инсулином можно считать показанным. Строго противопоказанным Берце находит предложенное Закелем (Sackel) систематическое лечение шизофрении *инсулинным шоком*, состоящим в провоцировании единовременными большими дозами инсулина глубокой гипогликемии, сопровождаемой весьма тяжелыми явлениями шока, которые небезопасны для здоровья больных и, при случае, могут вести к смерти. А. не отрицает, что лечение шизофрении шоком действует нередко благоприятно на течение болезни. Однако, принцип действия шока по Берце всегда один и тот же, и состоит он в *эмоциональном шоке*, сопровождающем физический шок. Надо поэтому изыскивать пути к применению менее вредной шоковой терапии, чем инсулинный шок. Таких путей много: вакцинационный шок, лейнотенный шок, металлоколлоидальный шок и т. д.

Ив. Галант (Ленинград).

Штенгель (Erwin Stengel. Zum Problem der Psychotherapie der Neurosen in der Klinik „W. M. W.“ № 50. 1933) сообщает, что в 1932 г. на общее количество поступлений в Венскую психиатрическую клинику числом 5960 (3264 мужчины и 2696 женщины) было 18 случаев навязчивого невроза (0,3%), из них 13 женщин и 5 мужчин. В связи с этим, А. обсуждает проблему психотерапии невротиков в психиатрической клинике и разбирает один случай навязчивого невроза, который он лечил в клинике не совсем удачно психоанализом.

Ив. Галант (Ленинград).

Галант (о роли и значении биогенетического метода для психоневрологических наук. „Советск. психоневрология“, № 3. 1933 г.) доказывает на ряде фактов из личного опыта применения им биогенетического метода в невропатологических и психиатрических своих работах, что биогенетический метод является весьма ценным научно-исследовательским методом, выдержанным в духе марксистско-ленинской методологии, а потому пользование им в психоневрологических науках следует считать плодотворным и следует его культивировать здесь и в будущем.

Ив. Галант (Ленинград).

Пинес (Ueber Familienähnlichkeit der Hirnfurchen und Windungen (Gebrüder Wl. und Nik. Bechterew). Zeitschrift f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 147. H. S. 1933) сравнивает морфологически головной мозг братьев Владимира и Николая Бехтеревых, причем для сравнения служили 120 морфологических признаков. 47,5% признаков оказались у братьев сходными, что позволяет говорить о семейном сходстве мозга, гомолатеральном в 32,5% и контралатеральном в 15% сходных признаков. Однако, это сходство несколько не сглаживает индивидуальных