

© Б.Е. Микиртумов, П.Ю. Завитаев, 2009  
УДК 616.896

**Для корреспонденции**

Завитаев Петр Юрьевич – ассистент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, врач-психиатр высшей категории Городского психоневрологического диспансера № 7 (со стационаром)  
Адрес: 198020, г. Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 50  
Телефон: (812) 251-91-33  
E-mail: zavit@rambler.ru

**Б.Е. Микиртумов, П.Ю. Завитаев**

## Проблемы психопатологии аутизма (сообщение 3)\*

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»  
St. Petersburg State Pediatric Medical Academy

### Challenges of autistic psychopathology (report 3)

B.E. Mikirtumov, P.Yu. Zavitaev

*This paper examines the clinical links between autism and other psychopathological phenomena and highlights the viewpoints of leading domestic and foreign researchers. The relationship between autism and negative symptomatology is reviewed in detail. The currently prevalent in domestic psychiatry trend towards narrowing down the concept of autism and using the notions of autization and schizoidization is traced. The paper winds up with the conclusion that the clinico-psychopathological method is inadequate for investigating the core essence of autism. A clinico-semantic approach is suggested for researching the peculiarities of verbal organization of the autistic experience.*

**Key words:** autism, autistic transformation of personality, autistic delirium, schizophrenic speech disorders

*В обзорной статье рассматриваются клинические связи аутизма с иными психопатологическими феноменами. Приводятся точки зрения ведущих отечественных и зарубежных исследователей. Подробно обсуждается проблема взаимосвязи аутизма и негативной симптоматики. Прослеживается доминирующая в отечественной психиатрии тенденция к сужению понятия аутизма, использованию понятий аутизации и шизоидизации. В заключении делается вывод о недостаточности клинко-психопатологического метода для изучения сущности аутизма. Для исследования особенностей речевой организации аутистического опыта предлагается применение клинко-семантического подхода.*

**Ключевые слова:** аутизм, аутистическая трансформация личности, аутистический бред, расстройства речи при шизофрении

### Клинические связи аутизма

Клинические границы аутизма и его связи с иной психопатологической симптоматикой изучены недостаточно. Понимание аутизма как проявления тенденции к интроверсии привело к клинической неопределенности самого понятия и, более того, к оценке в качестве аутизма различных психопатологических феноменов. Под аутизмом нередко понимали апатию, абулию, различные виды ступора, атаксию мышления и галлюциноз [11]. О.Н. Кузнецов и В.И. Лебедев [42] находили черты аутизма при сифилисе мозга, постэнцефалитическом паркинсонизме, травме мозга, алиментарной дистрофии, а также при психологически сходных состояниях в форме интравертированности и мечтательности. При использовании в качестве основной характеристики критерия ограничения социальных контактов возникают значительные трудности при дифференциации аутизма от бредовой изоляции, апатоабулических и ступорозных состояний [35]. Е.К. Краснушкин [36] выводил аутистическую интровертированность и соответствующий ей «тип бездушного, злобного аутиста-шизофреника» из предшествующего бреда отношения. В некоторых работах

\* Сообщение 1 см. в "Российском психиатрическом журнале" № 3, 2009, сообщение 2 – в № 4, 2009.

аутизм рассматривался в структуре кататонического синдрома. Так, М.О. Гуревич [22] сближал аутизм с негативизмом, а А.А. Перельман [61] считал возможным трактовать мутизм как выражение аутистической установки.

## Аутизм и двойная ориентировка

Представление Е. Bleuler о различной констелляции аутистического и реального миров вытекает из теоретического положения о наличии симультанности, одновременности протекания здоровых и нарушенных психических процессов при шизофрении [90]. Степень реальности, которую имеет для больного аутистический или реальный мир, соответствует степени тяжести психоза [18]. С этих позиций аутизм сближается с феноменом двойной ориентировки [88].

Двойная ориентировка расценивалась в качестве типичного признака шизофрении. О. Bumke (цит. по [81]) указывал на характерное одновременное существование «туманной» и «просветленной» мысли. W. Mayer-Gross [102], рассматривая двойную ориентировку в связи с аутизмом, также считал ее диагностически важным признаком. J. Wyrsh [112] писал, что шизофреник «одновременно одной частью личности участвует в повседневном мире и им направляется, а другой частью живет в своем бреде, в обманах чувств, короче, растворяется в болезни». По мере течения заболевания возникает равновесие между аутистическим и реальными мышлением и восприятием [92]. А.М. Халецкий [79] отмечал нередкость ошибок при определении шизофренической ремиссии в тех случаях, где имеется «перестройка акцентов в распределении аутистических и реальных интересов».

## Аутизм и расстройства сознания

Значительное преобладание аутистического мира над реальным в ряде случаев давало основание для квалификации аутизма как варианта расстройства сознания. Е. Bleuler [7] трактовал как сумеречное помрачение те состояния при шизофрении, при которых «неприятная действительность отщепляется и делается второстепенной, зато фантазия создает другой мир, в котором, иногда непосредственно, осуществляются желания». Расстройством сознания «в определенном смысле» Е. Bleuler (цит. по [85]) считал также случаи с длительно существующим синдромом аутизма. Блейлеровскую интерпретацию аутизма с двойной ориентировкой предлагали относить к ориентированной форме сумеречного состояния [42].

Возможность сближения аутизма с нарушением сознания не получила развития в дальнейших иссле-

дованиях. Однако некоторые авторы указывали на связь аутизма с онейроидным помрачением сознания [21, 29]. В.К. Смирнов [67] полагал, что некоторые варианты онейроида могут быть обозначены как «аутистическое состояние» или «аутистические сумеречные состояния». По его мысли, в таких случаях «атипичное онейроидное состояние возникает в промежуточном состоянии между аутистической организацией сознания и организацией сознания реального». Н.Г. Шумский [97] расценивал феномен аутистического фантазирования с отсутствием границы между вымыслом и действительностью в качестве онирического состояния сознания.

## Аутизм и деперсонализация

Общей основой аутизма и деперсонализации являются изменения основных структурных элементов сознания «Я» — активности, единства, идентичности «Я», противопоставления «Я» внешнему миру и сознания собственной личности. Деперсонализацию рассматривали как ядро синдрома психического отчуждения, выражающего сущность шизофрении, патологический сдвиг в переживании «Я» [40, 48, 49]. Как было отмечено, на субъективном уровне изменения «Я» выражались в высказываниях больных как «ощущение катастрофы», «ощущение какой-то вызывающей содрогание перемены» (Н. Gruhle, цит. по [31], [38]). S. Follin [77] полагал, что деперсонализация при прогрессирующей шизофрении относится «к утрате чувства существования, к появлению чувства внутреннего опустошения» и имеет феноменологический смысл «жизненной катастрофы».

Со времени Е. Краерелин клиницисты и исследователи расценивали расстройство «чувства «Я» как существенную особенность клинической феноменологии шизофрении [89]. Нарушения сознания «Я» и «субъективного мира в целом» отдельные авторы относили к специфическим расстройствам сознания, «нарушению ядра человеческой личности» [27, 28]. Полагали, что «нарушения сознания «Я» с переживанием больным чего-то страшного и необычайного как в самом себе, так и в окружающем» играют определенную роль в образовании аутизма [60].

Процессуальная деперсонализация, обусловленная «фрагментацией Эго» [107], является основанием для аутистической трансформации личности. Еще P. Schilder [108] указал на отдельные этапы деперсонализации, во время которых больные переживали «удвоение своих способностей». По мнению А.С. Кронфельда [40] каждая процессуальная деперсонализация включает в себя «зародыш раздвоения». В развернутой форме деперсонализация выражается в «раздвоении личности», «исчезновении своего Я», «обезличивании», «превращении в других людей и животных» [49].

Конечный результат деперсонализации проявляется «в полной неспособности к осознанию своей прежней личности» [4].

Представляет интерес работа Р.К. Янсупова [87] о взаимодействии деперсонализационных расстройств и гипертимии при образовании новых личностных качеств. Переживая «отчуждение от своего прошлого состояния», больные воспринимали настоящее «с чувством необычного и нового». Указывали на «качественную новизну», «внутреннюю физическую легкость», «помолодевший организм», обретение новых качеств ума и внутреннего «Я». По мнению автора, деперсонализационно-дереализационные расстройства обуславливают качественную новизну состояния и нарушение пространственно-временной схемы внешнего мира, а маниакальная витальность привносит физическое ощущение радости, «пьянящее чувство внутреннего подъема» и потребность интеллектуального совершенствования.

Наиболее распространено представление об аутизме как о более широком, в сравнении с деперсонализацией, психопатологическом понятии, обладающим нозоспецифическим значением [60, 96]. E. Kretschmer [38] пришел к выводу о недостаточности понятия деперсонализации для постижения шизофренических изменений личности – «тут не только то, что терминологически обозначают деперсонализацией, тут утрата действительности, утрата отношения к вещам и к самому себе». Эта типичная для шизофрении утрата направленности на объективную действительность могла бы быть описана как «интенциональная деперсонализация» [95]. Вместе с тем J. Wyrsh [13] в категоричной форме высказывал мнение о принципиальном различии между шизофреническим расщеплением личности и деперсонализацией.

## Аутистическая трансформация личности и аффективные расстройства

Аутистическая трансформация личности тесно взаимосвязана с аффективными нарушениями при шизофреническом процессе. По мнению H. Gruhle (цит. по [31]), «основное настроение» («Grundstimmung») выражается в первичном изменении отношения личности к миру, что в свою очередь «рождает вынужденный аутизм, направленное на самого себя бытие».

Для различных вариантов аутистической трансформации личности характерно своеобразное повышение настроения. E. Kretschmer [37] указывал на различные конституциональные соединения и оттенки у «активных типов пророков и изобретателей» – «от типичных шизофреников до резко-гипоманиакальных». К наиболее типичным относили переживания «экстаза, вдохновения» [36]. Личностный сдвиг по типу «нового рождения» на

фоне гипоманиакального состояния наблюдали на инициальном этапе юношеской благоприятно текущей шизофрении с деперсонализацией [17]. Указывали также на связь аутистических сверхценных построений с гипоманиакальным аффектом [57]. Изменение «всего личностного уклада» с переменной рода занятий на фоне стойкой гипертимии было характерной чертой гипертимического типа ремиссии при малопрогрессирующей шизофрении [56]. Субъективно такие больные отмечали повышение результативности деятельности, говорили о «простой и легкой жизни», «вступлении в фазу расцвета», «второй молодости», «ощущении полноты сил». S. Tsuruta [110] также упоминал о больных, утверждающих, что они намного моложе их реального возраста. Столь яркое влияние циклоидных компонентов на процессуальное изменение личностного склада привело Kranz (цит. по [109]) к вопросу, не являются ли больные циклотимией «более аутистичными», чем больные шизофренией.

Атипичная гипертимия, возможно, определяет относительно стойкое повышение активности, как правило, социально ориентированной. При приступообразной шизофрении наблюдаются ремиссии с изменениями личности гипертимного характера с гиперсоциальностью и гиперстенической деятельностью. Последняя сочетается с бытовой «безалаберностью» и диссоциацией в отношениях с сотрудниками и членами семьи [30]. Выделен гипертимостенический тип ремиссии при шизоаффективном психозе с монотонно приподнятым настроением и гиперактивностью, проявляющейся в узконаправленной и однообразной деятельности [74]. Подобные состояния с «роботоподобной активностью» описывали также в структуре маниакальных состояний при приступообразной шизофрении [87]. Вместе с тем гиперстения в виде несвойственной ранее высокой активности «с некоторым профессиональным ростом» существенно отличается от хронической гипомании, поскольку не сопровождается повышенным настроением и такими чертами, как развязность, гиперсексуальность и отвлекаемость [71].

Для клинической квалификации своеобразия процессуальной гипертимии предлагалась различная терминология. Известная атипичность маниакального аффекта с отсутствием синтонности, повышенной коммуникативности, зависимости ассоциаций от внешних обстоятельств в сочетании с «проявлением признаков аутизма» позволила обозначить его как «псевдоманиакальный» аффект (Фридман Б.Д., цит. по [20], [1, 45, 75]). Однако такое обозначение оказалось неопределенным и неоднозначным. О.В. Кербиков [29] выделил три варианта псевдоманиакальных состояний при острой шизофрении: первый встречается в «состояниях озарения, перерождения, экстаза», второй сопровождается бредовыми идеями величия, третий окрашивает состояние, близкие к гебефреническому синдрому.

В то же время не получило всеобщей поддержки обозначение атипичной гипертимии как эйфории. Хотя уже E. Bleuler [7] выделял эйфорию в качестве варианта «основного настроения». K. Jaspers [88] описал эйфорически-метафизический характер возбуждения. Другие исследователи отмечали «безмятежную, расслабленную эйфорию» и «лучезарную окраску» настроения, «непонятность» возникающей эйфории [3, 24]. А.К. Ануфриев [4] считал, что при рекуррентной шизофрении установившаяся эйфория трудно выразима, «не совсем идентична веселому настроению благодаря своему сомато-психическому своеобразию».

Среди других обозначений аффективности при аутистической трансформации личности описывались «состояния, напоминающие экстаз у эпилептиков» [20], «неоправданно-приподнятое настроение» [10], «восторженно-экзальтированная экспансивность» [19], «подмена веселости экстастическим аффектом» [46], «псевдоэкспансивность», «однобокая повышенная активность, отличная от гипертимности» [5].

Изучение своеобразия эмоциональности, свойственного аутистической личности, получило развитие в ряде работ М. Jarosz и его сотрудников [97–100] о синтонично-аутистической пропорции при аутизме. Аутизм и синтония, по мнению М. Jarosz, представляют собой два полюса одной и той же шкалы. В большинстве случаев аутизм сочетается с синтоническими реакциями. Только в крайних случаях «генерализованного, глубокого аутизма» возникает «эмоциональная деменция» с пустой синтонией (*syntonia vana*).

К особым проявлениям аутистической эмоциональности, свидетельствующим об аффективной насыщенности переживаний у больных, относится так называемая «реакция пробуждения»: «когда касаешься определенной комплексной темы, они как будто пробуждаются, у них появляется способность к живой аффективной реакции в определенном направлении» [102]. Сходным образом В.П. Осипов [59] отмечал, что в состояниях аутизма, несмотря на отгороженность, сохраняется способность к правильной реакции. А.М. Халецкий [78] также указывал на характерную для шизофренической структуры «особую дисгармоничность и несовместимость» отдельных симптомов.

## Аутистический бред

Как известно, E. Bleuler [7] рассматривал аутизм как гипотетический механизм бредообразования при шизофрении. По его словам, аутизм «приводит вследствие осуществления желаний прежде всего к экспансивному бреду, так как восприятие препятствий должно порождать бред преследования». Таким образом, аутизм и бред рассматривались

в рамках причинно-следственной взаимосвязи, что создавало определенные трудности для психопатологического анализа. Клинические проявления аутизма (прежде всего аутистическая трансформация личности) должны были бы расцениваться как бредовые идеи и бредовое поведение, а сам аутизм получить значение вспомогательной психологической конструкции, что привело бы к существенному расширению сферы бредовых расстройств и лишению аутизма собственного клинического выражения. Проблема взаимосвязи аутизма и бреда получила оригинальное решение во взглядах Н. Еу [86]. По его мнению, основания для их клинического разграничения отсутствуют, поскольку аутистический вид потери контакта с внешним миром – «не что иное, как определение слова «бред». Тем самым происходит отождествление аутизма и бреда с легитимацией произвольности клинической оценки и увеличением понятийной неопределенности обоих феноменов.

Представление об аутистическом бреде не получило заметного развития в психопатологических исследованиях. Достаточно заметить, что в известной монографии М.И. Рыбальского [64], посвященной бредовым расстройствам, отсутствует даже упоминание термина «аутистический бред». В то же время некоторые авторы указывали на близость аутизма и бреда. Так, В.М. Воловик [16], характеризуя заключительный этап развития аутизма, отмечал, что нарастающее стремление к внутреннему обособлению дополняется чувством исходящей от окружающих неясной угрозы, которое непосредственно смыкается с бредовым настроением.

В отдельных работах предпринимались попытки уточнения понятия аутистического бреда. По мнению И.Т. Викторова [11, 12], аутистический бред универсален, встречается в структуре самых разных психозов и отличается характерными фабулами. Последние имеют значение «реализации желаемого» («типа «любовного», «мнимой беременности», бреда высокой социальной роли в обществе») при полном отсутствии критической оценки. Наиболее характерный признак аутистического бреда – отсутствие каких бы то ни было доказательств бредовых утверждений. Отсутствие психопатологической опосредованности, невыводимость аутистического бреда из иных расстройств отразились и в его характеристике в качестве оторванного от других психических содержаний [14].

Сходным образом аутистический бред характеризовался Г.Т. Красильниковым [34, 35] как «бред исполнения желаний», выражающийся в фабулах любовной страсти, величия, изобретательства, реформаторства и принимающий порой «характер своеобразного аутистического мировоззрения». В отличие от взглядов И.Т. Викторова, автор рассматривал аутистический бред в рамках шизофренического процесса, подчеркнув принципиальные

отличия аутистического и типичного шизофренического бреда. Во-первых, содержание аутистического бреда определяется преморбидными аффективными комплексами, связанными с интересами и желаниями больных. Во-вторых, характерным является отсутствие бредового поведения и стремления к реализации.

С точки зрения феноменологического подхода имеется отчетливая связь формирования бреда с аутистической предрасположенностью [93]. При возникновении «аварийной ситуации» – угрозы «способности «быть» в будущем» аутистическая личность ищет возможности для своего становления, наделяя элементы окружающей среды несоответствующими им значениями. Возникновение бреда в этом случае выражает реорганизацию, трансформацию структуры опыта и установление качественно нового порядка.

## Аутизм и негативная симптоматика

Недостаточная определенность клинической структуры и динамики аутизма обусловили тенденцию к отказу от понимания и использования понятия «аутизм» в первоначальном блейлеровском смысле. Сужение понятия «аутизм» было обозначено уже во взглядах Е. Minkowski (приоритет «бедного аутизма») и Е. Kretschmer («реактивный» аутизм как способ адаптации шизоидной личности). В дальнейших исследованиях прослеживались нарастающее сближение (вплоть до полной ассимиляции) аутизма с негативной процессуальной симптоматикой и отказ от блейлеровского представления о «воображаемом аутистическом мире».

В.П. Осипов [59] считал главной заслугой Е. Bleuler дополнение концепции Е. Краепелин представлением о разобщении с окружающей средой. Потерю контакта со средой называли основным признаком аутизма [60, 73]. Вместе с тем первичное нарушение взаимосвязей с коллективом рассматривали и как наиболее специфичный признак шизофрении, в полной мере не сводимый к аутизму [26–28].

Односторонний подход в понимании отгороженности в качестве ведущего мотива аутизма обусловил и ряд крайних точек зрения в его интерпретации как нозологически неспецифического феномена. В этом плане последний мог проявляться на пограничном уровне в форме «болезненной изоляции от людей», «синдрома изоляции» или «патологического одиночества» [42, 54, 55].

В исследованиях последнего времени превалирует мнение об аутизме как одном из основных негативных процессуальных симптомов [2, 19, 44, 82, 103]. Как считали, блейлеровский аутистический мир встречается сравнительно редко, гораздо чаще – аутизм «с уплощением и снижением духовного тонуса личности» [42]. Был предложен термин «дефицитар-

ный аутизм» для обозначения комплекса негативных расстройств, включающих проявления обеднения личности, снижения инициативы и круга интересов, редукции энергетического потенциала [68].

Доминирующая квалификация аутизма как дефицитарной структуры обусловила тенденцию к смещению акцентов в его общепринятом определении. Аутизм традиционно определяли как «погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности, отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, бедностью эмоциональных проявлений» [53]. В перечне признаков аутизма, данном А.П. Коцюбинским и соавт. [33], на первое место выходит негативная характеристика: «утрата или снижение потребности в общении, потеря симпатии к близким, утрата «эмоционального резонанса», стремление ко внутреннему обособлению, погружение во внутренние переживания и фантазии».

Таким образом, в настоящее время аутизм принято рассматривать в качестве дефицитарного нарушения, указывающего на неблагоприятный прогноз [83] и не имеющего в своей основе аутистического мышления. Основные признаки аутизма – неспособность к контакту и межличностным отношениям – сближают шизофрению с детским аутизмом [104, 105].

## Аутизация и шизоидизация

Понимание аутизма прежде всего как негативно-го расстройства потребовало клинического уточнения и введения соответствующих терминов для обозначения этого состояния. Наиболее часто, особенно в отечественной литературе, использовался термин «аутизация».

Выделены два варианта аутизации – астенический и стенический [69, 80], близкие по существу к полюсам психоэстетической пропорции Е. Kretschmer. Стеническая аутизация включает рационализм, педантичность, эмоциональное обеднение и одностороннюю активность, а астеническая – сенситивность, истощаемость и снижение жизненного тонуса. Астеническую аутизацию некоторые авторы понимали как «защиту от избыточной социальной стимуляции» [15].

Отдельные исследователи включали в качестве структурного компонента аутизации специфические аутистические переживания. Так, И.Т. Викторов [11] предлагал использовать термин «аутизация личности» вместо термина «аутизм» для обозначения грезоподобного фантазирования и аутистического стиля поведения.

Меньшее распространение получил термин «шизоидизация» [31, 43]. Так, А.В. Снежневский [70] описывал изменения личности «типа глубокой шизоидии» – комплекс негативных расстройств с «утратой духовной связи с людьми и всей совокуп-

ностью общественной жизни». В.Я. Гиндикин [19] рассматривал аутистическую тенденцию в рамках шизоидного синдрома, а В.И. Максимов [47] – психопатоподобных изменений шизоидного круга.

## Аутистический тип ремиссии

Представления об аутизме как проявлении негативной симптоматики нашли отражение в выделенном Г.В. Зеневичем [25] аутистическом типе ремиссии. В клинической картине доминирует «резко выраженная интровертированность» в сочетании с повышенной сенситивностью, гиперэстетичностью и манерностью в поведении. При этом эмоциональные нарушения преобладают над интеллектуальными [62, 63, 66, 71]. В.М. Башина [6] обнаруживала при аутистическом типе ремиссии наличие преимущественно негативной симптоматики в виде шизоидных расстройств.

По данным Г.В. Зеневича [25], встречаемость аутистического типа ремиссии достаточно высока – у 17,3% от всех больных в ремиссии. Согласно исследованию А.П. Коцюбинского [32], аутистический тип ремиссии с негативной симптоматикой в сочетании с «одержимостью» аутистическими «хобби», встречается в 18,3% случаев малопрогрессирующей шизофрении и указывает на неблагоприятное течение заболевания.

## Аутизм и процессуальный дефект

По общепринятому мнению, аутизм занимает одно из центральных мест в структуре дефекта, является отражением и непосредственным проявлением дефицитарных расстройств [35]. Аутизм рассматривался как характерный симптом в структуре дефектных состояний [11, 50, 51, 76, 86]. С. Schneider (цит. по [85]) описал аутистически-мутический тип исходного состояния. А. Кронфельд [39] сводил аутизм к значению резидуального симптома при «мягкой шизофрении» (*Schizophrenia mitis*).

Однако в структуре дефекта аутизм в некоторых исследованиях получал значение особой, насыщенной субъективными переживаниями психической организации. W. Mayer-Gross [102] отмечал, что в исходных состояниях больной «начинает уживаться со своими симптомами». В.Н. Фаворина [76] рассматривала конечные состояния при шизофрении не как «нарастание минус-симптомов», а как «расширение и углубление психоза, создающие особые условия психической деятельности». Автор полагала, что в конечных состояниях психическая жизнь больных «становится полностью или почти полностью обусловленной субъективным (психотическим) миром, утрачивает связь с реальностью» [76]. Подобную аутистическую тенденцию наблюдали

при состояниях гебефренического возбуждения: в остром и подостром периоде возбуждения преобладало «шутство для других», тогда как в исходном состоянии оно «приобретало как бы аутистический характер – «шутства для себя»» [58].

## Аутизм и нарушения речевого поведения при шизофрении

Понятие аутизма имеет близкое родство к двум основным речевым нарушениям при шизофрении.

Во-первых, сущность и проявления аутизма связаны с патологией смыслообразования при шизофрении. Аутизм, по-видимому, оказывает влияние на формирование индивидуального «шизофренического» стиля речи. А.С. Кронфельд (цит. по [9, 41]), в частности, предполагал, что «шизофреник в своих высказываниях имеет в виду совершенно другие значения и вещи, так что изменилось отношение речи к мышлению, но отнюдь не само мышление». Речевые конструкции, клинически характеризующиеся как особенности шизофренического мышления, связаны с изменениями словесных смыслов, лежащих в основе смыслоречевых новообразований [81]. В основе феноменов неоглоссии и неографии прослеживается аутистическая тенденция. Неологизмы являются «проявлением ухода в «иной мир», «иностранность» которого продемонстрирована языковым новообразованием весьма наглядно» [72]. L. Binswanger [91], с позиций Dasein-анализа, указывал, что шизофренический Dasein, характеризующийся новизной и инакостью, «особенно богат новыми творениями в области речевой интерпретации физической экзистенции». На ведущую роль аутизма в утрате речью единого семантического содержания и формировании речевой разорванности указывала А.Б. Савицкая [65]. К проявлениям аутизма была отнесена свойственная шизофрении десемантизация – утрата присущего словам смысла с формализацией коммуникативной функции речи [8]. При шизофрении язык синтаксически и морфологически подобен обыденному языку, но качественно отличается от него семантически и прагматически [106].

Во-вторых, понятие «аутизм» объединяется с общепринятым представлением о присущей больным шизофренией утрате коммуникативной функции речи и социальной изоляции. Характерный для шизофрении разрыв между мышлением и речью лишил последнюю возможности быть средством общения [61]. Наиболее специфическое нарушение речи состоит в ее аутистическом характере – «речь все более теряет свой характер функции общения и сообщения и все более делается речью для себя» [27, 28]. Шизофреническая речь, отражая прогрессирующую тенденцию процесса, «постепенно теряет форму диалога, все более приближаясь к монологу» [23]. В. Уено [111] указывал на характерную для началь-

ной стадии деформацию мысли, неспособность к выбору адекватной ситуации языка, что приводит к социальной изоляции.

Таким образом, изменение смыслообразования при шизофрении обусловлено как со стороны формы, так и содержания. В первом случае – аутистической направленностью мышления, во втором – субъективной новизной психопатологических переживаний. Метаморфоза словесных смыслов опосредует становление «иног» языкового статуса, лишено коммуникативной компетенции и реализующего «семантический уход» от действительности. Это позволяет Р. Bovet и J. Parnas [93] рассматривать аутизм как дефектное доязыковое приспособление к миру. В этой связи представляют интерес экспериментальные данные о сокращении лексического запаса уже на раннем этапе болезни [101].

## Заключение

Анализ литературы дает основания для вывода о противоречивом положении дел в исследовании аутизма. С одной стороны, прослеживается отход современной психиатрии от взглядов Е. Bleuler. Понятие «аутизм» используется преимущественно для обозначения негативной симптоматики и связанной с ней социальной недостаточности. С другой стороны, различные аспекты аутистического феномена описывались как старыми, так и современными авторами при разных формах, типах течения и стадиях шизофренического процесса. Последнее свидетельствует об актуальности понятия «аутизм», соответствии его изначального смысла клинической реальности.

В качестве основного фактора, неблагоприятно влияющего на развитие проблематики аутизма, выступает отсутствие ясного представления о взаимосвязях между концептуальным и клиническим аспектами. Аутизм не получил собственной клинической ниши, устойчивого и четко определенного положения в клинической структуре шизофрении. Аутистические феномены сближались и отождествлялись с иными психопатологическими расстройствами – деперсонализацией, бредом, патологическими личностными формами реагирования. Аутизм, таким образом, превращался в добавочный, факультативный симптом, а его обнаружение зависело от теоретической установки исследователей.

Основным и наиболее характерным проявлением аутизма, по нашему мнению, является аутистическая трансформация личности. Именно образование аутистического «Я» представляет собой адекватное, доступное для выявления и анализа клиническое выражение понятия «аутизм». В таком качестве аутистическая трансформация определяет специфику шизофренического изменения личности, получая, в точном соответствии с блейлеровским пониманием, значение облигатного диагностического

критерия заболевания. Исследование ее типологии, структуры и клинической динамики имеет поэтому не только концептуально-теоретическое, но и очевидное практическое значение.

Сущность и проявления аутизма тесно связаны с патологией смыслообразования при шизофрении. Изменение словесных смыслов обусловлено как аутистической направленностью мышления, так и субъективной новизной психопатологических переживаний. Процесс десемантизации (утраты присущего словам смысла) приводит к формированию аутистических конструкций, характеризующихся клинически как особенности шизофренического мышления.

Аутистическая тенденция, следовательно, может быть описана как «семантический уход», опосредованный метаморфозой словесных смыслов и установлением «иног» языкового статуса. Утрата речью диалогической компетентности обуславливает ситуативную неадекватность речевого поведения, ведущую в свою очередь к социальной изоляции. Развитие аутизма представляет собой, таким образом, «семантический дрейф» – «инакомыслие», утратившее согласованность с подлинным смыслом реальности.

Клинико-психопатологический метод оказался недостаточным для изучения сущности аутистической трансформации личности. Отсутствие общепринятой терминологии и неразработанность структурно-динамических аспектов аутизма обусловили, с одной стороны, фрагментарность и несистематизированность его клинических описаний, а с другой – привлекли чрезмерное внимание к специфическим субъективным оценкам внутренних изменений («прозрение», «новое рождение», «вторая жизнь» и др.). Однако подлинный смысл последних оставался неопределенным и неоднозначным, растворяясь в традиционных представлениях о «шизофреническом своеобразии». В связи с этим изучение процесса формирования аутистического «Я» требует новых методов исследования патологического смыслообразования.

Наиболее перспективным методом, по нашему мнению, является клинико-семантический подход. Нарушения речевого поведения изучаются в органической связи с анализом клинической структуры и динамики аутизма. Важной предпосылкой для использования клинико-семантического подхода является тот факт, что содержательная сторона аутистической трансформации, частично доступная для восприятия субъектом патологии, находит достаточно полное выражение в речевом поведении как в процессе клинического диалога, так и в иной форме (анализ самоописаний, дневниковых записей и т.д.).

С помощью клинико-семантического подхода становится возможным изучение специфического характера речевой организации аутистического опыта и выявление наиболее общих закономерностей, регулирующих употребление слов субъектом патологии, что позволяет показать участие речевых структур как ведущего фактора патогенеза аутизма [52].

## Сведения об авторах

*Завитаев Петр Юрьевич* – ассистент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, врач-психиатр высшей категории Городского психоневрологического диспансера № 7 (со стационаром)

E-mail: zavit@rambler.ru

*Микиртумов Борис Емельянович* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии

E-mail: mikirt0110@mail.ru

## Литература

1. *Абрамова И.В.* Аффективные расстройства в ремиссиях приступообразной шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 26 с.
2. *Аведисова А.С.* Начальные этапы малопрогрессирующей ипохондрической шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 19 с.
3. *Аккерман В.И.* Механизмы шизофренического первичного бреда (клинико-психопатологическое исследование). – Иркутск: Восточно-сибирское краевое изд-во, 1936. – 136 с.
4. *Ануфриев А.К.* Приступообразно-прогрессирующая шизофрения (клиника, патогенез и судебно-психиатрическая оценка): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1969. – 47 с.
5. *Ануфриев А.К., Либерман Ю.И., Остроглазов В.Г.* Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. – М.: Б.и., 1990. – 111 с.
6. *Башина В.М.* Об особенностях клиники отдаленного периода шизофрении (по материалам катамнеза лиц, заболевших в подростковом и детском возрасте). – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1964. – 13 с.
7. *Блейлер Э. (Euler E.)* Руководство по психиатрии: Пер. с нем. – СПб., 1920. – 538 с.
8. *Блейхер В.М.* Расстройства мышления. – Киев: Здоров'я, 1983. – 192 с.
9. *Вайсфельд М.* Первичный бред, или бред в строгом смысле у шизофреников // Труды института им. Ганнушкина. Вып. 1. – М., 1936. – С. 151–180.
10. *Викторов И.Т.* О клинических вариантах и сущности шизофренического дефекта // Труды четвертого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. Шизофрения. Вып. 1. – М., 1965. – С. 113–119.
11. *Викторов И.Т.* Клиника апсихотических форм шизофренического дефекта и его церебральная сущность: Дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1967. – 348 с.
12. *Викторов И.Т.* Клиническая неоднородность аутизма при шизофрении и его диагностическое значение // Материалы Первого съезда невропат., психиатр. и нейрохирургов Армении. – Ереван: Айастан, 1980. – С. 364–367.
13. *Вирш Я. (Wyrsh J.)* Клиника шизофрении // Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 1967. – С. 9–24.
14. *Вовин Р.Я.* О роли аффективности в происхождении и формировании некоторых видов бреда (клинико-патологическое и экспериментально-терапевтическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1960. – 16 с.
15. *Вовин Р.Я., Голенков А.В., Фактурович А.Я. и др.* Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении. Постановка проблемы // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). – СПб., 1991. – С. 6–29.
16. *Воловик В.М.* Клиника начальных проявлений медленно развивающейся шизофрении и проблема ранней реабилитации больных: Дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1980. – 572 с.
17. *Воробьев В.Ю.* Юношеская благоприятно текущая шизофрения с деперсонализацией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1971. – 19 с.
18. *Гаррабе Ж. (Garrabe J.)* История шизофрении: Пер. с фр. – М.; СПб., 2000. – 304 с.
19. *Гиндикин В.Я.* Клинико-статистические материалы к сравнительной характеристике психопатий и психопатоподобных состояний шизофренического и органического генеза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1973. – 44 с.
20. *Гурвич Б.* Изменения личности после перенесенной острой вспышки шизофрении // Труды психиатрической клиники 1-го Московского института и института невропсихиатрической профилактики им. В.В. Крамера. Вып. 6. Т. 2. – М.: Издание 1-го ММИ, 1937. – С. 85–103.
21. *Гуревич З.П.* «Аутистическое мышление» и шизофрения // Проблемы психиатрии: Юб. сб. – Л., 1964. – С. 188–195.
22. *Гуревич М.О.* Психиатрия. – М.: Медгиз, 1949. – 503 с.
23. *Жмуров В.А.* Психопатология: В 2 т. – Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1994.
24. *Зурабашвили А.Д.* О современном уровне теории шизофрении. – Тбилиси: Сабчота Сакартвела, 1958. – 116 с.
25. *Зеневич Г.В.* Ремиссии при шизофрении. – Л.: Медицина, 1964. – 216 с.
26. *Каменева Е.Н.* Об основных нарушениях при шизофрении // Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. – М., 1960. – С. 78–83.
27. *Каменева Е.Н.* Шизофрения в аспекте эволюционного рассмотрения // Труды четвертого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. Шизофрения. Вып. 1. – М., 1965. – С. 88–96.
28. *Каменева Е.Н.* Теоретические вопросы психопатологии и патогенеза шизофрении. – М.: Медицина, 1970. – 95 с.
29. *Кербиков О.В.* Острая шизофрения. – М.: Медгиз, 1949. – 180 с.
30. *Кондратенко Р.П.* Клиника ремиссий при приступообразной шизофрении по данным отдаленного катамнеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1968. – 17 с.

31. Корсунский С.М. Котграничению понятия «аутизм» // Сб. работ психиатр. больницы им. П.П. Кащенко Мосгорздравотдела. Т. 1. – М.; Л.: Госмедиздат, 1934. – С. 159–178.
32. Коцюбинский А.П. Особенности ремиссий при малопрогрессирующей шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1980. – 22 с.
33. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
34. Красильников Г.Т. Об аутистическом синдроме при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1991. – № 7. – С. 87–89.
35. Красильников Г.Т. Феноменология, клиническая типология и прогностическая оценка аутизма при шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1995. – 34 с.
36. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М.: Медгиз, 1960. – 608 с.
37. Кречмер Э. (Kretschmer E.) Строение тела и характер: Пер. с нем. – М.; Л.: Госиздат, 1930.
38. Кречмер Э. (Kretschmer E.) Гениальные люди. Пер. с нем. – СПб.: Академический проект, 1999. – 303 с.
39. Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении // Труды института им. Ганнушкина. Вып. 1. – М., 1936. – С. 7–56.
40. Кронфельд А. К вопросу о синдромах раздвоения // Труды 1-й Московской психиатрической больницы. Вып. 3. – М., 1940. – С. 394–418.
41. Кронфельд А.С. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды института им. Ганнушкина. Вып. 5. – М., 1940. – С. 5–147.
42. Кузнецов О.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. – М.: Медицина, 1972. – 336 с.
43. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. – 216 с.
44. Логвинович Г.В., Семке А.В., Бессараб С.П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1992. – 172 с.
45. Лысков Б.Д. Клиника и структура личностных изменений (синдром снижения уровня личности) при прогрессирующих психозах (Клинико-психопатологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1973. – 32 с.
46. Мазаева Н.А., Абрамова И.В. Об одной из разновидностей течения приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами в ремиссиях // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1986. – № 5. – С. 719–725.
47. Максимов В.И. Исходы бедной симптомами вялотекущей шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 19 с.
48. Меграбян А.А. Синдром отчуждения и бред. – Ростов н/Д: Ростоблхозиздат, 1938. – 68 с.
49. Меграбян А.А. Психическое отчуждение – ведущее звено в формировании психопатологии шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1975. – № 9. – С. 1351–1354.
50. Мелехов Д.Е. К вопросу о классификации ремиссий при шизофрении // Проблемы шизофрении. Вопросы клиники. – М., 1962. – С. 438–453.
51. Мелехов Д.Е. Компенсация дефекта при шизофрении // Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). – М., 1962. – С. 249–255.
52. Микиртурмов Б.Е. Лексика психопатологии. – СПб.: Речь, 2004. – 200 с.
53. Москаленко В.Д. Психопатологические симптомы // Справочник по психиатрии. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1985. – С. 43–54.
54. Мюллер-Хегеман Д. Шизофренические психозы и социальная изоляция // Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1959. – С. 259–265.
55. Назлоян Г.М. Концептуальная психотерапия: Портретный метод. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 239 с.
56. Нефедьев О.П. Длительные стойкие ремиссии стенического круга при малопрогрессирующей шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 18 с.
57. Нисс А.И. Клинико-психопатологические особенности, лечение и терапевтический патоморфоз медленно-прогрессирующей шизофрении, текущей по типу простой формы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1975. – 26 с.
58. Нуллер Ю.Б. О состояниях гебефренического возбуждения в течении шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1957. – 16 с.
59. Осипов В.П. Руководство по психиатрии. – М.; Л.: Гос. изд-во, 1931. – 596 с.
60. Перельман А.А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез и лечение. – Томск: Томский мед. ин-т им. В.М. Молотова, 1944. – 288 с.
61. Перельман А.А. Очерки расстройств мышления (клиника, психопатология, патофизиология). – Томск: Изд-во Томского ун-та, 1957. – 117с.
62. Плотников В.В. Характеристика мышления больных шизофренией при различных клинических вариантах ремиссии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1968. – 22 с.
63. Плотников В.В. Патология мышления при шизофрении (Клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1974. – 43 с.
64. Рыбальский М.И. Бред. – М.: Медицина, 1993. – 368 с.
65. Савицкая А.Б. Расстройства речи у больных параноидной формой шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1975. – 34 с.
66. Сайфуллина А.К. Динамика психических заболеваний с онейроидным синдромом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1978. – 16 с.
67. Смирнов В.К. О патологии сознания при шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1973. – 35 с.
68. Смирнов С.В. Клинические особенности и судебно-психиатрическое значение терапевтических ремиссий при непрерывно текущей шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1986. – 20 с.
69. Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю. Психопатология шизофренического дефекта (к построению интегративной модели негативных изменений) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988. – № 9. – С. 100–105.
70. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология // Шизофрения. Клиника и патогенез. – М., 1969. – С. 5–28.
71. Станкевич Л.А. К клинике периодической формы шизофрении // Труды четвертого всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т. 3. Шизофрения. Вып. 1. – М., 1965. – С. 199–204.

72. *Стухлик Я.* Неоглоссия и неография (К исследованию языкового творчества психотических больных) // Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1959. – С. 304–311.
73. *Тарасов Ю.К.* Спонтанные ремиссии при шизофрении // Труды института им. Ганнушкина. Вып. 1. – М., 1936. – С. 127–150.
74. *Твердохлеб В.П.* Варианты течения и межприступные периоды при шизоаффективном психозе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982. – 25 с.
75. *Тиганов А.С.* Психопатология и клиника маниакальных состояний при шизофрении: Автореф. дис. .... д-ра мед. наук. – М., 1969. – 31 с.
76. *Фаворина В.Н.* О конечных состояниях при шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1965. – 24 с.
77. *Фоллен С. (Follin S.)* Возможности и границы психопатологического разграничения психозов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1975. – № 9. – С. 1345–1350.
78. *Халецкий А.М.* К вопросу о структуре шизофренических расстройств // Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1959. – С. 224–228.
79. *Халецкий А.М.* Шизофрения, ее границы и психопатологические особенности // Шизофрения (Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии). – М., 1962. – С. 56–65.
80. *Цуцупльковская М.Я., Абрамова Л.И.* Разновидности течения и критерии прогноза при параноидной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте, по данным отдаленного катамнеза // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1981. – № 1. – С. 89–98.
81. *Чернуха А.А.* О расстройствах мышления при шизофрении // Труды психиатрической клиники 1-го Московского института и института невропсихиатрической профилактики им. В.В. Крамера. Вып. 6. Т. 2. – М.: Издание 1-го ММИ, 1937. – С. 69–76.
82. *Шамсутдинова Д.Я.* Особенности клиники и лечения больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в период ремиссий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 23 с.
83. *Шейдер Р. (Shader R.J.)* Психиатрия: Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.
84. *Шумский Н.Г.* Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. – СПб.: Академический проект, 1997. – С. 107.
85. *Эдельштейн А.О.* Исходные состояния шизофрении. – М.: Издание 1-го ММИ, 1938. – 114 с.
86. *Эй А. (Eу H.)* Шизофрения: Очерки клиники и психопатологии. – Киев: Сфера, 1998. – 388 с.
87. *Янсулов Р.К.* Психопатология типичных маниакальных состояний при приступообразно-прогредиентной шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 1994. – 27 с.
88. *Ясперс К. (Jaspers K.)* Общая психопатология: Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
89. *Auerbach J.S., Blatt S.J.* Impairment of self-representation in schizophrenia: the roles of boundary articulation and self-reflexivity // Bull. Menninger Clin. – 1997. – Vol. 61, N 3. – P. 297–316.
90. *Benedetti G.* The Bleuler tradition of the schizophrenia concept and Burgholzli as the site for psychotherapy of schizophrenic patients // Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. – 1995. – Vol. 146, N 5. – P. 195–199.
91. *Binswanger L.* Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. – Bern: Francke-Verlag, 1947.
92. *Bleuler M.* Chronicity or chronification among our schizophrenics // Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. – 1980. – Vol. 126, N 2. – P. 245–253.
93. *Bovet P., Parnas J.* Schizophrenic delusions: a phenomenological approach // Schizophr. Bull. – 1993. – Vol. 19, N 3. – P. 579–597.
94. *Ey H.* Traité des hallucinations. – Paris: Masson et Cie, 1973. – P. 774.
95. *Fuchs T.* Concept of the person in psychiatry // Nervenarzt. – 2002. – Vol. 73, N 3. – P. 239–246.
96. *Inoue Y., Mizuta I.* Psychopathological study on schizophrenic autism through the paintings of a case of simple schizophrenia // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 1998. – Vol. 100, N 6. – P. 398–411.
97. *Jarosz M.* Selektynnos c patologii w schizofrenii // Psychiatr. Pol. – 1978. – Vol. 12, N 2. – P. 135–142.
98. *Jarosz M., Cimoszko-Knytel M., Irszynska E. et al.* Studies of syntonic-autistic proportion in paranoid schizophrenia // Psychiatr. Pol. – 1988. – Vol. 22, N 1. – P. 21–26.
99. *Jarosz M.* The notion of psychopathological proportion and diagnostic progress in schizophrenia // Psychiatr. Pol. – 1993. – Vol. 27, N 2. – P. 139–147.
100. *Jarosz M.* The selectivity polarity and characteristic features of autistic and syntonic schizophrenia // Psychiatr. Pol. – 2000. – Vol. 34, N 5. – P. 765–772.
101. *Leeson V.C., McKenna P.I., Laws K.R.* Storage and access procedures in schizophrenia evidence for a two phase model of lexical impairment // J. Clin. Exp. Neuropsychol. – 2005. – Vol. 27, N 6. – P. 700–710.
102. *Mayer-Gross W.* Klinik // Handbuch der Geisteskrankheiten. – Berlin, 1932. – Bd. 9. – S. 293–578.
103. *Marocchino R., Arnaud P.* The «myth», psychopathological component and variant // Minerva Psychiatr. – 1990. – Vol. 31, N 4. – P. 209–212.
104. *Merz-Ammann A., Corboz R.J.* Early childhood autism and schizophrenia // Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. – 1985. – Vol. 136, N 2. – P. 19–27.
105. *Parnas J., Bovet P.* Autism in schizophrenia revisited // Compr. Psychiatry. – 1991. – Vol. 32, N 1. – P. 7–21.
106. *Robbins M.* The language of schizophrenia and the world of delusion // Int. J. Psychoanal. – 2002. – Vol. 83. – Pt 2. – P. 383–405.
107. *Scharfetter C.* Dissociation and schizophrenia. Schizophrenias – a dissociative nosopoietic construct? // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1998. – Vol. 66, N 11. – P. 520–523.
108. *Schilder P.* Deskriptiv-psychologische Analyse der Depersonalisation // Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. – Berlin: Springer, 1914. – S. 54–107.
109. *Schneider K.* Klinische Psychopathologie. – Stuttgart; N.Y.: Thieme, 1999.
110. *Tsuruta S.* Age-delusion: (age-misidentification of chronic schizophrenic patients) // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 1994. – Vol. 96, N 9. – P. 755–773.
111. *Ueno B.* An analysis of the process of language deformation in the beginning stages of schizophrenia // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 1994. – Vol. 96, N 8. – P. 609–627.
112. *Wyrsch J.* Die Person der Schizophrenen. – Bern: Paul-Haupt-Verlag, 1949.