

УДК 82
ББК 84

~~~~~  
letterra.org  
~~~~~

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Андрей Ткаченко. *Психопатологическое исследование*

М.: проект letterra.org, 2012. – 233(+) стр.

Редакторская подготовка – издательство «Логос» (Москва).

ISBN 978-5-8163-0088-9 (серия letterra.org:)

© Автор, 2012.

© серия – проект letterra.org (Москва). 2012.

Предисловие	...5
I. Карл Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии	...11
[КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЯ]	
II. Беседа (феноменологический этап)	...29
III. Описание психического состояния (<i>Сообщение 1</i>) Описание психического состояния (<i>Сообщение 2</i>)	...59 ...85
IV. Квалификация (<i>Сообщение 1</i>) Квалификация (<i>Сообщение 2</i>)	...113 ...145
V. Структурно-динамический анализ и основное расстройство (<i>Сообщение 1</i>) Структурно-динамический анализ и основное расстройство (<i>Сообщение 2</i>)	...177 ...205

Появление этой книги обязано переплетению первоначально случайных внешних событий, приведших постепенно к формированию настоящей внутренней потребности. Случайными были обстоятельства, по которым в начале 90-х годов состоялось наше знакомство с О.В.Никифоровым, входившего в группу молодых философов, инициаторов издания и редакторов философского журнала «Логос». Этот журнал, благодаря которому феноменология в России приобрела новый статус, на тот момент нуждался в публикациях, посвященных феноменологическому направлению в психиатрических и психологических дисциплинах. Рассматривая поначалу свою роль всего лишь некоего посредника, я довольно легко согласился содействовать в поисках необходимых авторов. Однако к кому бы из самых авторитетных психиатров старшего поколения не довелось обратиться, каждый под разными предложениями уклонился от решения такой задачи, выполнение которой потребовало бы серьезных временных затрат. Среди этих психиатров оказался даже Виктор Михайлович Морозов, на которого, как на автора вышедшей еще в советские времена монографии по западной психиатрииⁱ, возлагались особенные надежды. После нескольких содержательных и благожелательных бесед и он отказался от данного предложения, сославшись на свой преклонный возраст (ему к тому времени было 85 лет), не позволявший ему отвлечься от другой интересовавшей его темы (тогда это была структурная лингвистика Ф. де Соссюра). Страх

ⁱ Морозов В.М. О современных направлениях зарубежной психиатрии и их идейных истоках. – М., 1961.

показаться необязательным и обмануть ожидания заставил принять рискованное решение – взяться за работу самому, что, как оказалось, было не менее легкомысленным поступком. Изначальная неискренность в феноменологической проблематике, отсутствие полноценных переводов классических работ по психопатологии, включая капитальный труд К.Ясперса, который в России был издан только в 1997 годуⁱ, – по ходу работы все больше и больше убеждали в собственной опрометчивости. Тем не менее, взятые обязательства были выполнены, и в 1992 г. статья была опубликована в планировавшемся тематическом выпускеⁱⁱ.

Изложенная история первого прикосновения автора к вопросам феноменологической психиатрии могла бы представлять интерес всего лишь для него самого, если бы не имела другое, более существенное значение. Она демонстрирует общее состояние отечественной психиатрической науки к концу XX века, когда психиатрической феноменологии было отведено скромное место одного из устаревших направлений, достойных лишь формального и в основном критического упоминания в ряду прочих. Тот факт, что она есть несущий остов психиатрии и подспудно пронизывает всю психиатрическую практику – от понимания психопатологических феноменов до чисто ремесленных навыков психиатрической диагностики – к тому времени в ясном виде уже не осознавалось.

Неудовлетворенность первым опытом поверхностного погружения в атмосферу феноменологических знаний и пришедшее осознание их значения для основ психиатрии и неисчерпаемости заданных ими тем в области методологических принципов психиатрического исследования и познания самой природы психопатологических феноменов породили устойчивый интерес к данной проблематике. До поры до времени он, однако, оставался в плоскости сугубо личных познавательных пристрастий, почти никак не проявляясь очевидным образом в повсед-

невной научной и практической деятельности. Впрочем, влияние нового понимания основополагающих профессиональных принципов не могло не сказываться на решении возникавших периодически вопросов, на первый взгляд, далеко отстоявших от феноменологического дискурса. Так, расширившиеся представления об объемах требований к психиатрической дескрипции и ее герменевтической интерпретации уже учитывались в работе над новым нормативно-инструктивным документом, определяющим до сего дня канон судебно-психиатрического экспертного заключенияⁱ. Неудивительно, что комплимент в его адрес прозвучал из уст приверженца феноменологической психиатрии (назвавшего его «фундаментальным блестяще написанным базовым документом»ⁱⁱ), что объяснялось, скорее, сохранением в целом ряде положений этой инструкции соответствующей методологической традиции.

Между тем, нужен был дополнительный импульс к тому, чтобы формирующиеся взгляды были выражены публично. Такой повод представился в 2004 году, когда автору было поручено выступить ответственным редактором тематического выпуска «Российского психиатрического журнала», посвященного по его инициативе методологическим принципам психиатрического исследования. Здесь среди прочих была опубликована работа о клинической беседе, которая потребовала раскрытия понятий «беспредпосылочности», «вчувствования», «понимания» и других, важных для проведения клинического интервью и обеспечивающих объективизацию наблюдаемых в ходе беседы признаков психопатологических состояний. Логическим продолжением явился цикл статей о других этапах психопатологического исследования – описании психического состояния, квалификации выявляемых психопатологических феноменов и, наконец, о структурно-динамическом

i Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997.

ii Ткаченко А.А. Карл Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии. – Логос. – 1992. – №3. – С.136-145.

i Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы №100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» (Приказ Минздрава России от 12.08.03 №401).

ii Савенко Ю.С. Предисловие редактора // Мотов В.В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и права. – М., 2008.

анализе как завершающем шаге к пониманию сущности клинической картины. Обращение к этой проблематике, помимо собственно авторского интереса, оправдывалось и тем, что в подобном ракурсе данная тема ранее не освещалась, а воспроизводившиеся в различных источниках рекомендации обычно повторяли знакомый набор правил, обоснованность которых не всегда была на первом месте. В результате проведенный анализ и накопившийся объем размышлений образовал некоторый целостный взгляд на причины того, почему психопатологический метод в настоящее время существует именно в таком, а не каком-либо другом виде.

Примечательно, что проделанная работа оказалась не напрасной и по другой причине, которую вначале трудно было предположить. Знания методологии психопатологического исследования именно сейчас оказываются востребованными, поскольку нарастает понимание существующих ограничений доминирующих операциональных подходов к диагностике психических расстройств и все больше говорится о ренессансе классического феноменологического метода.

I.

КАРЛ ЯСПЕРС И ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ В ПСИХИАТРИИ

Ни одна из концептуальных психиатрических дихотомий (психоз – невроз, единый психоз – нозологические формы, органическое – функциональное, эндогенное – экзогенное) не осталась в стороне при возникновении феноменологической психиатрии. Круг идей, определяемой каждой из них, постоянно находил свое собственное отражение – с начала XXвека, когда феноменологический поворот только наметился и до последнего времени, с наступлением ренессанса феноменологии.

Начало XXвека ознаменовалось в психологии разрывом по проблеме метода. Две принципиально различные парадигмы определяли становление психологии – объясняющая и описательная, понимающая. Особая роль Гуссерля и его концепции феноменологической психологии широко известна. Возникновение той же дискуссии в психиатрии, со времен Пинеля не без оснований претендовавшей на место в ряду естественнонаучных дисциплин о человеке, стало возможным в результате ее сближения с психологией и как следствие – развитию и постепенном укреплении антинозологической позиции. Психиатром, первым поставившим эту проблему, был Карл Ясперс.

Три семестра проучившись на юридическом факультете Гейдельбергского университета, Ясперс перешел на медицинский факультет (который окончил в 1908 году). Став дипломированным врачом в 26 лет, он получил в 1909 году степень доктора медицины, после чего поступил в психиатрическую клинику Гейдельбергского Университета, где стал вольным научным ассистентом. Здесь он оставался до 1915 года, т.е. до 32 лет. Он работал с отдельными пациентами, исследовал их способности, беседуя с ними и изучая поведение до мельчайших деталей.

В 1911 году, когда ему было 28 лет, один из его коллег, главный врач клиники Карл Вильманс, известный своими описаниями легких форм маниакально-депрессивного психоза, предложил Ясперсу, как автору уже целого ряда опубликованных работ по психопатологии, изложить концепцию общей психопатологии.

Критически овладевая богатствами психиатрическо-

го наследия, Ясперс пришел к убеждению, что психиатрия не дала миру ни одного гения. В то же время, оставаясь весьма скупым на похвалы в адрес именитых психиатров, он все же отмечал как чрезвычайно талантливых таких немецких ученых, как Карл Вернике, Эмиль Крепелин и, в особенности, Пауль-Юлиус Мебиус. Причем уже тогда он отмечал не только вклад П.-Ю. Мебиуса в этиопатогенез психических заболеваний, но и серию ярких патографических исследований о Шопенгауре, Руссо, Гете и Шумане. Его влияние выразилось не только в Ясперсовском увлечении патографией, давшей ряд исследований личностей Стриндберга, Ван Гога, Сведенборга, Гельдерлина, а также специальное исследование болезни Ницше в связи с его творчеством, но и в дальнейшем развитии некоторых идей Мебиуса, который не только впервые разделил нервные и психические заболевания на экзогенные и эндогенные, но и противопоставил органическим изменениям изменения вследствие душевных расстройств, в случае которых отклонение от нормального течения мозговых процессов наступает вследствие “каких-либо представлений”, т.е. “психическим путем” [1].

Анализируя общие логические предпосылки психологии и психиатрии, он стремился создать основы теории познания психиатрии. В этом своем стремлении он был не одинок и разделял его с молодыми психиатрами Гейдельбергской клиники (например – Кронфельдом).

Существовали и другие факторы, дававшие ему силы и определявшие его особый интерес к раскрытию причин психических расстройств, преимущества перед другими психиатрами. Один из них – его встреча в 1907 году с Гертрудой Майер, ставшей женой Ясперса в 1910 году. Глубоко напуганная психической болезнью своей сестры, душевной неуравновешенностью брата и суицидом ближайшего друга, Гертруда пыталась стать психиатрической сестрой, однако не нашла успокоения в этой социальной роли. Влекомая вечными вопросами о природе и смысле человеческой личности она оканчивает философский факультет университета. Гертруда всегда оставалась верной

спутницей Карла Ясперса и на его жизненном пути и на пути интеллектуальных свершений.

Другой фактор, обусловивший его социальную изоляцию и сокращение какой-либо общественной активности, имел истоки в негативном детском опыте. Из-за болезни легких, развившейся в тяжелые бронхоэктазы с сердечными декомпенсациями, он рос болезненным ребенком, хотя в других отношениях был физически крепким. Вследствие болезни он был лишен возможности участвовать в “отроческих забавах” сверстников, не мог заниматься верховой ездой, плаванием и танцами, часто был одинок. Когда он стал студентом-медиком, и его состояние было окончательно диагностировано, он отпустил себе (в соответствии с “теорией”) только десять лет жизни, но воспринял это стоически, приступив к самолечению с помощью строгих режимов. В то же время он стал напряженно работать с целью достижения высот мысли до того, как его настигнет смерть. Потому в написании “Общей психопатологии” Ясперс вложил все, что мог, и всегда признавал, что это было его самое значительное достижение. После выхода “Общей психопатологии” в 1913 году и защиты ее в качестве докторской диссертации по психологии у профессора В. Виндельбанда, преподававшего философию в тот период также и в Гейдельбергском университете, Ясперс в принципе отходит от психиатрии.

По сути, в “Общей психопатологии” Ясперсом был воссоздан весь категориальный, аппарат психиатрии с феноменологических позиций. Вводя термин “феномен” в психиатрию, Ясперс оговорил его применение для обозначения узкой сферы индивидуальных психических переживаний, что было соотносимо с первоначальным пониманием его Гуссерлем в его дескриптивной психологии проявлений сознания. Более позднее использование Гуссерлем понятия феномена в смысле “усмотрения сущностей” (“Wesensschau”) он не считал полезным для своих целей. В основном Ясперс придерживался феноменологической модели сознания “Логических исследований”, в котором сознание полагается как бесконечный “поток”, но

тем не менее синтезированной и целостной формы. В этом потоке, однако, вычлениаются отдельные единицы, собственно гуссерлевские “феномены”, также характеризующиеся целостностью, которые возможно рассматривать как в их своеобразии, так и в единстве с потоком. Одной из наиболее важных характеристик сознания по Гуссерлю является его интенциональность, то есть направленность на предмет (“сознание о”), которая может быть конкретизирована будучи рассмотренной с точки зрения структурного многообразия актов сознания, в рамках которых даются предметности. Таким образом анализируются модификации актов сознания (ноэтические структуры) вида восприятий, воспоминаний, фантазий и т.д.

Субъект-объектное противостояние Ясперс считал первичным и “никоим образом не устранимым” феноменом, в связи с чем он противопоставил сознание окружающего, предметное сознание (*Gegenstandsbewusstsein*) сознанию своего Я, самосознанию (*Ichbewusstsein*). В соответствии с таким подразделением становилось возможным описывать сначала саму по себе аномальную реальность, а затем переходить к формам изменения самосознания. Неразделенность этих составляющих в переживании была обозначена как совокупность отношений (*Beziehungsganzes*), расчленение которой оправдано только необходимостью соответствующих описаний. Эта совокупность отношений основывается на характере переживания пространства и времени, своего телесного сознания (*Leibbewusstsein*), сознания реальности (*Realitätsbewusstsein*). Далее Ясперс провел подразделение в связи с противопоставлением (контрастом) эмоционального состояния (*Gefühlszustand*) и влечения (*Trieb*), каждое из которых подразделяется уже внутри себя. Наконец, все эти подразделения были охвачены разделением феноменов на непосредственные (*unmittelbare*) и опосредствованные (*vermittelte*).

Следующим противопоставлением явилось универсальное противостояние формы меняющемуся содержанию, поскольку последнее становится ясным только в

восприятии, представлениях, суждениях, чувствах, влечениях, самосознании, которые и являются формами психических феноменов и обозначают характер существования (*Daseinsweise*). В этом подразделении также воплотилась идея об интенциональности, поскольку содержание отражает предметное, тогда как способ, каким индивидуум имеет перед собой предмет, является формой.

Эти и другие четко обозначенные основания составили тот фундамент, на котором Ясперс приступил к систематизации всех аномальных психопатологических феноменов. До сего дня его представления остаются базой феноменологических и клинических исследований.

Так, одним из центральных понятий в учении о деперсонализации – расстройстве, занимавшем так много места в последующих построениях экзистенциального анализа, является ясперовский первый критерий для расстройств самосознания. Согласно этому критерию, в основе деперсонализации лежит переживание субъективно ощущаемой недостаточности активности Я. Далее Ясперс разделил этот критерий на два подпункта: 1) нарушение переживания чувства своего существования, 2) нарушение активности Я. Первый подпункт характеризует нарушения ощущения первичного пассивного бытия, ощущения своего Я, т.е. самоощущения. Второй подпункт характеризует нарушения осознания активности Я как целенаправленной деятельности, лежащей в основе формирования более зрелых уровней – уже не самоощущения, а собственно самосознания. Формирование самоощущения создает предпосылки для выделения субъекта и проявления его активности. Как самоощущение – чувственная подкладка Я, из которой родится взрослое самосознание, является базисом для развития более зрелых и в дальнейшем доминирующих уровней самосознания, так витальная деперсонализация представляется первичным, инициальным деперсонализационным расстройством для развития нередко преобладающих на последующих этапах формирования синдрома деперсонализации аллопсихического, соматопсихического и аутопсихического ее типов [2].

Начиная с работ Гуссерля и Ясперса, при анализе любых телесных нарушений (*Leibstorungen*) наряду с традиционно выделяемыми расстройствами “чувствования”, то есть симптомами, отражающими патологические изменения термических, гаптических, кинестетических и висцеральных ощущений, принято рассматривать и проявления, связанные с осознанием некоего целостного “образа тела” или “телесного Я”. Такое осознание, однако, становится возможным только тогда, когда собственное тело воспринимается в качестве объекта – носителя субъективно испытываемых ощущений. Объективное, по Ясперсу, восприятие собственного тела предполагает дистанцирование от своего “телесного Я”, что сопряжено с определенным оценочным отношением к телу как объекту. На психологическом уровне речь идет о стабильном, фиксированном содержании представлений индивида о своем “телесном Я”. И на психопатологическом уровне отношение к собственному “телесному Я” сохраняет содержательный характер и выступает вне связи с какими-либо конкретными феноменологическими структурами. Как указывает Ясперс, такого рода “содержательные” психопатологические образования остаются в пределах психологически понятных (“содержательно понятных”) расстройств, проявляющихся в форме ипохондрии, нарциссизма и др. [3].

Для него феноменология являлась эмпирическим актом, образующимся благодаря сообщениям больных. Именно поэтому он так высоко ценил подробные истории болезни – их расширение, особенно в сравнении с временами Пинеля, когда история болезни могла занимать объем не более страницы, что позволяло бы глубже проникнуть во внутренний мир больного. Это стало закономерным следствием предпочтения индуктивному методу с его выделением общего за счет индивидуального и специфического метода феноменологического, сохраняющего в своих понятиях структуру реального многообразия признаков [4]. В основных чертах этот метод явился следованием дескриптивному методу Гуссерля. Было очевид-

но, что подобный психологический метод явно отличается от естественнонаучных описаний, поскольку предмет в данном случае не предстоит сам по себе перед нашим взором чувственно, опыт является лишь представлением. В предлагаемом Ясперсом методе описание требовало, кроме систематических категорий, удачных формулировок и контрастирующих сравнений, выявления родства феноменов, их порядка следования или их появления на непроходимых расстояниях, и имело своей задачей наглядно представлять психические состояния, переживаемые больными, рассматривать их родственные соотношения, как можно более строго ограничивать их, различать и определять их во времени. Поскольку мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании, понимании, достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственно наглядного сравнения и символизации, посредством разновидности суггестивного изображения. Именно поэтому такую роль он отводил самоописаниям больных, а также развернутым историям болезни, где необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Как известно, Дильтей в 1894 году противопоставил “понимание” как основной метод в психологии естественнонаучному методу “объяснения”. В противоположность “атомизирующей психологии” понимание исходит из данных нам в непосредственном переживании душевных связей. На основании переживания нами “структурных душевных связей”, внутреннего психического опыта, мы должны понимать человеческую жизнь и историю. Внутренний психологический опыт, связь психической жизни являются основой психологии, тогда как в естественно-исторических науках имеет место конструирование гипотез, которые привносят дополнительно “в данное” ка-

узальную связь. По Дильтею [5], в тех случаях, когда наблюдаются нарушения психики, нужно отклонять всякую попытку включения физиологических связей. Мы объясняем посредством интеллектуальных процессов, писал Дильтей, но мы понимаем вследствие взаимного суммарного действия всех эмоциональных сил в восприятии объекта, путем погружения всех эмоциональных сил в объект. В переживании все дано непосредственно и понимается без посредничества понятий; здесь нет ничего лишнего и не обязательного, а значение каждой части определяется отношением к целому, к “тотальности”. В переживании сущность идентична значению, а значение есть “компендиум сущностных черт объекта, схваченных внутренним жизненным потоком”. Поскольку в переживании представлена почти вся духовная деятельность в ее нерасчлененности, то, что мы переживаем, мы никогда не можем объяснить путем рассудка. Поэтому психологическое расчленение всегда содержит в себе нечто от живого, художественного процесса понимания.

В триаде переживание – выражение – понимание последнему отводится основная роль. “Пониманием – писал Дильтей – мы называем процесс, в котором от чувственно данных проявлений духовной жизни последняя приходит к самопознанию”. Понимание открывает путь к постижению значения переживания, а понятия значения и переживания оказываются коррелятивными: все, что может быть понято, имеет значение, и всякое значение может обнаруживаться для нас только в акте понимания. Понимание охватывает самые разнообразные экстерииоризации жизни и делает видимыми для тех, кто умеет видеть, следы духовного напряжения. Невозможно проникнуть в поток сознания других, но можно наблюдать его через выражения. Дильтей выделял три основных типа понимания, направленных на логические суждения, акции поведения и “выражения переживания”. В первом случае речь идет о суждениях естественнонаучного плана (высказываемое и понимаемое идентичны). В различных акциях эмоционально-волевого плана, в действиях, мотивы уходят в глу-

бину бессознательного, а понимание ненадежно. Только “выражения переживания” предполагают сознательное стремление субъекта выразить свой духовный мир в различных объективациях.

Эти положения Дильтея были воплощены Ясперсом в его критерий понятности, который упрочился как один из основных критериев отграничения процессуального от непроцессуального. Он стал одним из основных препятствий на пути утверждения концепции “мягкой” шизофрении, сторонники которой с 30-х годов пытались отвергнуть дифференциально-диагностическое значение данного. Основным доводом стало то, что эти формы шизофрении могут дебютировать исключительно понятными феноменами, когда процесс обнаруживается лишь в сфере психологически понятных мотивировок и реакций [6].

Одновременно существовали попытки определить условия, при которых критерий понятности лишается своих недостатков и становится научным методом клинической психиатрии [7]. Это казалось возможным лишь при том условии, что, являясь психологическим методом изучения душевных болезней, установление понимаемых связей одновременно объяснит и происхождение патологических явлений. Это, в свою очередь, возможно тогда, когда одна из причин психопатологического феномена заложена в психологическом. Это качество было обозначено Ясперсом как “вырастание душевного из душевного”. Именно оно определяет специфический способ возникновения психопатологического как нового качества первоначально психологического. Впрочем, критики наделяли критерий понятности иным смыслом, умаляя его правомерность как критерия отграничения и видя его достоинства как метода распознавания синдромов как составных частей болезненного состояния.

Основной недостаток критерия понятности психиатры, независимо от принадлежности к той или иной клинической школе, усматривали в дуалистической сущности учения Ясперса. Так, Клейст упрекал Ясперса в категоричном различии между каузальными и понятными связя-

ми. Гильдебранд же писал, что “неверно, что психическое является областью понимания, физическое – каузального объяснения”. Бинсвангер указывал, что генетическое понимание можно рассматривать как действительное “вытекание” (Hervor-gehenaus) из душевного.

Одним из недостатков метода вчувствования считается его субъективность, которая привела, например, Керера к утверждению о единстве предрасположений (Aniagen) исследуемого и исследователя как обязательной предпосылке понимания. Кронфельд прямо указывал, что “возможность вчувствования – не объективный критерий, а ограниченный индивидуальными особенностями”.

Последний из основных недостатков – это его нормативно-психологический характер. Именно в этом значении он использовался некоторыми авторами: “Ненормально все то, что затрудняет вчувствование в состояние и мотивацию” (Кронфельд), “Понятность существует тогда, когда отдельные связи стоят в рамках общечеловеческих надежд и опасений” (Ланге), “Чем более понятна, целесообразна реакция, тем ближе она к норме” (Браун). Оставлял за понятностью значение нормативно-психологическое и Л. Бинсвангер, утверждавший, что “Там, где отсутствует связь, речь идет о больном индивидууме”.

Сам Ясперс отрицал выделение нозологических единиц психических болезней. Он считал, что идея существования нозологически самостоятельных болезней в действительности есть идея в кантовском смысле, суть которой постигнуть невозможно, ибо она лежит в бесконечности, хотя вместе с тем содержит ощутимые результаты в виде реальных ориентиров для эмпирических исследований. В дальнейшем Крепелин в значительной мере согласился с критикой Ясперса. В 1920 году в своей статье “Формы проявления сумасшествия” он признавал, что его классификация родилась под влиянием бурных успехов микробиологии. Выдвигая концепцию регистров психики, он попытался преодолеть односторонность своего детерминизма, однако при этом не отказался от своих нозологических взглядов. Не называя имен, он полемизировал с Ясперсом,

утверждая, что психологическое “понимание” содержит в себе многочисленные источники ошибок [8].

Онтология Хайдеггера, постоянно отторгавшего проблему сознания и подменявшего ее феноменологией бытия, Ясперсом принята не была. Но сам проникающий стиль размышления о бытии и в частности понятие Хайдеггера о подлинном и неподлинном существовании явились кардинальными для последующего развития экзистенциального анализа. Весьма интересен показанный Хайдеггером путь становления подлинного существования, которое начинается с тревоги, не связанной с какой-либо реальной внешней опасностью бытия. Преодоление этой неподлинности, по Хайдеггеру, возможно только при радикальном отделении экзистенции от внешнего мира, когда “героически свободная” личность выбирает саму себя [9]. В чисто психиатрических терминах речь в этих случаях идет о сложных психопатологических состояниях эндогенной природы с преобладанием аутохтонных аффективных и деперсонализационных расстройств, характеризующихся переживаниями не соотносимой с действительными переменами измененное™ своего Я с исчезновением качества “моего” и становлением качества “чужеродного” и окружающего в виде их нереальности, отстраненности, чуждости. Эти переживания сочетаются с безотчетными и беспредметными страхом и тревогой. Нередко такие состояния завершаются отрывом интересов личности от реальности и погружению в мир внутренних переживаний, аутистической ирреальности с кардинальным изменением личностных ценностей и жизненных установок, зачастую с распадом волевой, эмоциональной и интеллектуальной деятельности. Таким образом, чисто психопатологические феномены наделяются онтологическим смыслом и становятся обязательным условием движения личности к совершенствованию.

Другое его утверждение о зависимости мира от индивидуального существования и выборе Dasein всего мира приводит к отрицанию объективно существующих “пространства” и “времени”. Из этого следует принципиальная невозможность отграничения их патологического воспри-

ятия, которое всякий раз может быть объяснено особыми условиями существования Da-sein. То же самое происходит у Сартра, у которого мир больного и мир окружающий меняются местами.

Если согласиться с Дж. Нидлмэном, утверждавшим, что “Бинсвангер исходил из фундаментальных хайдеггеровских понятий и двигался по направлению к Сартру в большей мере, чем сам готов был бы это признать”, то про-исходило это только потому, что первоначальные попытки Бинсвангера при-способить онтологию Хайдеггера к клинической реальности не могли увенчаться успехом и путь к Сартру, стоявшему в непосредственной близости к Хайдеггеру, был предопределен логическим следованием последнему.

Сначала произошло сглаживание границ между психозом и неврозом. Сводя причины шизофрении к неподлинности совершенного выбора и отказа от проектирования собственного будущего, к внутреннему конфликту, походя упоминая о данных наследственного предрасположения, Бинсвангер распространяет ясперсовский критерий понятности на сугубо эндогенные состояния, которые полностью перекрываются вследствие этого экзогенным понятием невроза. Таким образом нарушалось знаменитое положение Э.Фейхтерслебена, сформулированное еще в 1845 году и определявшее понимание взаимоотношения “невроз-психоз”: “Каждый психоз есть в то же самое время невроз, потому что без участия нервной системы деятельность психики не может измениться настолько, чтобы это приобрело манифестную форму, но не всякий невроз является психозом...” [1].

В конце концов, и сам Бинсвангер пришел к выводу о том, что причина болезни – попытки выйти за пределы своего наличного бытия, т.е. совершенно верно определил ситуацию хайдеггеровского перехода к подлинности как болезненную, психотическую.

Шизофрения вообще явилась единственно возможным полем для всяческих спекуляций. Это произошло прежде всего потому, что до сего дня остаются нерешен-

ными основные для нозологического подхода вопросы – является шизофрения болезнью или реакцией, единством или группой. Причем главным отличием от других психических заболеваний является то, что шизофрения не только приводит к явлениям выпадения, распада или дефекта, но и создает содержание и форму, то есть нечто большее, чем невроз. Именно поэтому со времен Блейлера стало возможным говорить о шизофрении не как о болезни, а о “шизофренном” как о виде поведения или образе действия [11]. Ясперс определял шизофренное не просто как определенный психический процесс, но прежде всего как “способ переживания, постижимый в психологическо-феноменологическом плане, целый мир своеобразного психического существования (Dasein), для выражения отдельных моментов которого найдено много тонких понятий, но которое в своем целом не получило удовлетворительной характеристики”. В связи с этим Daseinsanalyse Л. Бинсвангера действительно приобретает особое значение.

Если у Хайдеггера и у того же Сартра это происходило, возможно, не-намеренно, а являлось одним из следствий их умозрительных рассуждений, то у их последователей в лице антипсихиатров именно эта сторона стала сознательно эксплуатируемой темой. При этом именно ссылки на неизведанность причин шизофрении, категоричное отрицание естественнонаучного пути ее познания стали краеугольными аргументами в формировании их политизированных концепций и поставили их вне сообщества профессиональных психиатров. Недовольство технократическим миром вылилось в противопоставление ему противоположного болезненно измененного мира больного, и через это в апологизацию искаженного восприятия.

Если позиции антипсихиатров заведомо неприемлемы для психиатрии, то условия для взаимодействия с иными направлениями психиатрической мысли у феноменологии всегда существовали. Известно неприятие феноменологами психоанализа. Оценивая концепцию Фрейда, Ясперс охарактеризовал ее как псевдомифологию, распространяющую принцип понятных связей на всю психичес-

кую деятельность, но игнорирующую в ней роль каузальных связей. Вместе с тем, произошедшее впоследствии соединение психоанализа и феноменологии основывалось на некоторой общности их основополагающих представлений о психике человека (например, трихотомическое понимание строения личности, имеющее истоки в христианской антропологии) и, в особенности, на близости их методов (являющихся по своей сути герменевтическими).

Не менее актуально и сближение феноменологии с естественнонаучным исследованием человека, что можно показать хотя бы на том примере, что среди четырех критериев сознания Ясперс выделял сознание идентичности Я во времени. Но наряду с этим восприятие времени в свете последних исследований насыщается физиологическим смыслом, поскольку именно физиологическим процессам присущи определенные особенности временной организации. Так, установлено, что у больных депрессией изменено течение циркадных ритмов секреции гормонов надпочечников и половых желез, выделения электролитов. Обнаружены определенные изменения ритма сон – бодрствование. Нарушение синхронизации биоритмов друг с другом и с периодическими воздействиями внешней среды приводит к десинхронозу, который может быть не только спутником депрессии, но и причиной аффективных расстройств. Предполагается, что формирование десинхроноза определяется генетической слабостью механизмов, регулирующих временную структуру организма. Возможно, поломку “биологических часов” логично рассматривать как один из факторов развития депрессии. Результатом этих изменений являются нарушения восприятия времени, выявляемые у больных эндогенной депрессией, что в эксперименте проявляется изменением процесса воспроизведения заданных отрезков времени.

Время, как и пространство, по Ясперсу, хотя и не являются первично предметными, но охватывают все предметное, являются универсальными, т.к. вне этих форм не существует ни одно ощущение, ни один чувственный предмет, ни одно представление. “Существуя всегда”, они не

могут исчезнуть и лишь постольку, поскольку они существуют в каждый данный момент, модифицируется их проявление, характер переживания и их оценка по величине и длительности.

В качестве базисных моментов для феномена восприятия времени Ясперс называет: 1) знание времени, касающееся объективного времени и деятельности в правильно или неправильно оцениваемые отрезки времени; 2) переживание времени, которое отражает не единичную оценку времени, а целое, тотальное его сознание и 3) обращение со временем, подразумевающее умение человека обходиться с основной ситуацией временности. Если первое Ясперс относил к психологии деятельности, третье – к психологии понимания, то второе оставлял темой собственно психопатологии. Такое переживание включает в себя первичное сознание существующего: без существующего одновременно во времени отсутствует сознание хода времени, т.е. переживание первичной непрерывности. Кроме того, это одновременно переживание направленности (*Gerichtetsein*), становление вперед, при котором имеется сознание настоящего как реальности между прошедшим в виде воспоминания и будущим в виде проекта.

Особо Ясперс выделял биологическую проблему временного течения (*zeitlichen Geschehen*) жизни. Называя это время, связанное с длительностью существования жизненной формы и периодичностью кривой всякой жизни, “витальным”, он считал его объективным, биологическим, качественно совершающимся временем. Наличие этого витального времени закономерно привело к целому ряду вопросов, не решенных Ясперсом, и к его утверждению, что “мы не можем ни объяснить переживание времени, ни вывести его, но можем лишь описывать”, поскольку вопрос о причинности при патологических переживаниях времени остается без ответа.

Из этого примера очевидна принципиальная невозможность разведения биологического и идеально психического в человеке и неизбежность совмещения феноменологических и естественнонаучных путей познания, при

котором первый всегда будет предварять последующий.

Примечания

- См.: Мебиус П.Ю. Очерк учения о нервных болезнях. М.: Изд-во А. Карцева, 1894; Морозов В.М., Овсянников С.А. К концептуальной истории эндогенной и экзогенной в психиатрии // Журн. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1991, вып.10, С. 95 – 100.
2. Беззубова Б.Б. Клинические особенности витальной деперсонализации при шизофрении // Журн. невропат. и психиатрии, 1991, вып. 7, С.83 – 86.
 3. См.: Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В. К проблеме нозогений // Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., 1992, С. 114-115.
 4. Савенко Ю.С. Актуальные проблемы общей психопатологии и пропедевтики // Пути обновления психиатрии. М., 1991, С. 10-20.
 5. Dilthey W. Gesammelte Schriften. Stuttgart, 1962 – 1965. Bd.7.
 6. Каменева Е.Н. К проблеме так называемых понятных связей // Невропатология и психиатрия, 1938, Т.VII, вып.3, С. 53 – 65.
 7. Левинсон А.Я., Морозов В.М. Место и значение критерия понятности в клинической психиатрии // Невропат., психиатрия, психогигиена, 1936, Т.V, вып. 5, С. 813 – 820.
 8. См.: Морозов В.М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М., 1961, 268 с.
 9. См.: Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. М., 1985, 175 с.
 10. См.: Овсянников С.А. Дихотомия “невроз-психоз” в концептуально-историческом аспекте // Журн. невропат. и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1992, вып. 2, С. 106
 11. Wyrsch J. Клиника шизофрении // Клиническая психиатрия. М., 1967. С. 22.

БЕСЕДА

(ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ЭТАП)

Специфика диагностического процесса в психиатрии определяется основным ее предметом – психическими расстройствами в их объективных и субъективных проявлениях, что задает и своеобразие ее гносеологии, сочетающей методы естественнонаучного и гуманитарного познания.

К.Ясперс довольно категорично отметал сомнения в правомерности опоры на субъективные диагностические признаки, высказываясь, например, в том смысле, что тем, кто готов признать «объективным» только то, «что может быть воспринято чувствами, но не то, что может быть осмыслено и понято с помощью чувств... лучше было бы не выступать в качестве судебно-психиатрических экспертов, поскольку они в этом деле ничего не смыслят: компетентное мнение они могут высказать разве что о мозге, но ни в коем случае о душе», а упреки в субъективизме расценивал как «бесплодный нигилизм людей, убеждающих себя в том, что в их некомпетентности виноват предмет их исследования, а не они сами» [20].

Именно поэтому исследователь в психиатрии – «это нечто большее, чем простое вместилище знания: будучи живым человеком, он сам неизбежно становится инструментом собственного исследования» [20]. Между тем, до сих пор основной проблемой методологических разработок психиатрической диагностики является «неразличение логического и психологического аспектов процесса вынесения диагностического суждения» [11]. Выделение стадий диагностического процесса, демонстрация аналитических и синтезирующих операций мышления врача в процессе установления диагноза, т.е. свойственное диагностике движение от явления к сущности не исчерпывается установлением цепи индуктивных и дедуктивных умозаключений, которые отражают не реальный процесс постановки диагноза, а рекомендуемую схему, прием обучения. Общее направление процесса познания от живого созерцания к абстракции, т.е. специфика перехода от наглядно воспринимаемых симптомов к диагностическому заключению отражается и в деятельном, или психологическом, полюсе диагностики (совокупности начинающихся с наблюдения

мыслительных операций и действий врача, ведущих к постановке им диагноза), противоположным по отношению к которому является полюс, где все психологическое уже «снято» и где на первый план выступает логический аспект [12]. Прояснить вопрос о психологической стороне клинического исследования позволяет феноменология К.Ясперса, чьи усилия как раз и были сосредоточены на создании метода, который должен был обеспечить *позицию наблюдения* над психопатологическими феноменами.

Феноменологический метод в психопатологии

Если диагностика объективных проявлений психических расстройств характеризуется постепенным расширением своего арсенала, то менее заметны перемены в технике психопатологического исследования ввиду ее ограниченности (расспрос, наблюдение, описание, квалификация, анамнез). Задачи, решаемые в ходе опроса, в наибольшей степени отвечают целям феноменологической психопатологии, т.к. только в ходе беседы может быть выявлен круг симптомов, относящихся к субъективным.

Феноменология для К.Ясперса – это служебная дисциплина в рамках более широкой дисциплины психопатологии, включающей также: а) «понимающую психологию», путем генетического понимания исследующую мотивы и смысловые источники переживаний пациента; б) «объясняющую психологию», направленную на раскрытие лежащих в основании психических процессов каузальных механизмов; в) «соматопсихологию», изучающую доступные для внешнего наблюдения или обнаружения события телесной жизни пациента; г) процедуры интерпретации объективных выражений или результатов душевной жизни пациента, таких как письмо, физиогномия или стиль поведения [1]. Однако в качестве обязательной «подготовительной практики» для этих других частных дисциплин должна рассматриваться именно феноменология (субъективная психология), которая составляет фундамент психопатологии.

При различении объективных и субъективных симптомов К.Ясперс [19] прежде всего исходил из способа их познания. Так, к объективным симптомам он в первую очередь относил все те процессы, которые выступают в *чувственно воспринимаемом* проявлении: рефлекс, поддающиеся регистрации движения или фотографированию – выражение лица, моторное возбуждение, речевые выражения, письменная продукция, поступки, образ жизни и т.д., кроме того – все *поддающиеся измерению функции*,

такие как работоспособность, усвоение навыков, память и т.д. Другую группу образовывали объективные симптомы, которые понимаются посредством *мышления*, т.е. рационально – бредовые идеи, обманы памяти и т.п., одним словом, *рациональное содержание* речевой продукции, которое хотя и не воспринимается чувственно, а может быть только понято, но которое доступно без помощи какого-либо внутреннего погружения в сферу психического.

Все объективные симптомы познаются чувственным восприятием и логическим мышлением, демонстрируются непосредственно и могут быть убедительно представлены в своем действительном существовании. В отличие от них субъективные симптомы не могут быть отмечены органами чувств, но могут быть охвачены лишь посредством погружения в психику другого человека, *вчувствования*, они могут быть доведены до внутреннего созерцания (наглядности) только посредством *сопереживания*, а не мышления. Субъективными симптомами являются все эмоциональные движения и внутренние процессы, которые мы предполагаем *непосредственно охватить* в чувственном проявлении, которое таким именно образом находит свое «выражение», т.е. такие процессы как страх, печаль, радость. Кроме того, субъективными симптомами являются все психические переживания и феномены, которые *описывают* больные и которые доступны только *опосредованно* через их *суждение* и их изображение. Наконец, субъективными симптомами являются психические процессы, которые раскрываются, *истолковываются* из фрагментов двух предыдущих данных, поступков, образа жизни и т.д.

Если пациент может непосредственно наблюдать свои психические процессы при помощи интроспекции, для психопатолога такой прямой доступ закрыт, он может быть только опосредованным – посредством слов и записей другого, его поведения, положения тела и выражения лица. Этот процесс осознания внутреннего переживания другого через его внешние выражения («понимание») *опосредован*, поскольку душевные состояния другого непосредственно не наблюдаются. К.Ясперс [19] выделяет

три рода *средств* феноменологического анализа и установления того, что больной в действительности переживает: во-первых, проникновение в поведение, поступки, *выразительные движения*; во-вторых, исследование больных посредством *опроса* и направляемых нами их высказываний о самих себе; в третьих, письменно изложенные *самоописания*, пусть редко полные, но всегда ценные и полезные. Все эти средства – феноменологические, поскольку направлены на психическое, а не на объективные проявления, которые являются здесь лишь переходным моментом, способом, а не собственно предметом исследования.

Таким образом, первый класс субъективных симптомов состоит из психических процессов пациента, к которым психиатр имеет доступ через нечто чувственно воспринимаемое – через внешнюю выразительность пациента. Второй класс представлен психическими процессами, доступ к которым психиатр имеет через речь другого – его устные сообщения или свидетельства. Необходимо заметить, что ни внешняя выразительность, ни высказывание пациента сами по себе не являются симптомами; симптом – это невоспринимаемый психический процесс. Не совсем ясно, что К.Ясперс имел в виду под «истолкованием», посредством которого образуется доступ к психическим процессам третьего класса. О.Виггинс, М.Шварц [1] предполагают, что тем самым Ясперс подразумевал, что различные виды материальных манифестаций рассматриваются *совместно* как указующие на психологические состояния пациента. То есть слова, поступки, мимика пациента и пр. в их *совокупности* должны приводить к истолкованию – они должны быть мысленно собраны вместе как части одного целого. Вследствие этого различные манифестации раскрывают глубинное психическое состояние пациента не «непосредственно», но лишь после (опосредующего) «истолкования». Очевидно поэтому, что описание явлений в психопатологическом исследовании отличается от того что принято в естественных науках, поскольку его объект не дан нашим чувствам непосредственно – мы лишь представляем его себе.

Задача феноменологии заключается в развитии общих понятий для основных видов психопатологического опыта. Чтобы определить эти понятия, сначала феноменолог должен совершить проникновение-переносом, погрузиться в опыт переживания другого. Поскольку определенные черты во многих индивидуальных опытах переживания являются общими, феноменолог имеет возможность обобщить и определить понятия, специфицирующие эти общие черты. Согласно К.Ясперсу [20], первый шаг к научному познанию сферы психического заключается в отборе, разграничении, дифференциации и описании отдельных *переживаемых феноменов*. Затем эти феномены получают терминологические определения, причем интересует только то, что непосредственно наблюдается. Подобный способ представлять, разграничивать и определять психические события и состояния, позволяющий быть уверенными в том, что один и тот же термин всегда обозначает одно и то же, и составляет *феноменологический* подход. В феноменологии предметом анализа служат отдельные качества или состояния, извлеченные из подвижного контекста психической жизни; феноменологическое понимание по своей природе статично, поскольку дает не более чем статический отпечаток душевной жизни, в его задачи не входит выяснение взаимосвязи переживаний, их динамики, обусловленности и пр.

Более точному пониманию метода К.Ясперса способствует его сопоставление с принципами феноменологии Э.Гуссерля, причем в точках и соприкосновения, и расхождения с ним. К.Ясперс признавал, что им была принята феноменология Э.Гуссерля, которая стала исследовательским методом, поскольку оказалось возможным и плодотворным описание внутреннего опыта переживаний пациентов как феноменов сознания, то есть рассматривать душевные состояния пациентов как «психопатологические феномены» [21]. Феноменология Э.Гуссерля предлагала путь преодоления психологизма, сводящего все проблемы к их психологической мотивации, и позволяла выразить вещи сами по себе.

К.Ясперс отталкивался от работ Э.Гуссерля раннего периода – «Логических исследований» (*ЛИ*) и «Философии как строгой науки», считая термин «феноменология» приемлемым в том его значении, который Э.Гуссерль вкладывал в него первоначально для целей «описательной психологии» явлений сознания. Впоследствии, однако, Э.Гуссерль использовал его в значении «усмотрения сущности» (*Wesensschau*), что не соответствовало смыслу, подразумеваемому К.Ясперсом. Одна из принципиальных составляющих метода Э.Гуссерля – «усмотрение сущности» – имеет дело с приведением к категориям различных видов психических процессов через осуществление широкого варьирования их свойств, которое не ограничивается рассмотрением *действительных, реальных* психических процессов, но также предполагает рассмотрение вообще *возможных*, т.е. в принципе воображаемых или воспринимаемых психических процессов. Категории, определяющие границы возможного, Э.Гуссерль называл «сущностями» и рассматривал различение сущностных свойств многообразных видов психических процессов в качестве задачи своей феноменологии [1]. Идеация («эйдетическая редукция», «категориальное созерцание», «созерцание сущности») рассматривает некоторую фактическую данность всего лишь как исходный пункт, на основе которой путем свободной вариации в фантазии ее модусов образуется горизонт произвольных вариантов начального «образца». Исходный «пример» превращается в чистую возможность наряду с другими возможностями, то есть произвольная вариация становится решающим шагом в отстранении от всего фактического. Оживляемые фантазией единичные варианты образуют синтетическое единство, приходя к перекрывающемуся совпадению. Тем самым проступает общая сущностная форма как необходимо сохраняющийся во всей вариации инвариант, то есть общая сущность, или эйдос. В случае категориального созерцания нивелируется разница между восприятием и воображением, сознание общего с одинаковым успехом может строиться как на основе актов *восприятия*, так и на основе актов *фантазии*, причем

последняя имеет безусловное преимущество [18]. В связи с учением об идеации Э.Гуссерль проводил несколько сущностных различий, например, что идеация не имеет ничего общего с эмпирическим обобщением, или что эйдос не является результатом эмпирической абстракции (в смысле выделения части содержания).

Для К.Ясперса феноменология – это чисто *эмпирический метод исследования*, возможный только благодаря *информации, поступающей от больного*. От Гуссерлевской сущностной (или «эйдетической») его феноменология отличается именно как эмпирическая дисциплина, где рассмотрение ограничивается *действительными, реальными* психическими процессами, а обобщение или абстракция носят исключительно эмпирический характер: «*мы изолируем, характеризуем и абстрактно определяем психические феномены*» [19]. Психологические исследования, ограниченные анализом действительных психических процессов, выявляют общие категории, определяющие границы *действительного*, в связи с чем К.Ясперс видел задачу своей феноменологии исключительно в изучении психопатологических процессов, *действительно имеющих* у пациентов. Т.е. в этом случае мы имеем дело с *эмпирической* дисциплиной, являющейся источником эмпирического опыта о субъективном мире пациентов и пытающейся определить общие черты действительных психических процессов, ее целью скорее является описание общих черт психопатологических состояний, чем *объяснение* их причин и генезиса.

Создание идеального собеседника (обследуемого)

Установление контакта (раппорта). Поскольку психиатр всецело зависим от описаний, которые дает своему состоянию сам больной, и интерпретирует их по аналогии с собственными переживаниями [20], все усилия в ходе беседы должны направляться на создание таких условий, чтобы дать больному возможность высказаться полностью.

А.Кемпинский [22] напоминал, например, что психиатрический контакт парализует атмосфера спешки; необходима интимная атмосфера, тогда как присутствие третьих лиц мешает. Требуется обеспечить для больного и врача минимум удобств – помещение должно быть по мере возможности эстетичными, не должно вызывать каких-то неприятных ассоциаций у больного и рассеивать его внимание, оно также должно быть в достаточной степени звуконепроницаемым, нужно заранее позаботиться о том, чтобы беседа не прерывалась никаким посторонним вмешательством. В психиатрии вырабатывается целый ряд правил и приемов, обеспечивающих наиболее оптимальный режим проведения беседы. Например, указывается [2], что не следует усаживать пациента непосредственно напротив врача; стул, на котором сидит пациент, должен быть достаточно высок, чтобы ему не приходилось все время смотреть на врача снизу вверх, и у него не возникало гнетущего ощущения, что он находится под постоянным пристальным наблюдением. Во время беседы врач должен сидеть за письменным столом, чтобы иметь возможность делать заметки, поскольку в противном случае не гарантируется точность описания. Чтобы не привлекать внимания пациента, лучше поместить его у торца письменного стола, слева от врача, пишущего правой рукой, что способствует созданию непринужденной атмосферы и позволяет врачу, наблюдая за больным, одновременно делать заметки.

Основная цель подобных рекомендаций – достиже-

ние активности больного, выступающего не просто в роли объекта исследования, но и полноправного наблюдателя психических процессов, субъектом которых он является. Полноценное исследование душевных переживаний поэтому может быть достигнуто только в ходе диалога. Его специфика задается многими факторами – возрастом, полом, образовательным уровнем и социальным статусом пациента, которые определяют своеобразие психического опыта, диапазон эмоционального реагирования, в связи с чем психиатр всегда должен быть готов к гибкому отклику на возникающую перед ним психическую реальность.

С.Ю.Циркин, М.А.Кулыгина [17] указывают, что расположить к себе пациента становится возможным, если стиль общения, выбранный врачом, учитывает его характерологический тип, т.е. соответствует внутренним запросам больного, его поведенческим тактикам и эмоциональным реакциям и его психологическим требованиям, зачастую неосознаваемым, к манере поведения психиатра. Это взаимодействие на начальных этапах для установления контакта состоит либо в подстройке к стержневым свойствам характера (консонирующий стиль), либо в умеренной конфронтации с ними (диссонирующий стиль). Так, консонирующий стиль взаимодействия может быть успешным при общении с пациентами параноического, истерического, циклоидного склада характера, тогда как диссонирующий стиль дает положительный эффект при общении с пациентами, в характере которых преобладают шизоидные, психастенические, эпилептоидные черты.

В связи с феноменологией речевых расстройств М.С.Роговин [13] останавливался на особом свойстве языка, которое важно для их феноменологии на начальном этапе исследования – свойстве транспарантности (прозрачности) языковых значений. С утратой этого свойства в речи больного исследователь часто встречается в первую очередь. В процессе коммуникации слушающий фиксирует не весь объем речевых характеристик говорящего, а прежде всего заключенное в высказывании содержание. Акт произнесения и восприятия речи имеет сложную психо-

логическую иерархизированную структуру, в которой компоненты низшего уровня – фонематические, грамматические, интонационные подчинены высшему уровню – передаче смысла сообщения. Характеристики низших уровней представляют, однако, как для говорящего, так и для слушающего наиболее автоматизированные компоненты речи (сила звука, интонация, порядок слов и т.д.), и в том случае, когда их изменения адекватны ситуации, продолжают органически входить в общую структуру высказывания. Таким образом, транспарантность значений есть как бы обратная сторона сложной структуры речевой коммуникации, ее собственно феноменологический аспект. При наличии речевых расстройств вследствие диссоциации этой структуры врачу, беседующему с больным, эта структура презентуется прежде всего как нарушение, затемнение транспарантности значений. Особым вопросом остается при этом то, какова «презентированность» этих значений самому больному [13]. Поэтому на первых этапах диалога установление должного (продуктивного) контакта связано с достижением уверенности в том, что смысловой контекст речевых понятий пациента и психиатра совпадают или, по крайней мере, последним улавливается своеобычность речевых высказываний собеседника.

В целом задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми и понятными пациенту, однозначными, то есть содержать лишь одну мысль. Доступность вопросов определяется совпадением их лексики с речевой практикой пациента, которая зависит от словарного (лингвистического), образовательного, культурного уровня, а также культуральных, языковых, национальных и этнических факторов, что требует от психиатра точной оценки соответствующего статуса опрашиваемого.

Активизация самонаблюдения. Успех расспроса в значительной степени предопределяется умением активизировать самонаблюдение больного, что является решающим моментом для распознавания болезни [16]. Рассказы больных о себе (самоописания), на которые они вызываются в процессе беседы, оказывают психиатру основную

помощь. При этом больные «сами выступают в роли наблюдателей, а мы можем только оценивать, насколько они заслуживают доверия и в какой мере способны судить о себе» [20]. Поэтому для достижения феноменологической ясности больные должны направляться таким образом, чтобы они, сосредоточившись на самонаблюдении, позволили понять не только содержательный, но и субъективный аспект (форму) переживания. Только в той мере, в какой сам больной становится настоящим наблюдателем, психиатр использует его собственные психологические суждения.

Отсюда – закономерная последовательность интервью, отражающая разные способы управления диалогом: первым этапом является пассивный (с техникой «открытой» беседы, «вслушивания», стимулирующей к самостоятельному и свободному рассказу, который рекомендуется лишь осторожно и деликатно направлять в нужное русло), вторым – активный (с техникой «направленного» расспроса, заполняющего лакуны дискурса первого этапа). Особое значение здесь приобретает характер вопросов. Так, К.Ясперс [20] приводил мнение, что нужны только общие вопросы: как больной себя чувствует, что он пережил, как это с ним происходило, что случилось после и т.п. Каждый раз, когда в ответах больного появляется позитивный момент, его развитие следует стимулировать дальнейшими вопросами общего характера. По крайней мере, именно с общих вопросов должна начинаться любая беседа, которая может сводиться к «обыкновенному разговору об обыденном» [15]. Обычно рекомендуется начинать беседу с получения фактических сведений, отправляясь от простого к сложному, от нейтральных тем – к эмоционально значимым. Не следует без необходимости прерывать рассказ обследуемого, часто требуется подстраиваться к его психическому темпу. При этом следует побуждать пациента к разъяснению своих высказываний, имеющих клиническое значение, предлагая привести конкретные примеры, более подробно описать упоминаемые ощущения, подобрать новые слова, аналоги, образные сравнения,

уточняющие форму психопатологического переживания. Преимущество имеют свободные, т.е. не подразумевающие ответ, вопросы; побуждать пациента к беседе могут повторение или отражение сказанного пациентом, замечания, которые отражают понимание врачом чувств пациента и т.д. [7].

Особое место занимают суггестивные (внушающие) вопросы, которые уже содержат определенную информацию, подсказывают ответ и подразумевают лишь подтверждение либо отрицание. Подобные вопросы относятся к рискованным приемам, их применение оправдано только при постановке особых задач (определение степени внушаемости, готовности откликнуться на психопатологически значимые вопросы предположительно симулирующего пациента и некоторые другие).

По утверждению А.Кемпиньского [22], объективизация работы больного и врача состоит в том, что оба участника диагностического процесса говорят о больном в третьем лице. Появляется как бы идеальный больной, предмет наблюдения реального больного и врача. В этот момент психиатрический метод приближается к естественнонаучному, с той разницей, что здесь идет совместная работа, исследователями являются больной и врач. Только при этом условии достигается предпосылка психологического познания, создающаяся, согласно Ф.Брентано, постоянной и активной направленностью всего содержательного сознания исследователя на отождествление (идентификацию) собственного сознания с сознанием объекта исследования.

Формирование феноменологической установки (феноменологическая редукция). Несмотря на «горизонтальную плоскость контакта» [22], психиатр должен избегать крайностей, а именно – не раскрывать себя больному: он не должен выглядеть искусственно, надевать ту или иную маску, которая не соответствует его актуальному психическому переживанию, по мере возможности он должен быть самим собой, не стараясь занимать позицию притворного сочувствия, ученого, приятеля, учителя. Согласно рекомендации К.Ясперса [20], необходимо держаться с вежливым безразличием, слушать внимательно и, независимо от собственных воззрений, слегка «подыгрывать» пациенту в его представлениях и суждениях, при этом собственные оценки должно хранить при себе: «нужно внимательно вслушиваться в то, что говорят тебе другие, неизменно держа руку на собственном пульсе». Таким образом, декларируется позиция некоторой отстраненности, эмоциональной незаинтересованности и беспристрастности, становящейся залогом объективности самого исследования и позволяющей осуществить контроль над собственными эмоциональными реакциями – наблюдая самого себя, врач тем самым сохраняет дистанцию по отношению к собственному психическому состоянию. Естественнаучный подход, основанный на волевом отношении к окружению, психиатр должен применять прежде всего к себе, он может и должен управлять своими психическими реакциями, включая невербальное поведение [22].

Понятно, что об отнесении больного к той или иной диагностической категории уже в начале исследования у врача складывается более или менее четкое представление, которое может сформироваться сразу под влиянием самых разных причин (знание истории болезни, мнение коллег, первое впечатление и т.д.). Важно, однако, чтобы это первичное представление не было ригидным и доминирующим, не воспрепятствовало усвоению не соответс-

твующих и даже противоречащих ему данных и, служа направлением хода мышления, могло меняться под влиянием новой информации. М.С.Роговин [12] подмечает, что диалектическое противоречие между общепатологическим и частнопатологическим имеет место уже на этапе квалификации симптомов, поскольку происходит своеобразное раздвоение процесса познания. С одной стороны, в терминах психопатологических абстракций (психопатологических симптомов) осуществляется анализ – выделение того, что представляется наиболее важным из общей совокупности воспринимаемого, и синтез – объединение, суммирование этих признаков в целостные образования (синдромы). С другой стороны, идет мыслительный процесс фиксации признаков, который не является полностью ни анализом, ни синтезом, поскольку интеграция уже существует в объекте и, следовательно, индивидуальные черты воспринимаются в единстве. Это скорее процесс установления факта включенности, чем абстрактный анализ и синтез, которые по отношению к непосредственно наблюдаемому несут как бы контрольную функцию.

Преодолению этого раздвоения процесса познания служит использование особых рабочих понятий – психопатологических (симптомы, синдромы, нозологические формы), и оценочных (норма и патология, органическое и функциональное, позитивные и негативные симптомы, специфические и неспецифические изменения психики и т.п.). Характерной особенностью этой особой группы понятий является то, что по мере углубления исследования и уточнения диагностических предположений отбрасываются наиболее неопределенные из них и подключаются те, которые по своему содержанию ближе к системным понятиям научной психопатологии. В начале указанной последовательности находятся понятия «нормы» и «ненормального», стоящие в непосредственной близости к сфере научного, обыденного мышления [12]. Однако приближение к этому обыденному уровню восприятия еще не обеспечивает необходимую феноменологическую чистоту, требующую нового преодоления.

К.Ясперс [19] напоминал, что нельзя уподобляться ребенку, рисуя предмет не такими, какими он их видит, но такими, какими он их мыслит, психопатолог должен пройти через ступень, на которой психическое мы так или иначе для себя *мыслим*, к лишенному предубеждений непосредственному пониманию психического таким, каково оно *есть*. Это достигается посредством преодоления предубеждений, приводящего к феноменологической установке. Переход к сфере феноменологической работы уже Э.Гуссерлем описывается как *смена установок*, так как в феноменологическом анализе требуется противоположная естественной направленность созерцания и мышления [18]. *Установка* – это кардинальное понятие феноменологии, которое задает условия возможности феноменологической работы. Естественная установка (т.е. соответствующая «здравому смыслу») характеризовалась Э.Гуссерлем как «наивная», «догматическая», «объективная», суть пребывания в ней заключается в самозабвенной направленности на объекты, полагаемые в соответствии с их «объективными» смыслами, и отсутствием внимания к *сознанию* этих объектов. Согласно принципам беспредпосылочности и очевидности должна быть нейтрализована предпосылка *бытийной значимости*, точно также как все иные первичные полагания: практическая или эстетическая ценность, полезность, опасность, желательность, достоверность и т.д. От психопатолога требуется, чтобы он в своей работе проводил четкое различие между *наблюдениями* и *оценочными суждениями*, необходима лишь спокойная, непредвзятая сосредоточенность на фактах психической жизни [20].

Это согласуется с утверждением Э.Гуссерля, что в качестве феноменологических могут быть признаны лишь те высказывания о психических процессах, которые сообщают *единственно* о том, что может созерцаться в этих процессах. Высказывания, приписывающие психическим процессам черты, не обнаруживаемые в них созерцанием, должны быть исключены из феноменологии как просто «предпосылки». Чтобы сконцентрироваться исключи-

тельно на том, что «реально существует в сознании», мы отстраняемся от всех предположений, которые приводили бы нас к закреплению за психическими состояниями черт, не усматриваемых в них. Таким образом устанавливается требование феноменологического метода – *беспредпосылочности*, требующей отказа от каких бы то ни было высказываний о психических процессах, с очевидностью не подтверждаемых посредством созерцательного пресуществования их настоящим [1].

Представление того, что в действительности происходит у больного, что собственно он переживает, каким образом дается ему нечто в сознании, что у него на душе и т.д. – является началом, при котором сразу же следует отказаться от взаимозависимостей, переживаний как целого и от мысленного дополнения, предвзятости и теоретических представлений. Только то, что действительно имеется в сознании, должно представляться, а все, не данное в действительности в сознании, не существует: «мы должны обратиться только к тому, что мы можем понять в его действительном бытии, охватить, различить и описать... Это своеобразное феноменологическое отсутствие предубеждений» [19].

Говоря о беспредпосылочности феноменологического исследования, К.Ясперс не использовал термин «феноменологическая редукция», поскольку Э.Гуссерль ввел это понятие в лекциях 1907 года (опубликованных только в 1950 г.) и стал рассматривать его как основу основ феноменологического метода в «Идеях...» [3], вышедших в 1913 г. Между тем, хотя в *ЛИ* и нет термина «феноменологической редукции» (эпохе), проблематика реального опыта и его дескрипции, из которых затем выросли «правила метода», содержалась как раз здесь и в «Лекциях...» 1905-1907 гг. [5]. Формулируя в *ЛИ* принцип беспредпосылочности, Э.Гуссерль, по сути, задавал процедуру, которая затем будет названа феноменологической редукцией, поскольку эпохе – это попытка отстраниться от существования предмета, достичь безразличия по отношению к его существованию. Эта предпосылка имеет отношение непосредственно к ин-

тенциональности как безразличие к существованию или несуществованию предмета при сохранении того же самого интенционального акта. Безразличию к существованию предмета как следствию разведения интенционального акта как такового с его структурой и сущностью, данности предмета и предмета как такового соответствует безразличие к существованию своего собственного эмпирического Я. В.И.Молчанов [10] указывает и на другие «приметы» редукции во втором томе *ЛИИ*: Э.Гуссерль говорит о «противоестественной» направленности созерцания и мышления в феноменологическом анализе, об обращении к актам сознания и т.д.; даже в языковом плане он становится весьма близок к этому термину: «если мы ограничим... чисто психическое Я его феноменологическим содержанием, то оно редуцируется к единству сознания, т.е. к реальному комплексу переживаний» [6]; наконец, феноменологической редукцией можно считать «исключение объективного времени» в «Лекциях...» [5].

Таким образом, говоря о *беспредпосылочности*, К.Ясперс утверждает тем самым обязательность процедуры *феноменологической редукции*. В основе же эпохе лежит различие между областью переживаний, рефлексии на эти переживания и «естественным» миром с его «естественными» предметами, т.е. редукция выступает как различение региона сознания и заключенного в скобки мира [10]. К.Ясперс [20] призывал «постоянно делать над собой усилие *не принимать во внимание* теоретические предрассудки, так или иначе свойственные нашему разуму, и воспитывать в себе способность к *непредвзятому восприятию фактов*». Проводить опрос поэтому следует, исключая собственную личностную позицию, причем не только на уровне словесного выражения мыслей, но и во всем том, что касается поведения и внешнего облика, отказываясь от демонстрации собственной «точки зрения» в речи, облике и других внешних проявлениях. Примечательно, что достигаемая таким образом беспристрастность неразрывно увязывается с сопереживанием, которые выступают неотъемлемо друг от друга.

Достижение эмпатического сопереживания (вчувствование). Поведение и экспрессивные движения другого, ответы другого на вопросы и описание другим (т.е. пациентом) своего опыта является основанием проникновения-переносом, которое имеет эмпатическую природу. Психиатр может только направить самого себя и других, чтобы представить себе психопатологическое состояние как нечто определенное.

Для *представления* себе всех этих феноменологически далее нередуцируемых качеств К.Ясперс неоднократно использовал такие выражения как *видеть, усматривать, вчувствоваться, понимать* и т.п., повторяя терминологию В.Дильтея [8], утверждавшего, что «высокая степень понимания» требует вчувствования, симпатии, или сочувствия, повторного переживания и воссоздания. Психиатр может все в большей и большей степени погружаться в такое эмпатическое со-переживание, пытаться осуществить полное проникновение-переносом в переживание другого, вследствие чего переживания психопатолога станут более подобными переживаниям пациента.

Подобный акт эмпатии («вчувствования») К.Ясперс [20] называет также «пониманием», означаящим постижение психических процессов другого на основе восприятия нечто непосредственно данного – мимики или речевых высказываний, например. Таким образом, понимание – это постижение психического через данность чего-либо не-психического, например, движений тела или артефактов культуры. Здесь важно различие двух форм «понимания». В первом случае я понимаю другого, когда его психические процессы или переживания являются объектами моего опыта; переживания другого суть то, *что* я осознаю. Во втором случае «понимания» я буду понимать другого, если буду иметь *те же переживания*, что и он. В первом случае понимание не требует, чтобы я сам печалился для постижения печали другого: я просто осознаю печаль другого как объект, на который направлено мое сознание, сами по себе процессы которого не суть переживания печали. Немецкое слово “*Verstehen*” в принципе может применять-

ся только для обозначения этой первой формы понимания; тогда как другие термины – «вчувствование», «сопереживание», «повторное проживание» и «сочувствие», а также наиболее выразительный термин «проникновение переносом» в значении овладения теми же переживаниями, что и другой – для именования второй формы [1].

Вчувствование в другого – это со-переживание его способу переживания вещей, каковым, по крайней мере в воображении, феноменолог обретает переживания, подобные переживаниям другого. К собственно предполагаемым психическим феноменам ведут в числе прочего «наглядные сравнения и символизации, разновидность суггестивного, наиболее убедительно достигаемого художниками наведения, выявление ранее уже известных феноменов, которые в качестве элементов настоящего (современного) играют определенную роль и т.д.», – советует К.Ясперс [19, 20], указывая тем самым на способы, лежащие скорее в русле гуманитарного познания.

На основе же понимания и вчувствования формируется *представление*, вызываемое непосредственным схватыванием феноменов выражения, погружением в самоопыт. Его надежность будет достигаться принципиально таким же образом посредством сравнения, повторения, проверки переживаний вчувствования, как и надежность естественнонаучных данных, полученных в чувственном восприятии. К тому же нужно еще *определить понятия*, специфицирующие различные виды психопатологического переживания, сформулировать достигнутое понимание в определенных выражениях.

Достижение наглядности созерцания (пресуществление настоящим). В случае научного понимания главной целью является выработка проверяемого и систематического знания об опыте другого. В силу этого научное понимание должно соответствовать более строгим критериям точности, ясности и верифицируемости. Этим целям служит процедура *пресуществления настоящим* переживаний пациентов. Она означает способность психопатолога испытывать переживания пациента *как если бы*

они в действительности были ему непосредственно даны и играет роль, аналогичную чувственному ощущению для естественных наук.

К.Ясперс [19] настаивал, что психологическая наука «прежде всего должна уяснить себе, что она устанавливает для себя в качестве идеала ставшее вполне осознанным представленное в строгих формах понимание психического, которое будучи неосознанным, ненадежно... лишь при осознанных установлениях может идти речь о знании». Этому служат выделение, отграничение, различение и описание *определенных* психических феноменов, которые благодаря этому будут *ясно представляться* и закономерно называться *определенным выражением* (термином). Необходимо усилие посредством эмпатического обращения к другим и затем к самим себе представить себе предполагаемые феномены. Это «самостоятельное (отдельное) представление себе психологических предметов, руководствуясь всегда внешними указаниями, является условием, при котором только *вообще* может быть понята *какая-либо работа над психологическим*... он (феноменолог) должен учитывать и то, что другие не только *со-мыслят*, но что они в общении и беседе с больными и в своем собственном представлении *со-видят*. Это видение вовсе не чувственное, а понимающее... кто противится или не способен представить себе психическое и живо созерцать, тот не может постичь феноменологию» [19].

О.Виггинс, М.Шварц [1] подмечают, что слово «созерцание» в наши дни означает просто «непосредственное видение нечто» или «мысль, внезапно приходящая в голову», потеряв связь со своим латинским источником «*intuitus*» и, соответственно, с тем традиционным техническим значением, которое использовалось Э.Гуссерлем и К.Ясперсом. В их понимании интуитивное созерцание и сродные ему слова означают «прямой опыт чего-либо», в качестве синонимичного с созерцанием К.Ясперс также использует выражение «приведение к данности». В интуитивном созерцании сам объект непосредственно дан его испытывающему субъекту, интуитивное созерцание есть сознание самоданности объекта.

Таким образом, вслед за Э.Гуссерлем К.Ясперс настаивает на осуществлении феноменологии через интуицию. Он полагает невозможным чувственное восприятие психических процессов другого, так что обозначенные «созерцание» и «усмотрение» не являются чувственными, они лишь означают детализированно четкое осознание в одном не являющегося непосредственно данным опыта другого. То есть феноменолог должен стремиться осознавать психические процессы пациента в такой детализированной четкости, *как если бы* они были *непосредственно даны* ему.

Таким образом, в действии пресуществования настоящим обнаруживается составляющая *воображения*: психиатр *воображает* этот опыт как непосредственно данный. В этом собственно и состоит действие воображения, по крайней мере, в одной из его форм – как способности испытывать нечто как настоящее в его отсутствие. Нетрудно уловить здесь перекличку с учением Э.Гуссерля, согласно которому чувственное восприятие и воображение суть два вида интуиций, различным образом дающие индивидуальные интенциональные объекты, каждый из которых может быть дан этими двумя способами: «объект моего восприятия и объект моего образа тождественны» [14]. В свете этого представляем ли мы себе наши собственные переживания прошлого или других людей, становится безразличным.

Именно поэтому К.Ясперс часто характеризует «пресуществование настоящим» как «созерцательное»: «Феноменология решает задачу *созерцательного пресуществования настоящим для нас* актуальных для пациента психических процессов...» [1]. В том же смысле выдержан и другой перевод этой фразы из «Общей психопатологии»: «Феноменология решает следующие задачи: она в *наглядной, образной форме представляет* психические состояния, реально переживаемые больными...» [20].

Таким образом, К.Ясперс утверждает практику активного переноса в жизнь другого и сопереживание вещей, как переживает их другой – концентрируясь на опыте со-

переживания, феноменолог может затем созерцательно пресуществовать настоящим для себя испытанное в нем, может быть причастным этим душевным событиям и, *воображая* то, как они могут быть представлены для восприятия другого, тематизировать их определенные и четкие черты. Эти черты психического затем могут быть специфицированы в понятиях. К.Ясперс предостерегает психиатров от склонности только *размышлять* о психопатологических душевных состояниях, не проделывая шага к их *усмотрению* (т.е. созерцанию). Еще Э.Гуссерль полагал возможным проведение рефлексии на собственные психические процессы и интуитивное их созерцание, т.е. непосредственное прямое наблюдение. В этой саморефлексии те или иные психические процессы могут быть непосредственно даны сами по себе. Точно также для К.Ясперса созерцание является «сущностно наполняющим переживанием» и потому в психопатологии может использоваться с той же целью, какой чувственное восприятие служит в естественных науках, а именно – проверке истинности суждений познания.

Как было показано выше, для феноменологического метода К.Ясперса справедливы положения, касающиеся и феноменологической редукции как составляющей философской методологии. И.Н.Шкуратов [18], проводя сопоставление латинских *reductio* и *reflexio*, доказывает их смысловую близость: в редукции я отстраняюсь от той «бытийной веры», с которой полагаются объекты моих первичных переживаний, обретая тем самым позицию «незаинтересованного наблюдателя» по отношению к своим первичным полаганиям. Бытийная значимость, от которой я отстраняюсь, не уничтожается, но «заключается в скобки», чтобы предстать для осмысления в рефлексии. Именно рефлексия соответствует той процедуре, которая позволяет осуществить редукцию – в рефлексии первичный акт выступает не как актуально полагающий, но как объект нового, рефлексивного, полагания. Для объяснения процедуры редукции Э.Гуссерль [4] прибегает к феномену «расщепления» переживающего Я в процессе феноменоло-

гической рефлексии, в акте которой над «вжитым» в мир Я утверждается Я феноменологическое, «не участвующее» в бытийной вере первого и в качестве «незаинтересованного зрителя» созерцающее его жизнь. Таким образом вместо вещей, ценностей, целей и т.д. мы раскрываем тот субъективный опыт, в котором они «являются». Таким образом, феноменологическая установка конституирует *удвоение Я*, устанавливая тем самым феноменологическое, наблюдающее Я, которое «проводит феноменологическую рефлексию, причем саму по себе рефлексию удерживает незаинтересованная установка наблюдателя» [9].

Ту же мысль доказывал А.Кемпиньский [22], когда говорил, что психиатр обязан сохранять некоторую отстраненность как в отношении реакций пациента, так и собственных эмоциональных реакций. Ему нужно как бы в самом себе создать третьего человека, идеального наблюдателя, который наблюдает ситуацию сверху, со стороны. Этот третий, воображаемый наблюдатель и есть тот самый психиатр, который с естественнонаучных позиций спокойно, эмоционально нейтрально наблюдает исследователя и исследуемого, трактует их переживания как предмет собственных исследований.

В свете сказанного понятна необходимость специального тренажа внушающего и невнушающего, прямого и косвенного опросов, понимания и эмпатии. Однако не менее важен призыв К.Ясперса [20] «насытить свой внутренний мир самыми разнообразными восприятиями... весь накопленный опыт должен быть всегда наготове для того, чтобы обеспечивать материал для возможных сопоставлений». Эти призывы оправданы и постольку, поскольку, согласно М.Веберу, очевидность психологического понимания основана на вчувствовании только в те количественные проявления душевной жизни, которые мы способны актуализировать у себя в виде возможного и допустимого смыслообразования. В этой связи важно и осознание границ «понимания», за которыми возможно лишь каузальное объяснение наблюдаемых феноменов и их взаимосвязей.

Литература:

1. Виггинс О., Шварц М. Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса. – Логос. – М., 1998. – №1. – С.173-203.
2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – Т.1. – Киев, 1997. – 299 с.
3. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Том I. Общее введение в чистую феноменологию. – М., 1999. – 336 с.
4. Гуссерль Э. Картезианские размышления. – СПб, 1998. – 315 с.
5. Гуссерль Э. Лекции по феноменологии внутреннего сознания времени. – Собрание сочинений. – Т.I. – М., 1994. – 162 с.
6. Гуссерль Э. Логические исследования. Т.II (1). – Собрание сочинений. – Т. 3 (1). – М., 2001. – С.329.
7. Джекобсон Д.Л., Джекобсон А.М. Секреты психиатрии. – М., 2005. – 576 с.
8. Дильтей В. Описательная психология. – СПб, 1996. – 160 с.
9. Лиотар Ж.-Ф. Феноменология. – СПб, 2001. – 160 с.
10. Молчанов В.И. Аналитическая феноменология в *Логических исследованиях* Эдмунда Гуссерля. // Гуссерль Э. Собрание сочинений. – Т. 3 (1). Логические исследования. Т.II (1). – М., 2001. – С.XLVI-LXIII.
11. Роговин М.С. Психиатрический диагноз и проблема диагностики (Сообщение I). – Журн. невропат. и псих. им. С.С.Корсакова. – 1979. – Т.79. – Вып.2. – С.224-235.
12. Роговин М.С. Психиатрический диагноз и проблема диагностики (Сообщение II). – Журн. невропат. и псих. им. С.С.Корсакова. – 1979. – Т.79. – Вып.3. – С.359-366.
13. Роговин М.С. Симптоматика речевых расстройств больных шизофренией в свете современных исследований. Сообщение I. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1973. – №6. – С.926-930.
14. Сартр Ж.-П. Воображаемое. Феноменологическая психология воображения. – СПб, 2002. – 319 с.
15. Снежневский А.В. Исследование психически больных. – Психиатрия. – М., 1968. – С.113-118.
16. Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций. – Валдай, 1970. – 190 с.
17. Циркин С.Ю., Кулыгина М.А. Характерологические типы личности и стиль взаимодействия с пациентом в процессе психотерапии. – Российский психиатрический журнал. – 1998. – №2. – С.44-48.
18. Шкуратов И.Н. Феноменологическая психология Э.Гуссерля: опыт имманентной критики. – М., 2004. – 159 с.
19. Ясперс К. Феноменологическое направление исследования в психопатологии. – Логос. – 1994. – №5. – С.25-41.
20. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997. – 1056 с.
21. Ясперс К. Философская автобиография. – М., 1995. – С.2-95.
22. Kepinski A. Poznanie chorego. – Warszawa: PZWŁ, 1978. – 200 s.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

**ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО
СОСТОЯНИЯ
(СООБЩЕНИЕ 1)**

Описание психического состояния («психический статус») всегда рассматривалось как центральный раздел психиатрической истории болезни, точно также как и некоторых нормативно регламентируемых документов, подготовленных психиатром. Особенно наглядна эта роль в заключении судебно-психиатрической экспертизы, где данный фрагмент становится основным в системе доказательств обоснованности итоговых экспертных выводов. Более того, описание психического состояния, как один из ведущих методов клинического психиатрического исследования, становится обязательным для указания в перечне использованных в ходе экспертизы методов и методик, становясь инструментом оценки обоснованности и всесторонности экспертного исследования в целом.

Вместе с тем, формулируемые на сегодняшний день требования ставят подчас судебно-психиатрического эксперта в сложное положение. С одной стороны, действующие законодательные нормы призывают в ходе экспертизы придерживаться современных методов, обеспечивающих полноту исследования и возможность верификации полученных результатов. Так, ст.8 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» гласит: «эксперт проводит исследование объективно, на строго научной и практической основе... всесторонне и в полном объеме. Заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных». Это находит отражение, в частности, в нормативных актах, обязывающих руководствоваться современной классификационной систематикой. Использование МКБ-10, ориентированной на критериальный подход к диагностике психических расстройств, ведет к необходимости прицельной организации клинических результатов наблюдения, учитывающей отражение в обосновании необходимого и достаточного количества критериев для достижения соответствия установленного диагноза содержащимся в ней требованиям.

С другой стороны, данные критерии не несут однозначной информации, необходимой для обоснования собственно экспертных решений, связанных с оценкой произвольности поведения и свободой волеизъявления. Следует согласиться с А. Tatossian (цит. по [8]), утверждавшим, что операциональные критерии не годятся для оценки способности пациента действовать свободно. Более пригодной для этих целей остается феноменологическая диагностика, в рамках которой пациент рассматривается не просто как носитель симптомов, но также как человек, способный к новому поведению, поступкам, принятию решений и т.д. [8]. Однако в этом случае возникают как минимум две проблемы – особых канонов описания психического состояния и оптимального соотношения в нем феноменологических и операциональных принципов отражения наблюдаемых психопатологических явлений.

В свете сказанного требуется рассмотрение устоявшихся правил изложения психического состояния.

Широко известно высказывание А.В. Снежневского [17], критиковавшего рекомендуемые схемы описания статуса: «Подобного рода искусственная, уже заранее схематизированная анкета проявления болезни, особенностей течения ее у отдельного больного часто уводит врача от диагноза, если не болезни, то больного». Данное высказывание нередко трактуется излишне буквально как отрицание любой попытки систематизации клинического материала, хотя здесь важны скорее оговорки, предостерегающие от заведомой схематизации проявлений болезни и ее течения, что вполне соответствует феноменологическому принципу беспредпосылочности психопатологического исследования. Сама же потребность в определенной упорядоченности изложения психического статуса им не подвергалась сомнению: «Вместе с тем изложение проводят в определенной последовательности» [18].

Последовательность эта, несомненно, задается индивидуальными особенностями психического состояния, что не исключает необходимости придерживаться определенной «логически последовательной организации и представления данных», цель которой заключается в том, чтобы изложить достаточно детальную историю текущего состояния пациента так, чтобы: 1) иметь, как минимум, несколько рабочих гипотез относительно проблем пациента, и 2) лицо, слушающее (или читающее) об этом пациенте, имело достаточно информации, чтобы придти к своим собственным гипотезам. Из этого следует и совет описывать «четкую, детальную историю, пробуждающую чувства» [6]. Обычно большинство рекомендаций с незначительными модификациями приводит перечень подлежащих анализу психических сфер (общее описание, аффект, перцептивные нарушения, мыслительный процесс, сенсорные и когнитивные функции, оценка социальных способностей и самооценка [7]), иногда перемежающийся психопатоло-

гическими состояниями, требующими обязательного исключения (деперсонализация, обсессивные явления, бред, галлюцинации [4]).

Считается [5], что последовательность описания психического состояния должна выглядеть примерно следующим образом:

- Внешний облик и невербальное поведение
- Речевое (вербальное) поведение
- Социальное поведение (удержание дистанции)
- Отражение жалоб пациента
- Самоописание психопатологических переживаний
- Самоотношение и критичность
- Динамика состояния в ходе всего наблюдения
- Интегративная оценка психической сферы

Следует отметить, что данная последовательность лишь приблизительно соответствует той, которой придерживается психиатр в ходе клинического интервью, в большей степени остающимся процессом творческим и гибким, следующим за особенностями контакта с пациентом. «Психический статус» представляет из себя особым образом упорядоченный профессиональный отчет о клинической беседе, в связи с чем его составление вынужденно сопровождается систематизацией, и, следовательно, – отбором значимой клинической информации. Принцип этого отбора требует особого внимания. Так, А.В.Снежневский [18] считал, что «описание психического состояния надо всегда начинать с самого главного – с наиболее существенных проявлений болезни, выражающих основную тенденцию в ее развитии. По мере изложения существенного все остальное естественно располагается в логической связи с ним, освещая необходимые аспекты динамики состояния». Однако выделение «наиболее существенного» является в значительной степени результатом последующей трактовки и интерпретации, в ходе же непосредственного исследования и фиксации получаемых данных оно может легко подменяться наиболее ярким и наглядным, но отражающим явления вторичные, производные от основного расстройства.

Касаясь требований, предъявляемых к описанию наблюдений как процессу, М.С.Роговин [15] утверждал, что никакое научное наблюдение никогда не бывает «сплошным», оно всегда выборочно, избирательно, а эта выборочность в свою очередь есть результат установки, готовности к определенным восприятиям. Поэтому, по его мнению, результаты наблюдения, реализующиеся в научном описании, в феноменологии объекта, неотделимы от той системы понятий, которыми оперирует ученый. При наблюдении и описании осуществляется, хотя и не всегда осознанно, предшествующая собственно объяснению первичная группировка материала, классификация изучаемых явлений, то есть реализация основанной на прежнем опыте мыслительной и перцептивной установки. М.С.Роговин настаивал на неразрывности описания психопатологического явления и теоретического отношения к нему и бросал упрек представителям феноменологизма, которые «это обстоятельство объявляют препятствием для познания истинной сущности предметов и явлений». Правда, подчеркивая обязательность наличия отношения, преломляющегося через систему понятий науки, он указывал на вытекающие из этого методические трудности в изложении, поскольку «чрезвычайно трудно сделать разделение собственно феноменологии и объяснительных понятий и схем». На примере исследования речи больных это приводит его к следующей дилемме: должен ли исследователь рассматривать речь в качестве средства раскрытия какого-то содержания, не являющегося самой речью, либо речевые факты берутся *per se*, в качестве материала для последующего анализа? Поставленный вопрос подводит к одному из фундаментальных в психопатологии разграничений между психическим феноменом и симптомом психического расстройства. Пока лишь заметим, что К.Ясперс никогда не отрицал значения для клинического исследования предшествующих знаний и писал, что «успешный подбор вопросов возможен только при условии, что мы обладаем определенным запасом общих знаний. Концептуальные схемы и структура нашего концептуального знания – настоящие «органы чувств», опре-

деляющие наш образ действий при разработке и постановке вопросов...» притом, что если «умение варьировать ход обследования представляет собой искусство, предполагающее творческий подход к каждому отдельному случаю, то умение *сообщить* полученную информацию так, чтобы она имела хоть какую-то ценность, относится всецело к области науки – ибо чтобы добиться в этом деле успеха, нужно неукоснительно держаться *четко установленных* понятий» [24]. Это всецело соответствует герменевтическому кругу понимания: для понимания целого необходимо понять его отдельные части, но для понимания отдельных частей уже необходимо иметь представление о смысле целого. Однако такой подход не отменяет феноменологических принципов беспредпосылочности и непредвзятости, предполагающих последовательность перехода к «четко установленным понятиям», когда первоначально действует феноменологическая редукция, обеспечивающая непосредственность феноменологического описания, а главенствующую роль играет свободный от теоретических представлений, всевозможных психологических конструкций, объяснений и т.п., искажающих восприятие феноменов, клинический расспрос со столь значимым для него вчувствованием как основным инструментом понимания психопатологических феноменов.

Наблюдение диагностом переживаний пациента и их фиксация в описании предшествуют выделению из этих наблюдений диагностически значимых феноменов. В противном случае симптом не будет обозначать то, что пациент чувствует или переживает в действительности, поскольку выделение симптома будет основано на некоей предвзятости в отношении того, что нам говорит пациент или того, что мы наблюдаем, поскольку симптом соотносится с предположением о лежащей в его основе дисфункции. Это допущение предопределяет способ, которым описывается симптом, что не только сокращает богатство разнообразных значений исходного феномена до простой «дисфункции», но может даже исказить описание симптомов [8].

Т.Фукс [21] указывает, что создание К.Ясперсом психопатологии основывалось на отрицании естественнонаучного редукционизма с его стремлением дать научное объяснение и постановкой вопроса «почему?» прежде вопроса «что?». Тем самым упускается тщательное описание и понимание патологических изменений психики. Психопатология, напротив, исходит из предпосылки, что даже душевная аномалия носит оформленный и осмысленный характер и не исчерпывается перечислением симптомов, которые понимались бы как прямое отражение расстройств внепсихического субстрата. Психопатология берет свое начало там, где расстройству подвергается вся *структура психики*, а значит и *конституция* переживания мира и себя самого. Эту измененную или расстроенную конститутивность уже невозможно описывать в виде отдельных симптомов, она требует феноменологической актуализации всей структуры пережитого мира в целом. Только после того, как эта задача будет выполнена и психическое заболевание будет понято как изменение структуры мира, можно осуществлять поиск органических, биографических или иных причин в опоре на надежный методический базис [21].

Феноменология представляет собой метод, дающий первичные, исходные представления о единичных проявлениях и отдельных состояниях, и не претендующий на большее, нежели описание эмпирических феноменов. Однако на следующих этапах психопатологического исследования происходит постижение взаимосвязи статических феноменов, их истоков и путей трансформации. Так, феноменологическое познание затем уточняется генетическим пониманием, являющимся субъективным восприятием взаимосвязей душевного изнутри и осуществляющимся посредством вчувствования. Оно охватывает вытекание душевного из душевного, движение того психического, которое наблюдается в мотивационных взаимосвязях, контрастных взаимодействиях, диалектической противоречивости (понимающая психология). Наконец, следующим является объяснение, объективно отражающее

взаимосвязи, следствия, закономерности, которые объяснимы не столько понятным, сколько причинным образом. Таким образом, задается этапность психопатологического исследования, определяющая в том числе возможное направление и опорные пункты изложения психического состояния.

Как допустимые упоминаются разные варианты систематизации выявленных психопатологических феноменов [11]: в одном случае описание психопатологических симптомов осуществляется по группам (например, сначала излагаются особенности аффекта, затем – бреда, затем – двигательных нарушений и т.д.), в другом расстройства описываются в той последовательности, в какой о них говорят сами пациенты. Оба эти способа, имеющие свои достоинства и недостатки, могут сочетаться. В первом случае предоставляется возможность точнее выявить детали психического состояния, но само описание будет более схематичным и субъективным, так как сам психиатр группирует расстройства. Во втором существует риск пропустить отдельные нарушения, хотя статус будет написан с большей объективностью, в нем точнее отразится целостная, не члененная на детали картина болезни.

Примечательно, что как недостаток знаний о психопатологических проявлениях во всем их многообразии, так и предпочтение тех или иных объяснительных концепций о их природе будут приводить примерно к одному и тому же дефекту описания клинических наблюдений – редуцированному отображению реально наличествующих психопатологических феноменов. В первом случае это будет следствием игнорирования клинически значимых элементов психического состояния в силу невосприимчивости к действительно наблюдаемому. Во втором – преждевременного сокращения расспроса из-за достижения мнимой ясности и понятности уже увиденного, укладывающегося в готовую схему, и отбрасывания дальнейших деталей как несущественных и избыточных.

Объективность К.Ясперс называл общим требованием к написанию истории болезни: «отчет о фактах должен

быть живым и выразительным; суждения, выводы, бессодержательные схематические категории должны избегаться». Одновременно им формулировалось и другое правило – избирательность описания – «ибо стремясь к полноте, мы рискуем растянуть наше описание до бесконечности», в связи с чем следует отбрасывать «все необязательное, лишнее, освободиться от шлама ничего не говорящих наблюдений». Любопытен вытекающий из этих требований внешний критерий качества описаний: «хорошо изложенная история болезни всегда велика по объему, но большой объем сам по себе вовсе не свидетельствует в пользу того, что история болезни хорошо изложена» [24]. Эту мысль А.В.Снежневский [18] повторял почти дословно: «Подробное изложение анамнеза и статуса, отвечающее требованиям психиатрического обследования, неизбежно делает историю болезни длинной. Однако далеко не все подробно написанные истории оказываются совершенными».

На восприятие наблюдателем психического состояния пациента влияет множество факторов, включающих культуральную принадлежность, социальный и индивидуальный субъективный опыт, определяющие стереотипы восприятия, а также актуальное эмоциональное состояние и др. (См. обсуждение данной проблемы [20]). Такая зависимость создает особые методические проблемы, поскольку сущность психопатологического описания – максимально полное и точное, непредвзятое переложение непосредственно воспринятого и понятого в ходе клинической беседы, в том числе путем вчувствования [19]. Описание, однако, подразумевает некоего третьего по отношению к пациенту и исследователю, а именно – своего адресата, который должен ухватить и достигнуть того же понимания состояния пациента, которым руководствовался сам исследователь. Последний, таким образом, становится посредником между пациентом и своим коллегой, создавая условия для верификации собственного клинического суждения, основанного на детальном описании психического состояния, одной из основных целей которого как раз и является воссоздание у читателя зримого и чувственно ощутимого образа пациента. Поэтому описание должно стремиться к максимальному устранению из поля зрения фигуры самого наблюдателя. Например, не рекомендуется употреблять указания на задававшиеся в ходе интервью вопросы, что отражает не столько состояние пациента, сколько технологию клинической беседы, а в целом перегружает описание и препятствует целостному впечатлению.

Эта задача тем более актуальна, что ее решение самым непосредственным образом сопрягается с научным статусом феноменологического подхода в целом. По мнению О.Виггинса и М.Шварца [2], постулат К.Ясперса о корректности лишь тех описательных понятий, чей смысл

будет «сущностно исполняться» феноменологическим пресуществованием настоящим, не означает гарантий, что созерцательно пресуществляемое феноменологами настоящим соответствует действительному опыту пациентов и представляет собой чрезвычайную эпистемологическую проблему – проблему познания другого сознания. Характер взаимооткрытости в отношениях врач-пациент, возможность формирования речи и поведения пациента под воздействием психопатолога, личные и интеллектуальные пристрастия, ценности последних могут выступать силами, влияющими на опыт переживания пациентов. В результате очевидность, выводимая из наблюдения над пациентами, может не обладать ожидаемой чистотой, в связи с чем феноменолог должен прибегать к практике «упражнения в подозрении»: психиатр «должен оставаться подозрительным в отношении к собственной роли в формировании данных наблюдения над пациентом» [2].

Известны распространенные ошибки, когда психиатры склонны ограничиваться лишь самым общим впечатлением, не утруждая себя анализом конкретных диагностических критериев, а если и делают это, то – «формально, задним числом, тенденциозно подбирая критерии под интуитивно установленный диагноз» [22]. При должном же соблюдении технологии описания оно способно существенно скорректировать сложившееся впечатление, объективно отразив клиническую картину, иногда радикально отличающуюся от первоначально воспринятой. К.Ясперс [24] указывал, что необходимая предпосылка «осознанного исследования экспрессивных проявлений» представляет собой умение врача «более или менее отчетливо дифференцировать главное от второстепенного и формулировать принципы сбора и представления данных», поскольку это делает материал доступным для сравнения и последующей проверки. Он также напоминал, что «очень редко удастся хорошо описать тот или иной факт, не имея интуитивного представления о его возможном значении».

Тем более важной остается проблема понятийного словесного опосредования, поскольку в силу особого ха-

рактера восприятия выразительных движений возникают и особые трудности, связанные с переводом их в область рационального познания. Столкновение с подобными сложностями нередко приводит к типичным ошибкам, например, к употреблению при описании **квалифицирующих понятий**. Это такие оценки состояния пациента, как «депрессивен», «маниакален», «апатичен», «аутичен» и т.п.

В этих случаях терминологическая оценка состояния опережает или вовсе устраняет клиническое описание, не давая возможность проверить ее обоснованность. А.Краус [8], солидаризируясь с К.Ясперсом, подчеркивает, что в редуцировании феноменов до симптомов и, тем более, до критериев (то есть, давая им точное определение) всегда существует опасность, что мы делаем феномены более внятными, чем они в действительности являются. Поэтому использование таких понятий при составлении «психического статуса» признается недопустимым в силу приведенных выше соображений, касающихся очередности между феноменологическим описанием и выделением диагностически важных симптомов, обеспечивающей убедительность профессиональной трактовки и устранение каких-либо сомнений в ее правомерности. Так, явно недостаточно ограничиться указанием на «негативистичность» больного, поведение и своеобразие контакта с которым могут быть истолкованы и как простая оппозиционность. Поэтому сначала должны быть приведены те детали состояния и поведения, которые однозначно свидетельствуют о парадоксальности эмоционального реагирования с бессмысленным сопротивлением любому внешнему воздействию, оправдывающие использование именно данного термина.

Другой ошибочный прием – это использование **понятий, отражающих стереотипный профессиональный жаргон**. Г.В.Морозов и Н.Г.Шумский [12] приводят целый перечень слов и выражений, которыми нередко злоупотребляют психиатры, но которые лишены точного смысла или попросту являются «канцеляризмами». Сюда,

например, попали: «держится без чувства дистанции», «контакт формальный», «ответы не по существу», «держится демонстративно», «имеет реальные планы на будущее» и т.д. Как справедливо указывают авторы, подобные обороты всегда мешают возможности дать точные описания и делать выводы, оставаясь непредвзятым наблюдателем. Необходимо сводить к минимуму стандартный стереотипный жаргон в отношении симптомов и поведения, избегать клинических клише, обрекающих описание на недопустимую краткость и обедненность, неконкретность [6], тем более что ценность описательных характеристик определяется степенью единообразия их восприятия и понимания другим специалистом.

Более пригодными являются **комплексные понятия, отражающие интуитивное схватывание целостного психического образа**. Это такие определения, как «экстравагантный», «эксцентричный», «вычурный», «странный», «нелепый», «чудаковатый», «гротескный», «неадекватный» и т.д. В значительной степени эти понятия близки антропологическим «измерениям», введенным в рамках даэзин-анализа Л.Бинсвангером, отталкивавшимся от М.Хайдеггера. В качестве «трех форм неудачного бытия-в-мире» он называл «экстравагантность», «вычурность» и «манерность», которые связаны не с личностью в ее индивидуальных качествах, а с «бытием-в-мире», то есть совокупностью отношений к себе, к другим, к миру. Воплощаясь в целостном облике, эти свойства воспринимаются наиболее непосредственно и потому – первыми, через экспрессивные проявления.

К.Ясперс [24] настаивал на методологической достаточности объяснения экспрессии путем ее **непосредственного понимания**, достигаемого эмпатически в момент наблюдения и не нуждающегося в дальнейшей рефлексии. Тем не менее, он предостерегал от скоропалительных выводов по аналогии с собственной психической жизнью, которые называл фантомом, и которые «приходят лишь во вторую очередь; каждое отдельное экспрессивное проявление может иметь множество различных смыслов, и понять

его удастся только в связи с каким-то определенным целым».

Целостное, интуитивное восприятие образа или гештальта больного, который выглядит как относящийся к той или иной диагностической группе, при достаточном опыте психиатра является ценным методическим подспорьем. Этот подход основан на наблюдении, что люди, страдающие одним и тем же психическим заболеванием, похожи друг на друга, даже если у них нет ни одного общего симптома [8]. То есть данные определения несут не столько информацию об индивидуальных клинических особенностях конкретного пациента, сколько о типологических свойствах, которым он соответствует. Между тем, значение данных понятий очень велико, поскольку, будучи производными от первичного впечатления, они накладывают отпечаток на восприятие всей остальной совокупности психопатологических феноменов.

А.Кронфельд [9] тесно увязывал проблему выявления «основного расстройства», в котором проявляется структура психопатологического синдрома, с методическим понятием «впечатления», когда «симптоматический фасад создает *трудно формулируемое* (выделено нами – А.Т.) впечатление единого «оттенка», единого «звучания», преобладающего в картине болезни... Мы выбираем из соответствующих отдельных симптомов общую для них *единую*, клинически относительно специфическую направленность расстройства». При этом он подчеркивал, что «оттенок является доступной наблюдению стороной основного расстройства», хотя «в такой форме, в форме диагностического «абсолютного впечатления» (в смысле психологии восприятия) научно еще ничего не достигнуто». Рассматривая основное расстройство как базу всего первичного синдромаобразования, А.Кронфельд признавал недостаточность психиатрических знаний для точного его формулирования, например, при шизофрении, в связи с чем «мы должны довольствоваться «клиническим впечатлением его шизофренического «звучания», «оттенка».

Общее впечатление исследователя по типу расхо-

geful Н.С.Румке ведет к необходимости последующей его расшифровки, требующей от психиатра приложения усилий по осознанию тех психических и поведенческих проявлений, которые легли в основу его констатации. Так, использование характеристики «манерный» может оказаться вполне уместным, однако при условии, что дальнейшая детализация будет способствовать ее отграничению от сходной по внешним проявлениям, но принципиально иной по клинической сути характеристики «жеманный». На примере «экстравагантности» Л.Бинсвангер подчеркивал, что ее нельзя «понимать в большинстве случаев и как черту характера или как некоторый вид устанавливаемого психологического, психопатологического или социологического явления или «симптома». Он указывал на «чрезвычайно обширную «симптоматологию» экстравагантности», требующую различения между «так (неправильно) называемыми «экстравагантными идеями» маниакального больного, «экстравагантными» («чудными», «странными») жестами, речью или действиями шизофреника и фобиями невротика – даже несмотря на то, что психопатологи или в нашей повседневной жизни мы о всех них говорим как об «экстравагантных» [1].

Лишенными этих недостатков остаются ***общераспространенные понятия, отражающие опыт эмоционально-эстетического восприятия.*** Речь идет о таких обиходных эпитетах, касающихся психических состояний, как: «печальный», «настороженный», «сосредоточенный», «озабоченный», «пониженный» и т.д. и т.п. Эти характеристики наиболее тесно связаны с максимально индивидуализированными проявлениями психических реакций конкретного пациента, в связи с чем представляют наибольшую ценность. Несомненно, что чем более богатым и многообразным будет использование подобных прилагательных, относящихся к разным временным и тематическим эпизодам клинического интервью, тем более точным и наглядным будет представление о реальном психическом состоянии пациента. Подобные описания, богатые тонкими деталями, обеспечивают живость и непосредствен-

ность его восприятия в последующем, помогая читателю вчувствоваться в изложенные переживания пациента. Предпочтительность и ценность подобной, скорее художественной, манеры описания объясняется пограничным положением проблемы экспрессии, в силу которого до сих пор актуально высказывание G.Rohracher [цит. по 13]: здесь «контраст между жизненным опытом и научной психологией особенно разителен, причем, поскольку последняя еще не обладает сколько-нибудь удовлетворительным подходом к проблеме, этот контраст явно не в ее пользу... Мы еще не умеем с помощью научных методов даже различать радостное выражение и насмешливое, нет инструмента, который помог бы охарактеризовать взгляд как «открытый», «хитрый» или «задумчивый».

Однако это возможно при соответствии самого исследователя некоторым требованиям. Первое касается его собственного эмоционального диапазона, богатства эмоционального опыта и глубины эмпатического восприятия, позволяющих уловить малейшие психологические оттенки состояния собеседника.

Другое касается его словарного (лексического) запаса, помогающего иногда с помощью построения синонимичных рядов («растерянный»–«недоуменный»–«обескураженный»–«смущенный»–«удивленный») или создания составных конструкций («тоном высокомерно-насмешливого пренебрежения») выбрать те характеристики, которые наиболее точно передадут эмоциональное сопровождение той или иной реакции пациента. Бедность лексикона, порождающая обращение к стереотипным клише, подмену многозначности состояний сознания единым понятием, создает риск упрощения описания, поскольку каждому из таких наименований явлений сознания соответствует не какой-то один акт, процесс, а целая их совокупность. Более того, выражения, фиксирующие эмоциональные состояния, подразумевают типы поведения, вариативность которых зависит от контекста, конкретных обстоятельств. Среди прочих дезориентирующих факторов Л.Витгенштейн [3] выделял также то, что в выраже-

ниях актов, процессов, способностей сознания стерта, не выявлена динамика единого и многого, одноактного и процессуального. Обозначая одним словом множество связанных друг с другом, но все же различных явлений, язык приглушает различия, мешая верному пониманию соответствующих реалий. Метод прояснения, демонстрации многообразий более или менее близких, похожих явлений, обозначаемых тем или иным словом, он условно называл методом «семейного подобия».

На этом этапе описание полностью соответствует представлениям К.Ясперса о феноменологии как исключительно описательной, не-теоретической отрасли психопатологии, поскольку она не пытается объяснить психические процессы, чьи точные черты она описывает. Точное следование принципам феноменологического описания направлено на достижение его верификации – описательные понятия, будучи раз определенными, затем используются для того, чтобы другие психиатры могли созерцательно «усматривать» те же самые черты психопатологических процессов. Описание в этом смысле помогает *усмотрению*, созерцанию реальностей самих по себе, при котором становится возможным полное постижение смысла понятий, недоступное лишь при *размышлении* о психопатологических душевных состояниях. К.Ясперс [24] проводит аналогию с гистологией: «Подобно тому, как гистолог в деталях описывает морфологию частных элементов лишь для того, чтобы другие могли с большей легкостью *усматривать* их, и вместе с тем должен предполагать или вменять этот тип видения тем людям, кто на деле должен понять его, так и феноменолог специфицирует черты и различия, предостерегает от смещений, для того чтобы описать качественно особенные психические данные. Причем он должен рассчитывать на других не как на *просто мыслящих* вместе с ним, но прежде всего как на *усматривающих*, подобно ему, путем взаимодействия и бесед с пациентами, через их собственный способ пресуществования настоящим». Тем самым, по замечанию О.Виггинса и М.Шварца [2], К.Ясперс утверждает, что лингвистические описания могут исполь-

зоваться адекватно лишь будучи инструментом для усмотрения описываемого феноменологически. Пока читатель пытается понять эти описания лишь концептуально, он только мыслит вслед за феноменологом. Однако этого недостаточно – он должен на основе этого концептуального мышления выйти за его границы к своему собственному *усматриванию* описываемых психических феноменов.

В этой связи представляется важным, что «впечатление» как акт непосредственного интуитивного познания основан на интуитивном выделении каких-либо из признаков, которые соответствуют уже имеющимся у воспринимающего знаниям и представлениям, т.е. направляется определенным социальным опытом. Интуитивное познание связано с сознательной деятельностью двояко: во-первых, сознательной является установка, настройка (в феноменологии этому соответствует процедура феноменологической редукции) на восприятие, процесс которого почти исключает развернутые суждения; во-вторых, само по себе суждение, хотя и остается невысказанным, оказывается уже сформированным. Таким образом, интуиция как акт непосредственного познания – это начальный и заключительный этапы любого психопатологического исследования. Первоначально – это этап, предвещающий применение научных методов и опирающийся на прежний опыт и его обобщение, т.е. на максимально сконцентрированное знание. В этом смысле непосредственное постижение есть фактически перенос наших знаний о заключительном этапе исследования на начальный этап. В качестве заключительного этапа интуиция выступает как знание, опосредованное методом и общими понятиями [13].

К.Ясперс, указывая методический путь достижения ясности, говорил о необходимости «в извлечении из всего хаотического множества явлений именно тех форм, которые подлежат рассмотрению». Будучи «живыми образами (гештальтами)», их «отчетливое видение неизменно сопровождается «чувством» или «настроением» – то есть, иначе говоря, ощущением *значения, смысла форм, их души*». Однако затем следует стремиться «перевести эту

«душу вещей» в слова, понять ее, обратить ее в методически разработанную и продуктивную систему понятий». Чувствительность к форме и движению как необходимое предварительное условие восприятия экспрессии как таковой требует эмпирического подтверждения, достигаемого демонстрацией связи, существующей между понятой экспрессией и остальными реалиями человеческой жизни, доступными нам в форме речи, а также путем постоянного соотнесения каждой частности с определенным целым: «в настроении и поведении человека всегда присутствует некий элемент необычности, который остается только дополнительно подчеркнуть и развить в вербальной форме». Наш опыт понимания экспрессивных проявлений в исследовательских целях должен быть сделан осознанным, требуя обострения и углубления его и адекватного очерчивания его границ: *«ясное и методически разработанное описание* служит первейшим условием любого по-настоящему научного овладения экспрессией; без этого невозможны ни полноценное осознание того, что удалось непосредственно понять, ни контроль над этим пониманием» [24].

Высказывая надежду на разработку *методического* теоретического и практического учения «физиогномического видения человека, или учения о том, что значат определенные физиогномические признаки с точки зрения *содержания психической жизни*», К.Ясперс [24] одновременно указывал на возможность культивирования врожденной способности усматривать осмысленные формы благодаря специальным упражнениям, направленным на оттачивание видения с помощью описаний.

Между тем, значение этих понятий и характеристик, имеющих отношение к внешней выразительности, самих по себе для верификации психопатологического описания остается самым наименьшим. К.Шнайдер [23] отдавал безоговорочное преимущество для диагноза «осмысленным способам переживания» перед «аномалиями выражения», которые у наблюдателя «превращаются во впечатление со всеми субъективными источниками ошибок». К очень сомнительным симптомам он относил натянутость, жеманство,

манерность, чудачество, замкнутость, «пусть даже и столь ярко выраженные, что кажутся не подверженными субъективности впечатления». Исходя из этого он утверждал, что «строить диагноз исключительно на таких впечатлениях можно *лишь в самых редких случаях* и никогда – на основании истории болезни, характеристик, составленных другими наблюдателями».

Не случайно А.Кронфельд [10], предостерегая против «субъективного произвола» при оценке «трансиндивидуальной типичности», производной от находок, полученных иррациональным путем, лишь при помощи «вчувствования», говорил о необходимости для науки о выразительности особого метода, предполагающего «рационализацию иррационального», «объективную оценку субъективного вчувствования». Одно из методических средств ему виделось в «пластически-артистическом описании физиогномического образа», отвечающем требованиям целостной оценки физиогномического «переживания вчувствования».

Однако при самом совершенном, отточенном мастерстве описания до конца не снимается проблема многозначности категорий, обозначающих состояния сознания и эмоциональности. Условием корректной интерпретации невербального поведения как объективного элемента отдельных симптомов и синдромов или формы психологически понятного поведения являются, с одной стороны, собственные эмпатические способности психиатра, с другой, – осведомленность клинициста о его сложной структуре и возможных способах объяснения наблюдаемых явлений. Одним из способов решения данной проблемы феноменологически ориентированные психопатологи давно считали видеосъемку как чуть ли не единственно адекватный метод исследования экспрессии. Так, Н.Нейманн и Th.Spoerri [цит. по 14] еще в 1957 г. опубликовали результаты исследования с использованием киносъемки, в котором попытались наметить основные «типы экспрессии в динамике их протекания» при шизофрении. Согласно их данным, основные экспрессивные конфигурации состав-

ляют полярную динамическую структуру, полюса которой образуют «те моментальные снимки, в которых как в фокусе отражаются ее наиболее характерные особенности». После становления типичного «выражения» следует анализ «впечатления» – анализируются «топография мимического поля», динамика, отношения подвижных частей друг к другу и к целому и т.д. Синдром при этом образуют те признаки, которые оказываются необходимыми для определения данной экспрессивной конфигурации («погруженность – скованность», «маскообразность – естественность»), причем сущность синдрома (например, мимической дезинтеграции) выводится непосредственно из него же самого как явления.

Видеосъемка может быть еще более эффективной, будучи совмещенной с методами клинической этологии, позволяющими описывать иерархически организованные элементы невербального поведения [16; 20]. Тем самым образуется возможность сочетания субъективных и объективных методов психопатологического исследования, создающих возможности для его дальнейшей верификации.

Литература

1. Бинсвангер Л. Экстравагантность (Verstiegenheit). – Он же. Бытие-в-мире. – М., 1999. – С.293-299.
2. Виггинс О., Шварц М. Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса. – Логос. – М., 1998. – №1. – С.173-203.
3. Витгенштейн Л. Философские исследования – Он же. Философские работы. – М., 1994. – С.75-320.
4. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – Т.1. – Киев, 1997. – С.42-48.
5. Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы №100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» (Приказ Минздрава России №401 от 12.08.03 г.).
6. Кан М.В. Организация и представление психиатрической информации. – Джекобсон Д.Л., Джекобсон А.М. Секреты психиатрии. – М., 2005. – С.31-37.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. – Т.1. – М., 1994. – С.27-30.
8. Краус А. Вклад феноменологически-антропологического подхода в диагностику и классификацию в психиатрии. – Независимый психиатрический журнал. – 2006. – №1. – С.9-18.
9. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. – Он же. Становление синдромологии концепции шизофрении. – М., 2006.
10. Кронфельд А. О физиогномическом сходстве. – Там же. – С.222-230.
11. Морозов Г.В., Зайдель К. Клиническое исследование и диагностика в психиатрии. – Руководство по психиатрии (под ред. Г.В.Морозова). – Т.1. – М., 1988. – С.212-238.
12. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). – Н.Новгород, 1998. – 426 с.
13. Роговин М.С. Проблема экспрессии и ее место в психопатологии (по материалам зарубежных исследований). Сообщение I. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – Т.70. – Вып.1. – С.136-143.
14. Роговин М.С. Проблема экспрессии и ее место в психопатологии (по материалам зарубежных исследований). Сообщение II. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – Т.70. – Вып.2. – С.280-289.
15. Роговин М.С. Симптоматика речевых расстройств больных шизофренией в свете современных исследований. Сообщение I. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1973. – №6. – С.926-930.
16. Самохвалов В.П. Клинико-этологический метод в психиатрии. – Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.28-38.
17. Снежневский А.В. Психиатрический диагноз. – Он же. Общая психопатология: Курс лекций. – 2-е издание. – М., 2004. – С.194-206.
18. Снежневский А.В. Клиническое исследование. – Руководство по психиатрии (под ред. А.В.Снежневского). – Т.1. – М., 1983. – С.187-193.
19. Ткаченко А.А. Клинико-психопатологическое исследование: беседа (феноменологический этап). – Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.39-48.
20. Ткаченко А.А., Большакова Н.Б., Ан Е.В. Объективные клинико-психопатологические методы исследования. – Расстройства сексуального поведения (под ред. А.А.Ткаченко). – М., 2008.
21. Фукс Т. // Философия и психопатология – научное наследие К.Ясперса. Отчет о конференции 1-3.06.05 г. в Российском государственном социальном университете. – Независимый психиатрический журнал. – 2005. – №4. – С.83.
22. Циркин С.Ю. Клинико-психопатологический метод в науке и практике. – Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.49-53.
23. Шнайдер К. Клиническая психопатология. – К., 1999. – 236 с.
24. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997. – 1056 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

ОПИСАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

(СООБЩЕНИЕ 2)

Обращение к средствам художественного описания при изложении психического статуса хотя и вынужденное, но вполне оправданное. «Благодаря художественному подходу, – писал К.Ясперс – мы получаем в наше распоряжение некий ни с чем не сравнимый элемент». При этом «наша способность реагировать на формы и конфигурации возрастает и культивируется благодаря представлению их как конкретных, доступных наблюдению целостностей», создающих «для нас некую «атмосферу», без которой, приступая к исследованию наших психиатрических реалий, мы были бы явно беднее» [24]. Феноменологическая психопатология ограничена рамками субъективного мира пациентов, поскольку ее основная задача сводится к отображению-для нас-этого мира на основе самоописаний больных. Поэтому и опытное знание здесь достигается иным, нежели в естественных науках, путем: «Предмет здесь не представлен перед нами в его чувственном виде: наш опыт сводится лишь к описательному отображению... Описание, кроме категориальной систематизации, требует от нас удачных формулировок и контрастных сравнений, научного представления и установления сродства феноменов, их упорядочивания в ряды» [24]. Важнейшим же остается непосредственность отражения всего того, что происходит внутри больного, в свете чего феноменологическим методом мы в состоянии исследовать только сознательные проявления обследуемых, опираясь на их самоописания. Таким образом, феноменологический метод есть научное представление-для нас и описание наших непосредственных впечатлений об осознаваемых переживаниях пациентов в их статической данности. Понятно поэтому, что описание психического состояния ориентировано в первую очередь на высказывания самого пациента, занимающие основной объем «психического статуса».

Однако имеется ряд ограничений, связанных с пре-

делами включения в описание психического состояния высказываний пациента как прямой речи – в целом использование прямых высказываний пациента приветствуется, однако, при соблюдении неизбежного чувства меры, помогающего избежать беспорядочного нагромождения не представляющими клинического интереса цитатами. С этой точки зрения несомненную ценность представляют несколько аспектов речевой продукции.

В первую очередь – это те из них, которые отражают **речевое своеобразие**. Речевая продукция позволяет выделить фрагменты лексико-грамматической деструкции, нарушения смысловой и формальной структуры высказываний, которые служат ориентирами диагностики расстройств мышления с новым смыслообразованием, парадоксальным сочетанием представлений и т.д. В этом плане психиатр сталкивается с рядом проблем, поскольку клиническая система понятий отражает лишь внешнюю сторону речевой деятельности, оставляя скрытыми от простого наблюдения заложенные в ней феномены речемышлительной патологии. В силу этого возможности традиционного клинического исследования оказываются ограниченными, и актуальным является сочетание клинического обследования с экспериментальными методами анализа речевой деятельности – патопсихологическими, нейролингвистическими, психосемантическими и др. [1]. Исследование вопроса о том, при каких условиях накопление лингвистических коррелятов определенного психического заболевания переходит в качественно своеобразный тип организации языковой способности, привело к созданию *психиатрической лингвистики*. Данное направление ориентировано на системное описание речемышлительной стороны психических расстройств преимущественно в статическом плане [14]. Внедрение экспериментальных методов диагностики речевого поведения в клиническое исследование существенно расширяет его возможности по выявлению и фиксации объективных симптомов, а выделенные с их помощью дополнительные диагностические критерии способствуют более полной и

точной диагностике, облегчают проведение дифференциального диагноза.

Между тем, это не исключает необходимости запечатления в психическом статусе совокупности феноменов речевого поведения, хотя простая констатация речевого своеобразия (например, оригинальных синтаксических конструкций) сама по себе не всегда способна дать представление о наблюдаемом феномене.

Это наиболее наглядно на примере неологизмов, которые уже К.Ясперс классифицировал согласно их происхождению, выделяя: 1. Новые слова, формируемые преднамеренно для того, чтобы с их помощью описывать чувства или вещи, для которых в обычной речи слов не хватает; 2. Новые слова, формирующиеся обычно в острых состояниях непреднамеренно, используемые затем как вторичное средство обозначения; 3. Новые слова, являющиеся больному в форме «галлюцинаторного содержания» и прежде совершенно неизвестные; 4. Членораздельные звуки, которым сами больные не придают никакого смысла. Создание собственного языка с сохранением синтаксиса родной речи и перестройкой только словаря может отражать своего рода лингвистическую игру, доставляющую «радостную упоенность процессом перевода» [24].

Д.Андреев пояснял происхождение новых слов, услышанных им в психотическом состоянии (брамфатура, затомир, скривнус, стиххали, уицраоры, хохха и др.), следующим образом: «...есть и такие, более или менее точного отображения которых в наших звуках найти не удалось. Многие из этих нездешних слов, произнесенных великими братьями, сопровождались явлениями световыми, но это не был физический свет... Иногда это были уже совсем не слова в нашем смысле, а как бы целые аккорды фонетических созвучий и значений...» (цит. по [16]). Совсем иное (хотя также имеющее первоисточником своеобразие ассоциативных процессов) происхождение словаря В.Хлебникова (зарошь, дебошь, темошь, зинзивер, вольза, чезори, зороль и мн. др.), отражающего сознательный эксперимент по исследованию границ искусства, возможностей художест-

венного слова и попыток создания новой художественной реальности.

Таким образом, неологизмы не являются однозначным психопатологическим феноменом – они могут носить пассивный характер, отражая, например, речевую стереотипию (вербигерацию), когда в слове заменяется один или несколько звуков; но могут быть и активно формирующимися, несущими лично-семантическую, смысловую или звуковую функцию. Словообразование также происходит по разным механизмам – это может быть шизофреническое «сгущение» (агглютинация), сходное с явлением органической контаминации, когда происходит сплав двух слов в одно; подмена понятий в плане символического мышления, часто используемая для обозначения болезненных переживаний и т.д. Понятно, что подобая вариативность требует всякий раз особого уточнения для разъяснения смыслового значения используемых неологизмов и отграничения их от проявлений автоматизмов в речемыслительной деятельности, не несущих смысловой нагрузки.

Речевое своеобразие может не отражать непосредственно расстройства психических функций, а являться следствием необычности передаваемых психопатологических состояний, пересказ которых требует привлечения и своеобразных сравнений, аналогий, метафор и т.д. В этой связи диагностически значимы не отдельные признаки, а совокупность критериев по различным аспектам, в их единстве, соотношении с клиническими особенностями того или иного расстройства, и потому особую роль играют **высказывания, уточняющие характер психопатологического переживания**. Однако и здесь требуется известная осторожность.

К.Шнайдер [21] подчеркивал, что хотя то, что было пережито, становится доступным только через *описание*, рассказ, всегда возникает вопрос, действительно ли соответствует рассказанное и, по нашему мнению, постигнутое нами, тому, что переживается на самом деле. Он указывал на феномен *транспонирования* рассказчиком противоречи-

вого, зыбкого в упорядоченное и удобопонятное, поскольку рассказываемое должно поневоле приспосабливаться к структуре повседневной речи, ее логике и ее потребности во взаимосвязях и приводиться в соответствие с этими правилами. Поэтому некоторые самохарактеристики нельзя воспринимать слишком буквально, с позиций нормальной психологии. В этом смысле следует согласиться с В.Рудневым [16], который указывает на необходимость различать сам бред, саму галлюцинацию, само сновидение, с одной стороны, и *свидетельство* субъекта о бредовом содержании его идей, его галлюцинаторном опыте и его сновидениях. Первые, по его мнению, лишены знаков, вторые – знаковы. Впрочем, К.Шнайдер оговаривается, что транспонирование не касается обыденного, не затрагивающего структуры преобразования любого пережитого события в рассказ, поскольку самохарактеристики переживаний всегда уходят корнями в личность, в биографические, а не только в психотические повороты событий и ситуаций.

Следующая проблема носит чисто лингвистический характер и связана с выбором адекватных **способов передачи чужой речи**. По сути, описание психического состояния в значительной степени по своей лингвистической природе является переложением диалога (клинического интервью) в особый образ организованный текст, передающий как предметное содержание сообщения, так и его форму. Преобразование диалогического взаимодействия психиатра и пациента в монолог пациента (с изъятием одного из участников диалога – психиатра) диктует выбор оптимальных в свете основной целевой установки «психического состояния» модификаций синтаксических шаблонов передачи чужих высказываний для включения их в связный монологический контекст.

Важно помнить, что феноменология ограничивает свою тематическую область тем, что другой *действительно* переживает, не занимаясь тем, что лежит в основании, производит или служит причиной переживаний другого, если только эта «причина» сама не является переживаемой в этом сознании другого: «Лишь действительные

переживания другого «созерцательно пресуществляемы настоящим» в феноменологии, и, следовательно, только они могут быть определены в описательных понятиях» [3]. Ценность самоописаний трудно переоценить, так как «лучше всех описывает психический опыт тот, кто сам его пережил. Никакие формулировки, придуманные психиатром... не заменят такого описания» [24]. Однако, поскольку больные при этом выступают сами в роли наблюдателей, психиатру приходится оценивать – «насколько они заслуживают доверия и в какой мере способны судить о себе». К.Ясперс предостерегал от крайностей в таких оценках: «Иногда мы воспринимаем сообщения больных со слишком большой готовностью, иногда же слишком радикально их отвергаем». При этом важны обе взаимосвязанные стороны индивидуального переживания – его неповторимость гармонично сочетается со сходством или подобием в изложении других больных, что и делает его собственно психопатологическим феноменом и позволяет оценивать данное высказывание как необходимый элемент описания психического состояния.

К тому же, изложение перенесенных переживаний по большей части представляет собой воспоминание, из-за чего точность их воспроизведения имеет свои вполне естественные ограничения. Поэтому в этих случаях описание скорее строится именно как изложение с указанием на источник («рассказывает, что...», «уточняет, что...», «поясняет, что...» и т.п.), что подчеркивает временную дистанцию и состоявшуюся переработку имевшего место в прошлом состояния.

С другой стороны, необходимо все-таки считаться с теми объяснениями патологических переживаний, которые им дают сами пациенты. Попытка пациента психологически понятным образом представить возникновение тех или иных психопатологических состояний, естественная в силу присущей человеческому мышлению потребности в каузальности, конечно, не должна вводить в заблуждение психиатра, несмотря на всю логичность предлагаемых объяснений. Поскольку часто субъективный характер

таких пояснений не согласуется с профессиональным пониманием природы психических расстройств, они могут излагаться в схожей модальности («убежден, что...», «связывает возникновение с...», «уверяет, что...» и т.п.). Однако это не означает, что подобные объяснения пациентов могут быть отброшены как несостоятельные – как минимум, они представляют ценнейший материал для оценки критических способностей, как максимум – способствуют дальнейшему продвижению психопатологического исследования каузальных связей.

Между тем, использование прямой речи в остальных случаях в целом можно считать малопригодным, поскольку подобного рода стенографическая запись не отвечает основной целевой установке «психического статуса» – изложению непосредственно воспринятого, передаваемого в систематизированном, а, следовательно, в аналитически трансформированном виде. Поэтому более уместными становятся иные способы передачи чужой речи, позволяющие переносить ее в авторский контекст, сохраняя в то же время свое предметное содержание и хотя бы рудименты своей языковой целостности и первоначальной конструктивной независимости – синтаксической, композиционной, стилистической. Здесь мы сталкиваемся с особой предметной областью, относящейся к лингвистическим познаниям, которые могли бы помочь в обоснованном выборе того или иного лингвистического шаблона передачи чужой речи, сочетающего сохранность целостности и аутентичности воспринятого высказывания с оценочно-аналитической переработкой самого восприятия.

Наиболее оптимальной для этого становится косвенная речь, языковой смысл которой заключается в аналитической передаче чужой речи: «одновременный с передачей и неотделимый от нее анализ чужого высказывания есть обязательный признак всякой модификации косвенной речи» [4]. Аналитическая тенденция косвенной речи проявляется прежде всего в том, что в нее не могут перейти в неизменном виде эмоционально-аффективные элементы речи, поскольку они выражаются не в содержании, а в формах высказывания. Поэтому они переводятся из формы

речи в ее содержание, часто – как комментирующее развитие вводящего речь глагола. При этом все возможные в прямой речи эмоционально оправданные сокращения, пропуски в силу аналитической тенденции косвенной речи не допускаются в ее конструкцию, которая включает их только в развернутом и полном виде (например: «С грустью вспоминает, как...»; «С пренебрежением говорит, что...» и т.п.). Точно также конструктивные и акцентные особенности вопросительных, восклицательных и повелительных предложений не сохраняются в косвенной речи, отмечаясь опять же в ее содержании. Аналитичность косвенной речи требует замены колоритных выражений их смысловыми эквивалентами, в связи с чем при необходимости сохранения языковой манеры говорящего приходится заключать яркие реплики и слова в кавычки.

Наибольшей ценностью обладают те модификации косвенной конструкции, которые аналитически передают чужое высказывание как выражение, характеризующее не только предмет речи, но и самого говорящего: его речевую манеру, индивидуальную или типовую, его душевное состояние, выраженное не в содержании, а в формах речи (экспрессивная интонация, например). Такую модификацию шаблона косвенной речи называют словесно-аналитической, которая вводит в косвенную конструкцию слова и обороты чужой речи, характеризующие субъективное и стилистическое своеобразие чужого высказывания как выражения. При этом чужие слова и выражения «остраиваются», например, с помощью тех же кавычек, тем самым одновременно подчеркивается их колоритность и образуется намек на авторское отношение.

Близкой к описанной модификации косвенной речи являются варианты непосредственного перехода косвенной речи в прямую, когда прямая речь подготавливается косвенной и как бы непосредственно из нее возникает. Эта модификация предполагает высокую степень индивидуализации чужого высказывания в языковом сознании, умение дифференцированно ощущать «словесные оболочки высказывания» и его предметный смысл. Приведенные

шаблоны передачи чужой речи позволяют передать личность как субъективную манеру (индивидуальную и типовую), манеру мыслить и говорить, включающие и авторскую оценку этой манеры: «здесь говорящая личность уже спускается до образа» [4].

Однако использование и этой, наиболее предпочтительной, словесно-аналитической модификации косвенной речи наталкивается на свои ограничения, в частности, не допускающие такого лингвистического явления, как *речевая интерференция*. Это те случаи, когда в пределах косвенной речи сохраняются не только отдельные слова и выражения, но и экспрессивная конструкция чужого высказывания. Наиболее наглядным примером интерферирующего слияния двух, интонационно разнонаправленных, речей является несобственная прямая речь. К факторам объяснения несобственной прямой речи относили явление вчувствования, определяя ее как «пережитую речь», в отличие от прямой речи как «сказанной» и косвенной – как «сообщенной». Несобственная прямая речь, являясь формой непосредственного изображения переживания чужой речи, живого впечатления от нее, мало пригодна для передачи речи другому, третьему и может служить лишь целям чисто художественного изображения. Если формам прямой и косвенной речи предпосылается вводящий глагол и тем самым ответственность за сказанное перелagается на говорящего, в несобственной прямой речи этот глагол опускается, за счет чего позиции описывающего и говорящего полностью сливаются. Это производит впечатление той степени вчувствования, которое уже неразлично с идентификацией и полного отождествления с говорящим. Более того, это создает благоприятную почву для внесения в чужое высказывание своих акцентов, начинающих интерферировать с акцентами чужого слова.

Обычно данное правило формулируется в виде рекомендации *описывать психопатологический феномен с исчерпывающей полнотой*, и только исчерпав все, что к нему относится, переходить к описанию следующего. Между тем, для реализации данного требования необходимым является определение понятия психопатологического феномена и уяснения его отличий от понятий симптома и критерия, поскольку описание каждого из них осуществляется разным способом.

Первоначально слово «феномен» (phenomenon) обозначало внешнюю сторону явлений окружающего мира, а его антонимом являлось «lathomenon», обозначающее внутренний смысл, который может скрываться за внешней оболочкой. Этот термин использовался И.Кантом и Г.В.Ф.Гегелем, которые противопоставляли феномены понятию «noumenon», при этом первое слово имело значение, аналогичное смыслу исходного греческого понятия, а второе соотносилось с явлениями и значениями более высокого ранга. Впоследствии смысл слова «феномен» был изменен, особенно применительно к внутреннему опыту индивидуума [25].

Для Э.Гуссерля, выстроившего особую модель сознания, последнее берется как бесконечный «поток», обладающий свойством необратимого протекания и способностью придавать потоку синтезированную, целостную форму. «Феноменами» же являются отдельные единицы этого единого и непрерывного потока, каждая из которых есть самостоятельная целостность. Поэтому требуется рассмотрение их и в своеобразии, и в единстве с потоком. Одним из главных свойств сознания является его интенциональность (направленность на предмет), и только исходя из сознания могут быть выделены структуры, механизмы, благодаря которым сознание «дает» предмет (ноэтические структуры). В тесной связи с предметностью анализируются структурное многообразие, модификации

актов сознания (восприятие, воспоминание, фантазирование и т.д.), в рамках которых «даются» предметности (ноэтические структуры). При этом понятие «предмет» связывается не с вещами, существующими вне и независимо от человеческого сознания, им обозначается все то, что уже «дано», «явлено» чувственному созерцанию. Согласно Э.Гуссерлю, эмпирическое сознание «дает» предмет не просто как некоторый феномен, скрывающий непроницаемую, недоступную вещь, но данными, явленными оказываются действительно присущие вещи ее свойства, качества, существующие до и независимо от сознания. Феноменами в гуссерлевском (а затем и хайдеггеровском) толковании становятся «единицы» сознания, благодаря которым с очевидностью и полнотой дается выражаемое в них предметное содержание; обстояние вещей (вещественное содержание) само себя раскрывает, обнаруживает, «говорит» с человеком через посредство феномена [12].

Сколь бы радикальными ни были последующие пересмотры феноменологических представлений, понимание феномена в основных своих чертах оставалось практически неизменным. М.Хайдеггер [19] характеризовал феномен как то, что показывает себя, как самокажущееся, как само-по-себе-кажущее, очевидное, лежащее на свету или то, что может быть выведено на свет и что иногда отождествляется с сущим. Такое понимание феномена вело к его отграничению от других кажущихся близкими терминов, например, от «явления», под которым подразумевается «давание знать о себе через нечто, что себя кажет» и к которому относятся индикации, символы, знаки и, в том числе, симптомы. Устанавливая единство феномена и сущего, М.Хайдеггер проводил различие между явлением и феноменом: «феномены поэтому *никогда* не явления, но конечно никакому явлению не обойтись без феноменов... что в явлениях... всякий раз себя предшествующее или сопутствующее, хотя нетематически, уже кажет, может быть тематически приведено к показу себя, и это себя-так-само-по-себе-кажущее суть феномены феноменологии». Феномен для него — «смысл и основание»,

«феноменологическое понятие феномена имеет в виду как кажущее себя бытие сущего, его смысл, его модификации и дериваты. И казание себя здесь ни какое угодно, ни тем более что-то вроде явления. Бытие сущего всего менее способно когда-либо быть чем-то таким, «за чем» стоит еще что-то, «что не проявляется»... Скрытость есть антоним к «феномену» [19].

Таким образом, феномен и симптом принципиально отличаются друг от друга. Для К.Ясперса «феномен» – это почти то же самое, что «субъективный симптом», но никак не «симптом» в общемедицинском смысле, отвечающий скорее современному толкованию понятия «феномена», означающему возврат к греческому первоисточнику [25]. Психопатологические феномены в его понимании – это различные классы патологических душевных состояний, в связи с чем первичной задачей феноменологии он видел выработку базисной таксономии, снабжение психопатологии ее элементарной терминологией и развитие метода, который должен обеспечить позицию наблюдения над психопатологическими феноменами, т.е. душевными состояниями пациентов. При этом симптом остается невоспринимаемым психическим процессом, сами же по себе ни внешняя выразительность, ни высказывание симптомами не являются, а лишь открывают доступ через нечто чувственно воспринимаемое психиатром к *симптомам, как они переживаются* пациентами. Преимущество феноменологической психиатрии в том, что она обращена к субъективным симптомам (феноменам) душевной болезни, т.е. испытываемым точно так, как они переживаются пациентом «изнутри».

А.Краус [7] подчеркивает, что обязательное для феноменологического подхода сопереживание, позволяющее поставить диагноз не извне, а со стороны пациента, со стороны его самореализации, соответствует отличию наук о духе от естественных, сформулированному еще В.Дильтеем: в последних факты даются извне при посредстве чувств, как единичные феномены; для наук о духе они непосредственно выступают изнутри как реальности

и как некоторая живая связь.

К.Ясперс считал, что явления психической жизни (как и физической) могут стать симптомами только в том случае, если соответствующие им фундаментальные события (отражающие внесознательные элементы, недоступные прямому восприятию) рассматриваются с точки зрения причинности. Симптомы – это явления, которые при каждом повторении распознаются как идентичные, что определяется, например, общностью экзогенных причин, идентичной локализацией разных болезненных процессов или предрасположенности и т.п. Поэтому, рассматривая явления как симптомы в их причинной связи с фундаментальным событием, следует дифференцировать их по степени близости к конечной причине. Основные (первичные, осевые) симптомы отличаются от побочных (вторичных, периферических) симптомов. Однако, точку зрения соматических и неврологических исследований, согласно которой психические расстройства при известных мозговых процессах суть не что иное, как симптом, К.Ясперс считает неприемлемой для психопатолога, который «стремится познать не столько мозговые процессы... сколько события психической жизни». Спекуляции о причинно-следственных связях, по его мнению, нарушают ход эмпирического исследования разнообразных психических аномалий, поскольку в этих случаях мир объективного знания – в котором далеко не все объяснимо в терминах причинно-следственных связей – покидается ради пустых абстракций. Сферой, свободной от подобного спекулятивного мышления, он называл «упорядоченное и углубленное видение феноменов и гештальтов наличного бытия души» [24].

Таким образом, симптом указывает на болезнь, которая не обязательно проявляется или обнаруживается непосредственно. В отличие от феномена, обозначающего сам себя, симптом указывает на что-то другое. В психиатрии понятие симптома как проявления хорошо определенной сущности проблематично. К.Шнайдер [21], например, считал, что в отношении эндогенных (то есть не обусловленных соматическими причинами) расстройств под

«симптомом» осмотрительнее понимать «более или менее характерное, снова и снова обнаруживаемое свойство некоей чисто психопатологической структуры «состояние – течение». Однако при этом, как он указывал, теряется медицинский смысл слова «симптом»: «психопатологическое образование «состояние – течение» – это не болезнь, которая может создавать симптомы», но может рассматриваться в чисто психологическом плане. Несмотря на последующие обвинения К.Шнайдера в «неотомизме», «дуализме», в релятивистских взглядах на понятие «симптома» [11; 22; 23], признавался отрыв от материального субстрата болезни клинико-психопатологического метода, который остается чисто функциональным (т.е. абстрагирующимся от этого субстрата, головного мозга) исследованием, научное оправдание чему виделось в кибернетических моделях [18].

В целом подход К.Ясперса соответствует представлениям, согласно которым «феномен» ограничивается тем, что в нашем жизненном опыте обнаруживается или открывается само по себе, без каких-либо теоретических предположений. Отдельный феномен прямо указывает на целостную диагностическую сущность, поскольку качественно определяется целым и имеет специфическое качество при различных расстройствах. Между отдельными феноменами существует внутренняя связь, благодаря чему диагностическая сущность выступает как интегральное целое.

Поэтому в качестве одного из основополагающих принципов описания психического статуса и выдвигается следующее: сначала – абстрагированное описание (выделение) феномена, затем – его связей с другими психопатологическими переживаниями. К.Ясперс упоминал, что, хотя описание явлений в психологических следованиях и отличается от того, что принято в естественных науках (поскольку объект психологического исследования не дан нашим чувствам непосредственно и мы лишь представляем его), логические принципы описания остаются теми же. Описание предполагает разработку и точную форму-

лировку систематических категорий, а также демонстрацию, с одной стороны, взаимосвязей и упорядоченных последовательностей, а с другой стороны – спорадических, неожиданных, беспрецедентных моментов.

Пусть и в самом общем виде, К.Ясперс, ориентируясь в основном на модель сознания Э.Гуссерля, устанавливает некую последовательность феноменологического психопатологического исследования, продвигающегося от эмпатического акта вчувствования, дополняемого «перечислением внешних признаков психического состояния или условий, при которых возникают те или иные феномены». На первом этапе описание относится только к тому, что присутствует в сознании больного; для нас пока существуют только осознанные данности сферы психического. На этой стадии психиатр пока не имеет дела ни с взаимосвязями, ни с совокупностью переживаний больного: «Мы просто исследуем то, что находится перед нами, – в той мере, в какой можем это воспринять, различить и описать». При этом следует стремиться к получению данных обо всех психических феноменах, обо всех элементах психического опыта. К.Ясперс предостерегает от удовлетворения общим впечатлением или множеством собранных *ad hoc* деталей – «нужно научиться правильно оценивать каждую частность» [24].

В разработке принципов анализа психических феноменов К.Ясперс также следует за Ф.Брентано [2], который примером психического феномена называл «любое представление, возникшее через ощущение или фантазию; под представлением я понимаю здесь не то, что представляется, но акт представления». Представление оказывается исходной элементарной формой данности, на основании которой вырастают две другие формы данностей – суждения и душевные переживания. Неотъемлемым свойством феномена является «интенциональное (ментальное) внутреннее существование предмета», т.е. «отношение к содержанию, направленность на объект»: «Любой психический феномен содержит в себе нечто в качестве объекта, хотя и не одинаковым образом». Таким образом, в интенциональном

существовании психических феноменов различают: 1) акт направленности на...; 2) «имманентный объект», «нечто», на что направлен сам акт. Психическим феноменам присуще особое единство (единство сознания), принципиально отличное от единства феноменов внешнего мира.

В полном соответствии с данными представлениями К.Ясперс предлагает некую систему, позволяющую осуществить выделение отдельных феноменов из общего контекста психической жизни. В первую очередь он отталкивается от таких «абсолютно фундаментальных феноменов», как противостояние субъекта объекту и направленность «Я» на определенное содержание (интенциональность), что и позволяет провести различие *осознания объекта* (предметное сознание), противопоставленного *сознанию «Я»*. Тем самым предоставляется возможность описывать объективные аномалии как таковые, после чего – субъективный (относящийся к состоянию «Я») аспект сознания, хотя в целом «описание того, что объективно, ведет к пониманию его значения для «Я», а описание состояний «Я» (эмоциональных состояний, настроений, порывов, влечений) ведет к пониманию той объективной реальности, в которой эти состояния выявляют себя» [24].

Отсюда – необходимость различения формы и содержания психопатологических переживаний. Утверждая, что в феноменологическом исследовании нас интересует только форма, К.Ясперс признает, что содержание модифицирует способ переживания феноменов: «оно придает феноменам определенный вес в контексте психической жизни в целом и указывает путь к их постижению и интерпретации». В известном смысле понятие психического содержания сливается с понятием объективного в противовес тому, как объект предстает субъекту (восприятие, представление, мысль), что и составляет понятие формы.

Таким образом, содержание – лишь ориентир, не раскрывающий психопатологическую природу, оно определяет вес критерия, тогда как значение феномена определяется формой, наиболее наглядным примером чему является феномен бреда. Попытка ограничиться изложением

содержания бредового переживания коренится в имеющихся определениях бредовой идеи (как ложного и фиксированного, не поддающегося коррекции представления), которые на самом деле не позволяют даже аргументированно квалифицировать его именно как бредовое. Более значимым является *переживание* этих идей. Поэтому не могут рассматриваться в качестве надежных такие критерии, как – нелепость или неправдоподобность, некорректируемость умозаключений, малодоступность, склонность к детализации, высказывания намеками, неадекватное поведение и т.д., которые в лучшем случае выступают в качестве вторичных (факультативных) бредовых феноменов. В основе бредовой идеи всегда лежит интуитивная догадка, понимание, являющиеся продуктом собственного мышления больного и возникающие вопреки своему прежнему опыту. Это позволяет отграничить бредовое умозаключение от экстраполяции на свою ситуацию расхожих представлений. Содержание бреда всегда имеет экзистенциальную значимость, поскольку возникающая идея изменяет смысл индивидуальной ситуации. Это помогает дифференцировать бред и отвлеченные заблуждения, касающиеся индивидуума не в первую очередь, а заодно с окружающими, чаще – лишь потенциально. Наконец, бред изменяет личность, начинающую осознавать себя и(или) окружающее не свойственным ей ранее образом. Это позволяет различать бред и неадекватную сверхценную изобретательскую, сутяжную и разоблачающую деятельность [20].

К.Ясперс [24] подчеркивает, что непосредственное переживание – это всегда совокупность отношений, без анализа которой никакое описание феноменов невозможно. Это предполагает целую последовательность ее членений, которые, однако, перекрываются делением совокупности феноменов на *непосредственные* и *опосредованные*. Непосредственное или прямое переживание находится вне сферы мышления и воли, которые становятся возможными благодаря фундаментальному, первичному феномену – рефлексии, то есть «обращению переживания вспять», на себя и на свое содержание. Опосредованные феноме-

ны порождаются этим качеством, когда вся психическая жизнь человека пропитывается рефлексивностью. В акте описания мы извлекаем интересующие нас данные из подвижной совокупности отношений, каковой является *сознательная* психическая жизнь, сама по себе не являющаяся «нагромождением изолированных, поддающихся разделению феноменов». В силу изменчивости этой совокупности отношений совместно с состоянием сознания любые различия преходящи. Поэтому, в частности, феномены могут быть разграничены и определены лишь частично – в той мере, в какой они доступны повторной идентификации: «В каждый момент любое переживание соткано из множества феноменов, которые мы, описывая, разделяем». Причем само по себе выделение феноменов из общего контекста психической жизни делает их более ясными и отчетливыми, чем они суть на самом деле.

Тем более слабой специфичностью и меньшей очевидностью обладает симптом как знак наличия определенного расстройства, в том числе и потому, что он не может быть строго изолирован от других аспектов переживаний пациента, как в соматической медицине [7]. Таким образом, принципиальное различие симптома и феномена заключается в том, что первый является сугубо индуктивной категорией (идентичным косвенным признаком идентичной причины, локализации или предрасположенности), тогда как второй – конкретный пример непосредственного экстраординарного переживания больного, постигаемого преимущественно интуитивно.

В свете сказанного использование вместо симптомов в МКБ-10 критериев рассматривается как важное достижение. Однако эти критерии применяются только для того, чтобы провести дифференциацию между диагнозами. Такой подход к диагностике, являясь отражением «наивной» медицинской модели, достигнут ценой замены обоснованности (аргументированности) на надежность (Spitzer M., Degwitz R., 1986 – цит. по [7]). Ориентируясь на надежность, выбирают критерии с точки зрения их ясности, определенности, а не центрированности на сущ-

ности психопатологического расстройства. Хорошо определенное понятие, облегчая выделение наблюдаемых симптомов, помогает диагностике, что, однако, влечет за собой не только обеднение описаний психической болезни, но также сокращение многозначности используемых описательных терминов. Необходимо также учитывать, что количество критериев МКБ часто произвольно, они не интегрированы друг с другом, между ними нет внутренней взаимосвязи, в связи с чем диагностическая сущность сводится к формуле последовательного суммирования критериев, каждый из которых имеет значение только в корреляции с другими. Многие из них могут быть обнаружены у значительного числа нормальных индивидов, а также в других диагностических категориях. Поэтому в симптоматологически-критериологической диагностике особые и сложные болезненные феномены редуцируются до легко узнаваемых и надежных критериев, определяемых по принципу наличия или отсутствия, и не имеющих *внутренней взаимосвязи*. На переднем плане оказываются объективируемые поведенческие аспекты [7].

Однако психопатологические феномены *должны описываться* не разрозненно (даже если они были выявлены именно таким образом в ходе клинического интервью), а в той связи, в которой они «сцеплены» друг с другом. Эту внутреннюю связь подразумевал А.Кронфельд [10], когда, указывая на необходимость изучения основной структуры каждого снижения психического уровня, подчеркивал, что «оно не является продуктом единичной функции, но общего психического состояния на данном уровне; оно не является только галлюцинацией, или бредом, или ощущением, но одновременно всем». И далее: «Наши описательные разделения, конечно, искусственны, построены в соответствии с нашим нормальным психическим уровнем с его дифференцированными высшими функциями и не соответствуют процессам более глубоких ступеней».

Если взять в качестве примера то же бредовое переживание, наиболее очевидным образом его биполярная структура проявляется в бредовом восприятии: вслед за

восприятием объекта в его обычном общепринятом значении возникает приписывание ему патологического значения, не имеющего каких-либо понятных рациональных и эмоциональных объяснений. Это «особое значение» переживается субъектом как «навязанное», т.е. может рассматриваться как характерное расстройство активности «Я» с инверсией интенциональной направленности, которая распознается легче в восприятии, нежели в интерпретации. Предполагается, что бредовому восприятию всегда предшествует особое состояние сознания, особое настроение с мучительным ощущением незнакомости, отсутствия связи с собственной соматической или физической активностью. Возникающее затем бредовое восприятие, придавая особый смысл восприятию (завершение или наполнение действия по приданию значения), характеризуется смутным диффузным переживанием того, что происходит что-то странное, скрытое и уникальное. Для описания психического состояния важнейшим обстоятельством является то, что бредовое настроение и бредовая идея – это фрагменты одного и того же психического переживания: «Внимание внешнего наблюдателя переходит от одного к другому, но на самом деле они существуют в одном непрерывном континууме». При этом «наличие бредового восприятия достаточно для диагностирования шизофрении, в то время как бредовая интерпретация может лишь указывать на шизофрению» [6]. В последнем случае необходим поиск (и, следовательно, фиксация) других симптомов.

При критериологической диагностике достижение необходимой целостности становится затруднительным, хотя *описание симптомов в их внутренней взаимосвязи* только тогда может считаться полным, когда оно дает представление о структуре синдрома. В этом смысле показательно высказывание А.В.Снежневского, что «определение статуса есть определение, классификация синдрома. Статус и синдром – это идентичные понятия... Обнаружив отдельные признаки, правильно их определив, мы устанавливаем взаимосвязь между отдельными признаками или симптомами, проводим большую синтетическую ра-

боту и определяем синдром, имеющийся в данный момент, то есть статус больного» [17]. Для установления ведущих синдромов, вскрытия их специфических структур и выведения последних из первичных процессуальных факторов «необходимо, следуя примеру Ясперса, проявлять больше тщательности в методике психопатологического анализа» [9].

Именно феноменологическая диагностика обеспечивает более полное и специфическое описание проявлений психического расстройства, причем акцент делается на обоснованности и аргументированности, а не надежности и достоверности, как в симптоматологически-критериологической диагностике. В свое время М.С.Роговин [15], проводя критический разбор антропологического течения, вынужден был заметить, что в работах, принадлежащих этому направлению, «обращает на себя внимание тщательность представления субъективных переживаний больного, исключительная отработанность языка, позволяющая на этапе описания максимально дифференцировать психические явления и избегать всякой двусмысленности».

Разъясняя общее требование объективности к описанию, К.Ясперс [24] писал: «отчет о фактах должен быть живым и выразительным; суждения, выводы, бессодержательные схематические категории должны избегаться. Но описание должно быть избирательным – ибо, стремясь к полноте, мы рискуем растянуть наше описание до бесконечности». Здесь, таким образом, наряду с опасностью чрезмерной редукции, возникает, однако, другая, ее противоположность – «феноменография», которая дает «энциклопедическое, а не систематическое «объяснение» [13]. Идеал объяснительной системы есть соединение двух взаимно противоположных целей: сохранить то, что должно быть объяснено, в целостности, как оно появляется, и в то же время свести его, насколько это возможно, к тому, что считается основной реальностью (то есть к тому, с чем мы уже знакомы, о чем мы уже имеем знание). Д.Нидлман считает, что феноменография, как и редукция, не может соответствовать требованию Э.Гуссерля [5], согласно ко-

тому «решающий фактор заключается прежде всего в абсолютно точном описании того, что в действительности лежит перед человеком в феноменологической чистоте, и в удерживании на расстоянии всех интерпретаций, которые выходят за пределы данного». Феноменология же «регистрирует, наряду с феноменом, все интерпретации этого феномена, так что то, что она дает нам, это не тот феномен, который действительно находится перед нами, но феномен, инкрустированный выходящими за пределы феномена соотношениями и интерпретациями, т.е. феномен как *уже редуцированный*». Идеал объяснения как среднее между чрезмерной редукцией и феноменологией достигим через феноменологическую попытку, которая проникает в суть феноменов, как они переживаются, то есть осуществляет методический поиск сущности феноменов [13].

В этой связи исследование того, что непосредственно переживается больным, оставаясь главным для феноменологии, не исчерпывает ее. Не менее важно – *распознавать то, что объединяет все многообразные проявления его психического опыта*. В описании необычных и неожиданных феноменов важно уметь «распознать их истинную сущность как фундаментальных феноменов сознания личного бытия» [24].

Преодоление симптоматического редукционизма и достижение внутренней взаимосвязи симптомов А.Кронфельд видел в *выявлении основного расстройства*, то есть «общего, присущего всем страдающим данной болезнью отличительного признака всех психотических симптомов», который приближает к раскрытию патогенеза, поскольку основное расстройство непосредственно обусловлено церебральным процессом. Исходя из симптомов, следует искать «то объединяющее, общее для них всех расстройство, к которому сводятся первичные корни симптомов» [9]. Усмотрение этой последней, психологически невыводимой данности, которая непосредственно обусловлена процессом, по его утверждению, становится возможным благодаря «редуктивному» методу анали-

за переживаний, позволяющему выявить нарушения их структуры. А.Кронфельд видел в феноменологическом методе К.Ясперса средство выявления той структуры переживания, которая непосредственно связана с основным расстройством. Различая в каждом полноценном переживании субстрат (материал) переживания и качество переживания (интенции), он видел в шизофреническом переживании нарушение соответствия между ними: «его субстрату не хватает тех звучаний, тех тональностей, которые неизменно присущи ему в нормальном переживании. «Я» сохраняет свою интенциональность, но эта интенциональность, если можно так выразиться, повисает в воздухе, не реализуется вследствие искажения, адекватности субстрата» [9].

На примерах маниакального синдрома и синдрома навязчивостей А.Кронфельд делает некоторые общие выводы, в числе которых: 1. При различных клинических формах болезней возможен один и тот же синдром, который, однако, имеет различное значение, указывая в одном случае на дисгармоничность конституции, в других – на своеобразие течения, на особенности локализации процесса и т.д.; 2. Даже при одной и той же клинической форме заболевания синдром в разных случаях может иметь различную структуру: при той же шизофрении синдром навязчивости может иметь кататимную структуру, быть близким к автоматизму или отражать расстройства мышления; 3. Один и тот же синдром при одном и том же заболевании может или вызываться непосредственно процессом, или возникать как реакция личности; 4. Хотя синдром не специфичен для одного заболевания, он все же принимает известную специфическую окраску того заболевания, при котором возник, т.е. не синдром как таковой, а особенности его структуры дают указание на то, какое заболевание лежит в его основе [8]. Таким образом, структура синдрома имеет отношение к основным расстройствам.

В этом смысле показательным пониманием бреда как отражения полной экзистенциальной трансформации бытия-в-мире, в основе которой – инверсия интенциональной

направленности психических актов (с заменой активного перцептивного акта на патологически пассивный), порождающая символический характер бреда или его отнесенность к определенному объекту [6]. Именно в свете такого понимания очевидной становится, например, неоправданность концепции «парциальной вменяемости» формулы Мак-Натена, подразумевающей оценку способности к ответственности исходя из допущения, будто толкуемые бредовым образом обстоятельства существовали на самом деле, тем самым рассматривая возможность сохранения свободы выбора за непосредственными границами бредовой идеи.

В итоге следует заметить, что в судебной психиатрии наиболее оправдан именно феноменологический подход к описанию психического состояния. Во-первых, обеспечивая глубину и целостность проникновения в переживания подэкспертного, он позволяет приблизиться к юридически значимой функциональной диагностике свободы волеизъявления и произвольности саморегуляции.

Во-вторых, он одновременно гарантирует возможность последующего выделения тех критериев психических расстройств, которые обязательны для обоснования установленного диагноза в соответствии с требуемым стандартом. Впрочем, решение этой задачи определено, как уже говорилось, скорее требованиями надежности, чем обоснованности. В этом случае аргументы доказательности диагноза будут, в конечном счете, сводиться к ссылке на достаточный для диагностики набор установленных критериев, но не на психопатологическую суть выявленного расстройства.

Литература

1. Ан Е.В., Ткаченко А.А. Экспериментальные методы диагностического исследования речевой деятельности при психических расстройствах. – Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.18-27.
2. Брентано Ф. Избранные работы. – М., 1996. – С.20.
3. Виггинс О., Шварц М. Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса. – Логос. – М., 1998. – №1. – С.173-203.
4. Волошинов В.Н. Марксизм и философия языка // Он же. Философия и социология гуманитарных наук. – СПб, 1995. – С.326-380.
5. Гуссерль Э. Логические исследования. Т.II (1). – Собрание сочинений. – Т. 3 (1). – М., 2001. –
6. Ибор Л.Х.Х. Восприятие и бредовое настроение. – Независимый психиатрический журнал. – 2006. – IV. – С.13-20.
7. Краус А. Вклад феноменологически-антропологического подхода в диагностику и классификацию в психиатрии. – Независимый психиатрический журнал. – 2006. – №1. – С.9-18.
8. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. – Он же. Становление синдромологии концепции шизофрении. – М., 2006.
9. Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении. – Там же. – С.452-505.
10. Кронфельд А. Сновидения и галлюцинации. – Там же. – С.271-305.
11. Морозов В.М. Современная зарубежная психиатрия и философия неотомизма. – Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1959. – Т.59. – Вып.9. – С.1132-36.
12. Мотрошилова Н.М. Анализ «предметностей» сознания в феноменологии Э.Гуссерля. – Проблема сознания в современной западной философии. – М., 1989. – С.63-98.
13. Нидлман Д. Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Людвига Бинсвангера. – Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. – М., 1999. – С.17-36.
14. Пашковский В.Э., Пиотровская В.Р., Пиотровский Р.Г. Психиатрическая лингвистика. – СПб, 1994.
15. Роговин М.С. Экзистенциализм и антропологическое течение в современной зарубежной психиатрии. Сообщение I. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – Т.64. – Вып.9. – С.1418-1425.
16. Руднев В. Философия языка и семиотика безумия: Избранные работы. – М., 2007. – С.375.
17. Снежневский А.В. Психиатрический диагноз. – Он же. Общая психопатология: Курс лекций. – 2-е издание. – М., 2004. – 208 с.
18. Снежневский А.В. Место клиники в исследовании природы шизофрении. – Он же. Клиническая психиатрия (избранные труды). – М., 2004. – С.241-246.
19. Хайдеггер М. Бытие и время. – М., 1997. – С.28-38.
20. Циркин С.Ю. Клинико-психопатологический метод в науке и практике. – Российский психиатрический журнал. – 2006. – №3. – С.49-53.
21. Шнайдер К. Клиническая психопатология. – К., 1999. – 236 с.
22. Штернберг Э.Я. Курт Шнейдер. Клиническая психопатология. Издание 5-е, Штутгарт. – Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1960. – Т.60. – Вып.8. – С.1063-66.
23. Штернберг Э.Я. – Проблема нозологии шизофрении в современной зарубежной психиатрии. – Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1961. – Т.61. – Вып.4. – С.609-626.

24. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997. – 1056 с.
25. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отрицание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий. – Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т.9. – №4. – С.44-49.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

КВАЛИФИКАЦИЯ

(СООБЩЕНИЕ 1)

*Мы чувствуем в одном мире,
мыслим, наименовываем в дру-
гом, мы способны установить
между двумя мирами соответс-
твие, но не способны заполнить
разделяющее их расстояние.
Пруст М. У Германтов*

Квалификация, завершающая непосредственное обследование (субъективный и объективный анамнезы, материальные следы деятельности, интервью и описание психического состояния) и предваряющая нозологическую диагностику, традиционно рассматривается как обязательный элемент клинико-психопатологического исследования. В судебно-психиатрической практике он даже получил инструктивно-нормативное закрепление [8], поскольку психопатологическая квалификация наблюдаемых феноменов не только обеспечивает надежность и обоснованность нозологической верификации, но и содержит богатый потенциал для обоснования экспертного решения, указывая на ту тяжесть и выраженность психической патологии, которая увязывается с тем или иным уровнем нарушения произвольной саморегуляции.

Донозологическая квалификация – один из этапов познания сферы психического, первым шагом к которому является отбор, разграничение, дифференциация и описание отдельных *переживаемых феноменов*, «затем эти феномены получают терминологические определения, что делает возможной идентификацию любых частных случаев». Этот феноменологический подход как способ представлять, разграничивать и определять психические события и состояния позволяет «быть уверенным в том, что один и тот же термин всегда обозначает одно и то же» [24]. Тем самым задается неразрывная взаимосвязь квалификации с описанием и, таким образом, – с клиническим интервью (в результате которого достигаются описания больными своих непосредственных переживаний и ощущений, аутентичные в своих сущностных отношениях),

поскольку она задает объем и параметры как опроса, так и систематизированного изложения психического состояния. Квалификация – тот этап клинического исследования, на котором творческий подход, искусство варьирования ходом обследования уступает место подходу научному – «умение *сообщить* полученную информацию так, чтобы она имела хоть какую-то ценность», заключается в способности «неукоснительно держаться *четко установленных* понятий» [24]. Требование тщательного описания явлений, т.е. приведения к данности способов переживания и психических состояний, избегающего «поспешного втискивания его в заимствованные шаблоны», порождает трудную задачу: с одной стороны, оставлять без ярлыка то, что не подходит под определения, а с другой – прилагать все усилия к тому, чтобы сопоставлять увиденное с как можно более точными специальными терминами, дифференцировать и устанавливать понятия таким образом, чтобы они становились «более определенными и менее подверженными произволу в употреблении» [20].

Наиболее предпочтительная квалификация (слагающаяся из обозначающего термина и раскрывающей его дефиниции) не только задает некий образец, сличение с которым осуществлялось бы путем подгонки наблюдаемого по аналогии, но указывает на те внутренние взаимосвязи, которые соответствуют не просто «суммативному», но «структурному», т.е. гомологичному сходству. Впрочем, подобное требование отражает в большей степени не симптоматический, а феноменологический подход, нацеленный на переживание и способ переживания, и поэтому выбирающий в качестве квалификационной единицы феномен как уникальное индивидуальное конкретное переживание, «единицу» сознания, саму по себе структурированную в потоке сознания и повторяющую структуру целого.

Описание психопатологического феномена в значительной степени предопределяет квалификацию, которую содержит в себе («описание предполагает разработку и точную формулировку систематических категорий»

[24]). Поэтому все отступления от клинико-психопатологического метода будут сказываться одновременно и в дескрипции (описании), и в обозначении (квалификации) наблюдаемых феноменов. Так, соблазнительное ограничение описания наиболее яркими и наглядными, однако вторичными, признаками психического состояния будет уводить от квалификации первичных, т.е. отражающих их истинную сущность, психопатологических феноменов.

С.Ю.Циркин [19] справедливо замечает, что описательный метод, как и любой другой, подвержен вульгаризации: описание, установление внешнего сходства считаются достаточными для квалификации симптома, а анализ его сущности рассматривается как никчемные «умозрительные спекуляции». Это приводит к введению «дезориентирующих» понятий, использование которых создает превратные представления о наличии, природе и глубине болезненных расстройств. Он выделяет несколько вариантов таких категорий.

Ложная симптоматика – категории, которые вовсе не имеют отношения к патологии. Они часто формируются вследствие заблуждения, что необычные для общей популяции феномены, наблюдаемые у психически больных, хотя бы и в рамках болезненных состояний, непременно свидетельствуют о расстройстве психики. *Условная симптоматика* – категории, представляющие собой естественное изменение одного из аспектов психической деятельности в патологических условиях. Условная симптоматика также является вторичной или производной от основного расстройства. *Искаженно понимаемые* категории – неверно определяющие сущность патологии. *Неоднозначные симптомы* – категории, которые вопреки внешнему сходству производны от разных психопатологических феноменов.

Одно и то же понятие (не относящееся к безусловным психопатологическим категориям) в зависимости от контекста может быть ложным, условным, искаженным или неоднозначным. Это демонстрирует представление о «патологическом» фантазировании, когда патологией могут быть выявляемые при фантазировании не критичность или детские страхи (случаи искаженного понятия), а сама вариативность трактовок свидетельствует о неоднозначности данного понятия. К тому же по гиперкомпен-

саторным механизмам фантазирование может облегчать психологическую переработку психотравмирующей ситуации, являясь в одном случае нормальной реакцией (ложная категория) или условно патологическим явлением. Неопределенным оказывается и понятие «бредоподобного» фантазирования, создающее лишь видимость ясности и не стимулирующее попытки последующей дифференциальной диагностики.

С.Ю.Циркин [19] видит проблемы определения болезненных расстройств в значительной роли социального критерия, когда не одобряемое обществом поведение скорее будет рассматриваться как патологическое. Созданию путаницы в психиатрической терминологии способствует и распространенная практика определять и характеризовать психическую патологию по содержанию мыслительной деятельности. Помимо удобства такой практики ее предпосылкой является и реально существующая корреляция между идеаторным содержанием психопатологических переживаний и их более значимыми характеристиками. По психологическому содержанию обозначаются целые поведенческие комплексы, и они начинают оцениваться как психопатологическая категория, вытесняя на второй план действительные расстройства. Между тем несущественные особенности психологического содержания в переживаниях пациентов зависят от более значительных различий в психопатологической структуре состояний. Некоторые психиатрические термины указывают на конгломерат явлений, набор которых может быть разным. Например, «фершробены» обнаруживают не критичность, которая может сочетаться с кататоническими особенностями моторики, сверхценностями нелепого содержания, приподнятым аффектом, ритуализированным вследствие фобий поведением.

Повышение точности используемых понятий должно способствовать развитию более адекватных представлений о сущности психической патологии. Ложная, условная, искаженная и неоднозначная симптоматика может обращать на себя внимание раньше, чем безусловная. Перечень сим-

птомов, «безусловно и однозначно свидетельствующих о нарушении конкретного психического процесса», по утверждению С.Ю.Циркина, невелик. Это депрессивный и маниакальный аффекты, тревога, деперсонализация, обманы восприятия, бред, астения, дефицитарная симптоматика, в том числе недостаточность когнитивной организации (некритичность и включающие ее феномены нарушения формального мышления), сниженный интеллект, расстройства памяти.

Все перечисленные затруднения в правильной квалификации в той или иной мере есть результат недоучета хорошо известных психопатологических принципов – различения первичных и вторичных феноменов, приоритета формы над содержанием и др. Поэтому, казалось бы, все указанные ошибки так или иначе производны от методических просчетов и легко устранимы при проверке их на соответствие данным принципам. Вместе с тем, проблематика психопатологических понятий гораздо шире и носит более фундаментальный характер, касаясь даже тех категорий, которые отнесены С.Ю.Циркиным к «безусловным».

Особенно очевидными проблемы квалификации стали в период подготовки современных классификаций психических расстройств. Неоднократно проводившиеся международные исследования диагностической практики в различных странах показали значительный разброс диагностических подходов. Это предопределило основную цель разрабатываемых классификационных систем – воспроизводимость диагностики, обеспечение ее надежности за счет четкого определения каждой категории с помощью выделения дискриминирующих и характерных симптомов, выработки операциональных определений с уточнением содержания категории путем введения инклюзивных и эксклюзивных формулировок. Эти усилия, однако, не сняли до конца всех проблем, связанных с диагностическими расхождениями, поскольку разные психиатры по-прежнему при обследовании не только извлекают неодинаковый объем информации, но и по-разному

интерпретируют полученные сведения. Психиатр может выявить или не выявить какое-то явление, а также либо расценить некое явление как важный симптом, либо счесть его несущественным [6].

Причем эта проблема не является результатом различного уровня подготовки, поскольку до сих пор существуют и этимологические разногласия. Таким образом, продекларированная К.Ясперсом задача выработки однозначно понимаемых квалификаций далека от завершения, а высказывание К.Шнайдера 1946 г. о том, что «задача психопатологии еще далеко не выполнена, перед ней еще лежит широкое поле деятельности» [20], до сих пор сохраняет свою актуальность.

Одна из давних причин диагностических затруднений – отсутствие дескриптивной разницы в проявлениях одного симптома при различных заболеваниях (например, навязчивости), с чем связана и его нозологическая неспецифичность. Подобное наблюдается и при различных состояниях, но производных от взаимодействующих структур (например, деменция и глубокие степени оглушенности). Это описательное неразличение имеет, однако, разную природу, а, следовательно, преодолевается различным образом. Во втором случае, «где нет ни клинически, ни формально-дескриптивно достаточной ясности в отграничении основных черт проявления синдрома», но образующие его составляющие «вырастают» из общего основного расстройства, приобретает ценность структурно-динамическое рассмотрение синдрома. Для первого же случая, когда психопатологическое явление оказывается единым только описательно клинически и синдромологически, важным оказывается то обстоятельство, что всем различающимся формам одноименного синдрома (однако имеющим разные структурно-психопатологические основы) присущ свой единый акцент. Из этого следует, что диагностическое значение имеет не сама по себе даже формальная верность квалификации наблюдаемого синдрома, а особенности его структуры, дающие ему «окраску» того заболевания, при котором он возник [9].

Неспецифичность отдельного симптома, который практически в том же виде может наблюдаться при разных заболеваниях, не может служить препятствием для распознавания и разграничения заболеваний на основании их симптомов. Поэтому они подлежат описанию, систематизации, изучению с точки зрения происхождения и внутренней взаимосвязи, дифференциации соответственно их значению для общего состояния. А.Кронфельд [9] объяснял скептическую оценку клинического значения симптомов тем, что «психиатрия еще недостаточно дифференцирует симптоматические картины. Она дает широкое описание и перечисление симптомов, но не расчленяет их структуры и взаимоотношений». Однако диагностическая роль психопатологических феноменов – не единственная и, возможно, не главная. В этом смысле примечательно высказывание Э.Крепелина, призывавшего к более углубленному изучению синдромов и считавшего «более высокой и более удовлетворяющей задачей», нежели разграничение и группирование форм болезней, «понимание сущности и внутренней зависимости болезненных проявлений», позволившее бы «проникнуть до законов их возникновения» (цит. по [9]).

Соответствие феномена и понятия

Каждая из существующих в психопатологии дефиниций в различной мере соотносится с самим обозначаемым ею феноменом, в свете чего может оцениваться с разных позиций.

1. Степень совпадения с обозначаемым феноменом и диагностической практикой.

Согласно стандартным определениям («ложное убеждение, основанное на неправильных выводах относительно действительности, которое твердо поддерживается пациентом, вопреки суждениям других людей и вопреки неопровержимым и очевидным доказательствам обратного» [25]), к бредовым идеям могут относиться некоторые феномены, которые вовсе ими не являются, а также могут исключаться некоторые подлинные бредовые идеи [7]. С одной стороны, используемое определение слишком общее – существует множество феноменов, которые не являются бредовыми, но которые вполне ему соответствуют (не всякое твердое убеждение, даже если оно ошибочно, относится к патологическим). С другой стороны, стандартное определение слишком узкое, так как ряд бредовых идей не соответствует содержащимся в нем критериям (убеждение может быть бредовым, даже если оно правильно, как, например, при бреде ревности). Помимо этого, не бесспорно утверждение, что бредовая идея – это всегда *убеждение*, поскольку бредовые идеи чаще проявляются в оценочных суждениях, а не в констатации фактов; к тому же бредовым может быть не только убеждение, но также и мысль, оценка, переживание, настроение, аффект, внутренний опыт, сильная привязанность, восприятие и т.д. Более того, критерий *необычности* также имеет слишком широкое содержание. Стандартное определение акцентирует внимание на необычности бреда с точки зрения его статистической встречаемости в пределах субкультуры заблуждающегося человека, что, однако, позволяет только предполагать

и подразумевать бред, но не в состоянии приблизить к постижению сущности бреда. Бредовые идеи являются «необычными» и «нерегулярными» феноменами, но эту нерегулярность нужно интерпретировать скорее в нормативном, чем в статистическом смысле. Бредовые идеи – это случайные и иррациональные убеждения, которые разрушают не только дескриптивные нормы, – то, о чем обычный человек типично думает или во что верит, или то, что подразумевает, – но и предписывающие нормы, – то, о чем мы могли бы подумать или предположить в той или иной ситуации.

Описанные трудности естественным образом приводят к расхождению между теорией и практикой, поскольку клинические описания и последующие квалификации не всегда совпадают принятым определением. Р.Гиппс, Б.Фулфорд [7] настаивают, например, что современные подходы к определению бреда в целом также бесполезны, как и определение Э.Крепелина. Эти дефиниции подразумевают, что мы уже понимаем еще до того, как нам что-либо скажут, и используют такие понятия, как «ложный» и «необоснованный» в социальном или метафорическом (не оговоренном ранее) психопатологическом смысле. Для обеспечения надежности обязательно должно соответствие диагностических категорий расстройствам, встречающимся в клинической практике, т.е. классификационные категории должны согласовываться с клиническим опытом (внешняя валидность) [6]. Любопытна оговорка в DSM-IV для всех содержащихся в ней дефиниций: данный феномен должен быть «клинически значимым», хотя определение «клинической значимости» отсутствует, а оценка этой значимости представляет «крайне непростую задачу».

Поэтому несовершенство дефиниции часто компенсируется клинической интуицией, способной дать верную квалификацию состояния, несмотря на ее неполное соответствие устоявшимся определениям.

О.Виггинс, М.Шварц [3] считают, что способность психиатра поставить достоверный диагноз зависит в

большой степени от его умения категоризировать человека как воплощение его родовой категории человеческого бытия-в-мире. Они прибегают к представлениям о категоризирующем восприятии, действующем автоматически и являющем наблюдаемые сущности как *родовые*. Категоризация обычно провоцируется большим количеством воспринятых признаков, которые легко укладываются в один хорошо знакомый паттерн. Поэтому в процессе категоризации воспринимается организованная структура черт, чье родовое (категориальное) значение уже знакомо. Категоризация происходит на чисто *перцептивном* уровне опыта и демонстрирует предъязыковое знание о вещах. Перцептивная догадка преобразуется в сформулированное суждение, которое предполагает наличие категориального значения воспринятых сущностей, данное в предъязыковой форме. Категоризация является способом *видения* вещей, вещи несут в себе свое собственное значение. Психиатр способен описать только некоторые из ключевых моментов, которые запускают его процесс категоризации. С этим связаны и трудности формулировок основ диагностики, так как сами по себе симптомы оказываются недостаточно надежным основанием для диагноза – существует нечто, что воспринимается наряду с симптомами и что добавляет им нозологическую «окраску». Данный факт не исчерпывает процесс диагностики, однако все иные диагностические размышления и процедуры осуществляются в рамках категориального содержательного контекста, возникшего из прямого общения с пациентом – из его слов, поведения, телодвижений и мимики. Таким образом, категориальное восприятие (или интуиция) позволяет уже на первом этапе диагностического процесса максимально приблизиться к наиболее надежной синдромальной квалификации, позволяющей избежать ошибок, связанных с ориентацией на отдельные, пусть и наиболее наглядные, симптомы, восприятие которых в этом случае определяется целостным контекстом (гештальтом).

Это оправданно, если иметь в виду процедуру феноменологической интуиции («нечувственное категори-

альное интуирование», заключающееся в достижении полной ясности в наглядной образной форме наблюдаемого феномена), которая в наибольшей степени способна приблизить к схватыванию сущностных отношений и четко очертить психические состояния в их взаимосвязи и дифференциации. Однако полагаться на помощь интуиции в любом другом смысле в отсутствие ясных терминологических разъяснений не приходится: например, большое число спекуляций о сущности аутизма и его роли при различных расстройствах объяснялось преимущественно интуитивным использованием самого термина «аутизм» [13]. Здесь уже нельзя сбрасывать со счетов особого рода популярность ряда психопатологических терминов, порождающих целые лексические семейства и переходящих в словарный запас обывательского языка. Подобное профанное использование специальных понятий неизбежно модифицирует их изначальный смысл, что косвенным образом влияет и на их профессиональное употребление.

2. Степень обобщения понятий и иерархия феноменов

Неоправданное смысловое расширение психопатологической категории часто обязано высокой степени его концептуальной нагруженности, когда само понятие, отрываясь от аномального опыта, начинает отражать не столько реальное психическое состояние, сколько некую патогенетическую концепцию, его объясняющую. Наиболее наглядной здесь является та же категория «аутизма», поскольку основным фактором, неблагоприятно влиявшим на развитие связанной с ней проблематикой, являлось отсутствие ясного представления о взаимосвязях между концептуальным и клиническим аспектами [13]. Созданное изначально E. Bleuler уже как концептуальная конструкция, понятие аутизма разрасталось именно как широкая теоретическая структура, постепенно поглощающая все явления шизофренического психоза. Недостаточная четкость понятия «аутизм» и неопределенность положения аутистического феномена как структурного компонента

шизофрении служили причиной все большего удаления от первоначальной его трактовки и даже скептического отношения к его диагностической ценности. На смену представлениям об аутизме как основном расстройстве при шизофрении он получает значение компенсаторного (реактивного) образования, а в последующем понятие аутистической активности сужается до различных вариантов ситуативно неадекватного поведения больных шизофренией с оценкой «инакости» внешних примет поведения, в конечном счете все больше сближаясь (вплоть до полной ассимиляции) с негативной процессуальной симптоматикой, и отказом от блейлеровского представления об «аутистическом мире воображения». Содержательный аспект аутизма перестает быть центральным звеном патологической структуры, а внутренний мир больного рассматривается как «непонятный» и непознаваемый. Понимание аутизма как тенденции к интроверсии усугубило клиническую неопределенность самого понятия и привело к оценке в качестве аутизма различных психопатологических феноменов (апатия, абulia, различные виды ступора, атаксия мышления, негативизм, мутизм и т.д.). В других работах, например А.Эя, аутизм отождествляется с бредом, что не только снимает проблематику их взаимосвязи, но и ставит под сомнение концептуальную ценность самого аутизма [13].

Таким образом, психопатологическая размытость понятия «аутизм» способствовала превращению его в категорию, по отношению к которой стало возможным приложение самых различных взаимоисключающих клинических трактовок и концептуальных интерпретаций.

Помимо категорий бреда или аутизма широта определения может быть продемонстрирована на примере деперсонализации как довольно широкого понятия, за которым стоят разноуровневые состояния. Понятие «отчуждения» поглощает целый спектр состояний, в основе каждого из которых – особый тип аномального переживания. Поэтому круг феноменов, подпадающих под определение «деперсонализационных», оказывается весьма разносторонним, затрагивая различные психические сферы

(восприятие – мышление – аффективность), а также их взаимосвязи, и образуя всевозможные психопатологические состояния разного уровня – от нарушений мышления и «малых автоматизмов» до коренных личностных перестроек. Подобное психопатологическое богатство подталкивает к необходимости упорядочения образующих деперсонализацию феноменов с установлением между ними иерархических зависимостей.

А.А.Меграбян [11] подчеркивал «однотипность, единство, последовательность и тождественность патологических сдвигов в каждой психической функции» при деперсонализации, что свидетельствует о внутренней связи всех патологических изменений и «интегральном диффузном характере основного расстройства, вызывающего состояние психического отчуждения». Его психопатологический анализ деперсонализационных феноменов и выделение основного их механизма как дезавтоматизации позволяет передать его в феноменологических понятиях. Их применение тем более оправданно, что основной предмет феноменологии – сознание или «интенциональность», отсылающая к тому, каким образом процессы, протекающие в субъективности, «интенциональны», т.е. направлены на объекты [23], – тесно связан с тем нарушением, которое лежит в основе деперсонализации (расстройство «Я-сознания», «нарушение конкретного содержания сознания» [11], расстройство активности «Я» [10]).

Сознание – процесс, который изначально протекает неосознанно, или нерелексивным образом, т.е. повседневная, обычная направленность на объект также протекает вне рефлексии, представляя собой прямую или нерелексивную интенциональность. Сутью деперсонализации становится «патологическая» релексивностьⁱ, заключа-

ⁱ Одним из условий рефлексии является остановка (в норме – произвольная), прекращение естественного течения какого-либо процесса с «релексивным выходом» за рамки деятельности в случае невозможности ее осуществления. Место «рефлектирующей» (смысловой) позиции по отношению к «рефлектируемой» (предметной) может быть только внешним, образуя чисто механическую связь двух изолированных деятельностей, а их объединение может про-

изойти либо на уровне сознания, либо на уровне логического знания. Рефлексия тесно связана с механизмами общения субъекта «с самим собой как с другим» [17].
ⁱ Ибо: «Сущность сознания заключается в том, что оно оставляет в забвении собственные феномены, содействуя тем самым образованию “вещей”» [12].

изойти либо на уровне сознания, либо на уровне логического знания. Рефлексия тесно связана с механизмами общения субъекта «с самим собой как с другим» [17].

ⁱ Ибо: «Сущность сознания заключается в том, что оно оставляет в забвении собственные феномены, содействуя тем самым образованию “вещей”» [12].

возможности мыслить. Происходит утрата интенциональным потоком субъективно ощущаемой дифференциации как в элементах потока (в каждой из психических сфер наблюдается внутренняя парадоксальная двойственность, например, в аффективной сфере – это чувство потери своих чувств), так и в интендируемых объектах. Это объясняет своеобразное «растворение» в окружающем с пассивной отдачей во власть объектов, которые приобретают самостоятельную активность, «насиленно» врываются в сознание, и уже не отграничиваются от «Я-сознания». Явление того же порядка – ментизм, выражающийся в пассивности по отношению к внутренним образам и мыслям, которые бесконтрольно, автономно и разрозненно текут в сознании. Примечательна и утрата избирательности, когда понижается способность как активного выделения предметов, так и активного отвлечения от остального воспринимаемого фона, случайные объекты приковывают внимание, вызывая бесплодный анализ («гипертрофия анализа»). При этом любое волевое усилие, требующее активности сознания (попытки сконцентрироваться и вникнуть в исчезнувший смысл слов и предметов) только усугубляет имеющиеся нарушения, тогда как при «мимолетном» восприятии, представлении «мимоходом», т.е. протекающих непроизвольно и пассивно, они смягчаются.

Таким образом, понятие «деперсонализация» обозначает некий макрофеномен, состоящий из первичных, уже ни к чему не сводимых и непосредственно выражающих существо расстройства феноменов фрактальнойⁱ структуры, т.е. гомологичных целому, содержащих это целое, и потому выступающих как сущностное описание и придающих ему статус объективности.

Впрочем, данная структура может оказаться свойственной процессуальной деперсонализации, тогда как в отношении других видов патологии она может оказаться не более чем симптомом, суть которого, несмотря на единообразное наименование, будет иной, т.е. речь будет идти об омонимичных понятиях. А.В.Снежневский

ⁱ Фрактал (лат. fractus – дробленый) – термин, означающий фигуру, обладающую свойством самоподобия, т.е. состоящую из нескольких частей, каждая из которых подобна всей фигуре целиком. Объект, состоящий из паттерна, который при его увеличении демонстрирует повторяющиеся уровни своих частей таким образом, что во всех масштабах существует сходная структура. Имеются единичные упоминания о возможности использования фрактальных моделей в психиатрии [2, 15].

[16] напоминал мнение В.Х.Кандинского, что психопатологические синдромы, взятые вне болезни, представляют собой абстрагированные понятия, т.е. типовые формы расстройства психической деятельности, и говорил о том, что в каждом индивидуальном случае обнаруживаются «только нозологически реализованные синдромы, например, не просто астения, а астения неврастеническая, соматогенная, артериосклеротическая, шизофреническая и т.д., не слабоумие вообще, а слабоумие эпилептическое, старческое, паралитическое и др.»ⁱ.

Масштаб обобщения используемого понятия приводит к пересечению с другими феноменами, не столь однозначно связанными с тем же самым первичным субъективным переживанием. В этом пересечении не всегда очевидна иерархия категорий, одни из которых непосредственно связаны с изначальным отдельным аномальным переживанием, а другие относятся к категориям более высокого уровня интеграции, включающим большее количество различных психопатологических феноменов. Поэтому различные психопатологические квалификации могут устанавливать связи по типу семантических кругов, следуя регистрам, соответствующим все возрастающей глубине психической дезорганизации. В этом смысле иерархически организованная совокупность феноменов, охватываемая понятием деперсонализации, не конечна, поскольку является элементом еще более сложных образований. Так, А.А.Меграбян [11] полагал, что деперсонализация (психическое отчуждение) составляет ядро и входит в состав более широкой группы расстройства «Я-сознания», или психического автоматизма. Ранее то же самое имел в виду А.Кронфельд [10], утверждая, что синдромообразование может остановиться на фазе деперсонализации, которая является предпосылкой раздвоения, и говорил о «большом круге переживаний раздвоения, т.е. субъективного отражения диссоциации личности».

ⁱ Данное замечание, по сути указывающее на разграничение симптома и феномена, было набрано в сноске, которая при переиздании в избранных трудах 2004 г. не была воспроизведена.

3. Степень отражения сущности феномена

В конечном счете, все сказанное имеет отношение к сущности психопатологического феномена, достижение которой является основной целью разрабатываемого понятия.

Р.Гиппс, Б.Фулфорд [7] говорят о неясности того, отражает ли в действительности стандартное определение бреда важнейшие (а не второстепенные) признаки бредовых идей, составляющие их суть. Большинство этих дефиниций имеет первоисточником определение К.Ясперса, однако последний сам подвергал его критике: «просто сказать, что бред является ошибочной идеей, которая твердо поддерживается пациентом и не поддается коррекции, – есть слишком поверхностный и неверный подход к этой проблеме» [24]. К.Ясперс говорил о «внешних» как о противоположных истинным «внутренним» критериях бреда, а в дальнейшем говорилось о существенных критериях в противоположность случайным. С этой точки зрения стандартные определения являются лишь набором некоторых, часто правильных утверждений, однако способных охватить и описать лишь те особенности бредовой идеи, которые имеют отношение к ее «внешним» характеристикам. Они в целом неинформативны, так как ничего не говорят о том, что именно в них патологично, в них также нет объяснения относительно существенных характеристик бреда, в связи с чем они помогают распознать бредовые идеи, увидеть их самые яркие и бросающиеся в глаза, но далеко не самые существенные черты. Эта ситуация аналогична той, которая складывается вокруг предложенных К.Шнайдером симптомах первого ранга (пассивные переживания, бредовое восприятие, звучащие мысли, голоса, отнятие мыслей или их распространение, вкладывание и т.д.). Не являясь специфичными для шизофрении феноменами, они остаются лишь легко диагностируемыми симптомами, наличие которых с большей вероятностью говорит именно о шизофрении. Также и «внешние» критерии бредовой идеи (культурально не-

объяснимые, ложные, упорно отстаиваемые) не описывались К.Ясперсом как действительно для нее специфичные, но только как на нее указывающие. Бредовые идеи – это нетипичные и необычные убеждения, но пока мы понимаем эту «необычность» в категориях статистики (в смысле преобладания в субкультуре), мы можем только предполагать и подразумевать, но не в состоянии постичь сущность бреда [7]. Сам факт того, что помимо убеждений и оценок бредовые идеи обнаруживаются в контексте восприятия (бредовое восприятие), мышления (бредовое понятие), чувства (бредовой аффект), эмоций (бредовое настроение) и переживания (бредовые идеи вкладывания мыслей, отнятия мыслей, переживания пассивности и т.д.), ведет к необходимости выяснения того, что именно является *общим для всех этих феноменов* и делает их именно бредовыми феноменами.

Л.С.Выготский [4] считал симптомом, в наибольшей степени отражающим сущность шизофрении, расстройство метафорического мышления и понимания слов в переносном значении. В этом явлении он видел наглядный пример функционирования комплексного мышления с сопутствующим ему скрытым процессом изменения значений слов. Существенным признаком, отличающим комплекс («цепной» с установлением связи между отдельными звеньями, а не всеми элементами комплекса в целом, либо «ассоциативный») от понятия, является то, что в основе его лежат связи, объединяющие группу различных предметов в одно целое, но эта связь носит конкретный, фактический характер в отличие от абстрактного и общего характера тех связей, на основе которых строится понятие. Одним из первых проявлений шизофренического процесса он считал деструкцию тех психологических систем, которые лежат в основе понятия с ранним патологическим изменением значения слов. Если исходить из различения *значения слова* и его *предметной отнесенности*, то в отношении комплексных значений можно утверждать, что они совпадают в своей предметной отнесенности с нормативными значениями-понятиями, но те и другие не совпадают

друг с другом как значения. Обобщение, лежащее в основе значения слова, совершается в этих случаях различным образом. Значения слов у шизофреника патологически изменяются, но эти изменения остаются скрытыми долгое время благодаря тому, что комплексы, заступающие в его мышлении место понятий, совпадают с ними в своей предметной отнесенности. Больной сохраняет возможность речевого общения и понимания, несмотря на то, что слова (за всяким значением которых скрывается обобщение) перестают для него означать то же, что они обозначают для нас [4]. Таким образом, одним из центральных моментов в психологической структуре шизофренических синдромов является патологическое изменение смыслообразования, звена более сложного порядка, чем отдельные функции, т.е. патологическое нарушение смысловой системы, связанной с организацией сознания [5].

С этой позицией согласуется и взгляд на аутизм не просто как на пространственную изоляцию с прогрессирующим угасанием социальных связей, а как на «семантический уход» от действительности, «семантическую изоляцию». Развитие аутизма поэтому может быть описано как «семантический дрейф», а отрыв от действительности следует понимать как несогласованность с подлинным смыслом этой действительности. Вследствие этого аутизм не позволяет индивидууму опираться на эмпирический опыт, разделять общепринятый «здравый смысл» и нарушает способность проектирования будущего [13].

При распаде понятий, при переходе к более примитивной ступени мышления меняется также существенным образом пропорция, которая определяет удельный вес восприятия и осмысления в единой системе, и легко наступают характерные для шизофрении изменения восприятия, когда предмет легко теряет свою предметную оформленность, и часто бывает достаточно искусственного нагромождения предметов или других изменений обычных условий восприятия для того, чтобы стать точкой приложения всевозможных толкований. Нечто аналогичное наблюдается и в сфере аффективных реакций: «не само по себе эмоциональное оупение и исчезновение богатой

гаммы эмоциональных реакций, но их отщепление от понятий, в соединении с которыми они обычно действуют, составляет отличительную черту эмоциональной реакции шизофреников, что формулируется как распад высших предметных чувствований при сохранении основных эмоциональных реакций» [4]. Таким образом, как расстройство в сфере мышления, так и расстройства в сфере восприятия, эмоций и других высших психологических функций ставились в прямую каузальную и структурную связь с расстройством функции образования понятий.

А.А.Меграбян [11] присоединяется к идее, основанной на концепции Л.С.Выготского, согласно которой основное расстройство при шизофрении заключается в поражении синтетической деятельности мышления, выражающимся в дезинтеграции предметных и смысловых его компонентов. Однако эта идея подразумевает, что то же самое расщепление предметного и смыслового имеет место как в самом мышлении, так и во внешнем и внутреннем восприятии, в действии и выражении чувств. Специфически шизофреническим становится «гипотония сознания» (термин, который означает, по сути, нарушение интенциональной направленности на предмет), не обеспечивающая важнейшую познавательную функцию «смыкания» предметных и смысловых значений. Нарушения предметного сознания приводят к ощущению отрыва внешнего вида предмета от его реального смысла и назначения в жизни, отщепления смыслового значения от самого воспринимаемого образа, к переживанию странности, чуждости и нереальности окружающих предметов, над смыслом которых приходится задумываться. Таким образом, существенное в психопатологической картине синдрома психического отчуждения – это переживание потери чувственно-реального, наглядного характера окружающих предметов мира и собственного субъективного бытия. В результате содержание сознания приобретает тенденцию к отрыву от конкретной действительности: конкретные представления принимают характер ирреальных абстракций, а общие понятия выступают в форме символических и схематичес-

ких представлений. Нарушение внутренней структуры предметного сознания в допсихотическом периоде проявляются отчуждением, выражающим дезавтоматизацию предметного сознания, выявляя двойственность психики, диссоциацию гностического чувства и все еще сохранного смыслового содержания познавательной деятельности. В бредовой перестройке логического сознания находит отражение закономерная последовательность процесса: от конкретной предметной сферы к логической мыслительной деятельности.

Иными словами, речь опять же идет об особом нарушении интенциональной структуры, полагающей различие и единство – предмета (явления), интенционального акта (процесса придания смысла, являвания, ноэзиса, подразумевающего возможность различения предмета и смысла) и интенционального содержания (смысла, ноэмы). При этом повреждается основная интенциональная функция – «смыслодающая», активного осуществления, сообщения смысла, наполнения значения языковых (и всяких других символических) форм. О подобном нарушении взаимосвязи между произвольными и непроизвольными событиями психической жизни упоминал К.Ясперс [24], когда интенция начинает оказывать воздействие на непроизвольные события, будучи неспособной управлять ими в соответствии с осознанными намерениями индивида. Вместо этого она *вмешивается* в их спонтанное, целесообразное и упорядоченное движение, что приводит к нарушению последнего.

Остается, однако, открытым вопрос о воплощении данных механизмов в «переживании» как таковом, причем отличном от нормативного, формирующимся и протекающим в измененных условиях искаженного функционирования разных сфер психической деятельности, взаимодействующих между собой и создающих целостный аномальный опыт. Последний, воспринимаемый и передаваемый в форме своеобразного чувственного переживания, и составляет основу психопатологической квалификации.

Неудовлетворенность клинико-психопатологическими понятиями подталкивает к поиску альтернативных способов передачи аномального опыта, один из которых предлагает антропологическая психиатрия.

Методологические пути осуществления экзистенциального анализа Л.Бинсвангер пытался показать, опираясь на положение М.Хайдеггера [18] о том, что человеческое существование есть всегда «бытие-в-мире» («интенциональное бытие»). Создание данного неологизма отражает мысль, что если мы хотим говорить о смысле человеческого существования, то должны это делать в контексте мира, с которым это существование соотносено. При этом «мир» должен пониматься как мир для субъекта переживающего, а также как объект переживания субъекта [3]. Поэтому сначала следует «понимать» (делать эвидентным, описать) структуры и виды мира психически больных; к этим структурным особенностям относятся: временность, пространственность, материальность, или консистенция, светлость, высота, легкость, тяжесть, плотность, пустота мира и т.п. Все это понимается не в плане реального, физического, а как атрибуты экзистенции. Кроме того, согласно М.Хайдеггеру, различают экзистенциалы, т.е. «способы человеческого существования», «категории человеческого бытия». Среди них такие категории, как: 1) «страх» (состояние, понимаемое как настроенность, «в котором человеческое существование оказывается перед самым бытием»; страх «раскрывает существование как свободное бытие»); 2) «забота» (существование выступает, по М.Хайдеггеру, «в отношении к окружающему миру как озабоченность»); 3) «заброшенность» (фактичность, «неизбежное возлагание ответственности за существование на свое собственное бытие в мире» и т.д.). Понятие экзистенциальных типов включает представления о различных формах человеческого бытия-в-мире, т.е. о *базовых тенденциях* пережива-

ния этого мира и определенных паттернах поведения в нем, направляющих человека к или от определенных способов восприятия, чувствования, оценки, размышления, выбора и действия [3]. Изучение этих двух сторон экзистенции – особенностей «мира» («мирности») и экзистенциалов, или «категорий бытия», составляет содержание экзистенциального анализа («анализа существования» – Daseinsanalyse, или феноменологически-структурного анализа бытия психически больных, по выражению Э.Минковского). Путь этого изучения ведет через герменевтическое толкование высказываний, поскольку, как писал Л.Бинсвангер: «Язык (а также речь больного) играет центральную роль в экзистенциальном анализе». Особое значение имеет метафорическое толкование, ибо в метафорах человеческое существование «высказывается о своем бытии-сознанииⁱ», «язык “думает” за нас» [1].

Использование сложных, связанных с помощью дефиса, сочетанных слов представителями этого направления отражает попытки передать особый, сложный, но вместе с тем *единый характер* «экзистенциального состояния». Клинические данные, облачаясь в новую словесную форму, интерпретируются как генетически связанные между собой явления в чисто психическом плане. Особенность подобных выражений заключается в том, что они имеют переносный смысл, подразумевая «экзистенциальную структуру», раскрытую априорным путем (т.е. с помощью феноменологического философского анализа). Ю.Цутт писал: «Вместо того чтобы различать бредовое настроение, расстройства Я, бред или галлюцинации, мы выделяем единое в антропологическом отношении, экзистенциальный порядок и модификацию бытия-сознания, которая конституирует этот порядок» (цит. по [21]). Таким образом, экзистенциальный анализ сближается с концепцией «основного расстройства» феноменологической психопатологии.

ⁱ В данном случае приводится использованный Э.Я.Штернбергом [21] перевод П.П.Гайденко термина “Dasein”. По мнению М.С.Роговина [14], Dasein «есть ничто иное, как самосознание».

В известных экзистенциальных анализах Л.Бинсвангера за метафорическими аллюзиями и философскими формулировками легко узнаются описательные категории тех специфических переживаний, которые приводились выше. Это можно проследить на примере истории болезни Лолы Фосс, одно из первичных переживаний которой состояло в навязчивой фиксации на заражающей способности объектов, связанных (предметно, пространственно, ассоциативно или каким-либо иным образом) с конкретным несущим «угрозу» человеком.

Л.Бинсвангер демонстрирует фундаментальную психопатологическую характеристику психотического переживания – это «чудовищное упрощение и оскудение “мира”, которое является выражением упрощения и оскудения существования». В этих случаях Dasein больше не может свободно позволять миру быть, но все больше предается одному определенному проекту мира, захватывается им, подавляется им. Dasein теперь может быть собой только в довольно специфических, все более узких пределах. Происходит понижение уровня проекта мира от очень сложного взаимосвязанного целого контекста связей до всего лишь пространственного рядом-друг-с-другом и сенсорного или абстрактного друг-с-другом. Значимым поэтому становится чисто осязательный либо ассоциативный, в смысле ассоциации по сходству и пространственной близости, контакт. Для передачи подобного упрощения вводятся специальные понятия – феномен «омирения», означающий процесс, в котором Dasein отказывается от самого себя в своей актуальной, свободной потенциальной возможности быть-самим-собой и предает себя особому проекту мира. Технический термин для этого состояния преданности – «заброшенность», т.е. поглощение существования «миром».

Шизофрения, по Л.Бинсвангеру, только представляет собой особенно глубокую и странным образом конституированную разновидность превращения свободы в несвободу, или, иначе, существования – в мир. Симптом «омирения», или «овеществления» выражается, в частнос-

ти, в том, что место страхов и воспоминаний занимают реальные объекты и люди, с которыми первые были связаны. На феноменологическом языке в этом случае место интенциональных актов или психических феноменов занимают «объекты, на которые они нацелены». «Вещи» начинают означать *воспоминания*, т.к. «воспоминания проникают в вещи», т.е. вещи – не только носители воспоминаний, они и *есть* воспоминания. Подобным образом выступает самый заметный признак процесса «омирения» – трансформация существования и подлинной судьбы в «мир» и «мирскую» участь. Но даже сами воспоминания и чувства больше не являются подвижными и управляемыми, они застывшие, недоступные для воздействия, зафиксированные в простой ложной непрерывности, и подавляют существование. Устранение между овеществленным воспоминанием и воспоминанием-вещью вынуждает оставаться в состоянии уже-было, т.е. в состоянии «заброшенности». Последнее означает «пустое неподлинное настоящее», которое, в противоположность актуальному моменту, не преобразуется во времени из будущего и прошлого в подлинное настоящее. Жизнь происходит от одного Сейчас до другого, когда ничего нового больше не происходит, а все то, что однажды появилось, больше не покидает существование и остается зафиксированным. Одновременный процесс – нарастающее сужение жизненного пространства, границы которого уже не определяются ни «ориентированным», ни географическим, ни «настроенным» пространством, но фиксируются на основе визуальной дистанции и тактильной близости.

Возникает «непреодолимое стремление во всем читать что-нибудь». Это толкование значений объектов связано с их словесными обозначениями и с их случайными сочетаниями в пространстве и времени. Общее основание подразумеваемого объекта и использованного слова допускает их взаимозаменяемость. Навязчивое стремление «читать» значение вещей посредством системы вербальных символов с лингвистическим дроблением вещей говорит о навязчивом стремлении извлечь смысл, поскольку

вещи теперь функционируют не в соответствии с их собственным «объективным» смыслом, но исключительно для того, чтобы выразить иной, «высший» смысл. При этом абсолютизируется содержание вербальной метафоры, оно отрывается от взаимно соотнесенных связующих звеньев сравнения – феномен, который связан с одновременностью видения и чувствования и с устранением границ личности (т.е. утечкой мыслей). Подобное использование искусственной системы вербальных сообщений, позволяющей общаться посредством предметов с магической силой самой судьбы, возникает, когда «я» больше не может отличить «внутри» и «снаружи», существование и мир. Проникновение в «душу» судьбы и «других» больше не происходит через симпатию и антипатию, но посредством рационально интерпретируемых знаков, из «чувствования» превращаясь в «чтение» [1].

Проводя различие экзистенциального анализа и психопатологии, Л.Бинсвангер подчеркивал, что если последнюю интересует генез психического переживания, то для первого важен «проект мира» такого существования или, иначе – *модус его бытия*. Это достигается через раскрытие его экзистенциальной (антропологической) структуры, изменение которой априорно по отношению к путям и средствам, возможно различным, его апостериорных форм выражения.

Dasein-анализ (в отличие от психопатологии, которая «должна сохранять четкое разграничение, как описательно, так и субстантивно» между симптомами) пытается раскрыть как раз то, что является основополагающим для этих описательных симптомов, и объяснить, как один развивается из другого. То, что с психопатологической точки зрения может создать впечатление огромного «качественного» различия, с точки зрения экзистенциального анализа может оказаться только выражением прогрессирующего завоевания существования «миром», истощения Dasein, т.е. отражать сложную диалектику существования в рамках психопатологического понятия «аутизм». Общая структура бытия-в-мире в этих случаях настолько отлична, что психологическая эмпатия более невозможна, только фе-

номенологическое описание и понимание. Таким образом, экзистенциальный анализ все еще дает возможность медико-научного понимания там, где эмпатия терпит неудачу. Например, симптоматологический критерий различения навязчивости и бреда (понимание или отсутствие понимания бессмысленного и чуждого эго качества нездорового события) имеет силу, хотя такое понимание подвержено колебаниям, и критерий часто подводит в конкретном случае. Однако эта описательная психопатологическая точка зрения и ее чисто «функциональная» интерпретация всегда будет являться директивой для клинической и в особенности судебной оценки. Поэтому в интересах чистого исследования психопатологии следует руководствоваться более глубокими перспективами, которые можно обрести через антропологическое исследование и изучение. К тому же, в психопатологии все еще недостает прочных фундаментальных понятий и основных посылок, тогда как именно дазайнсаналитические исследования указывают путь к научному пониманию, например, бреда, являющегося «определенной формой» экзистенциального обесценивания («омирения»). Задачей антропологической психиатрии в этом случае становится демонстрация и точное описание каждой стадии этого процесса, учитывая в то же время все возможные звенья в структуре существования или бытия-в-мире [1].

Примечательно, что даже клинически ориентированные психиатры (К.Колле, К.Конрад, И.Вирш, А.Эй и пр.), критически настроенные в отношении антропологических и экзистенциалистских направлений, допускали в их адрес комплименты или их частичное оправдание («смесь критических замечаний и реверансов», по выражению Э.Я.Штернберга). Отвергая, например, антропологическую интерпретацию сущности эндогенной депрессии в работах В.Гербзаттеля как «остановки становления» (в смысле нарушения переживания будущего, поскольку предстоящее полностью предопределено прошедшим), Г.Й.Вейтбрехт вместе с тем характеризовал это утверждение как «необычайно тонкое психопатологическое наблю-

дение» [22], а К.Колле приветствовал экзистенциальный анализ «как утонченную психологию психотических больных» [21].

Поскольку в рамках антропологической психиатрии такие привычные объекты исследования, как мозг или организм представляют собой лишь понятия, принадлежащие к искусственной «естественнонаучной редукции существования», Л.Бинсвангер не претендовал на то, что экзистенциальный анализ может и должен целиком заменить клинический или психопатологический анализ, а говорил только о достижении с его помощью «возможности понимания и психотерапии» психического расстройства. Он подчеркивал, что «экзистенциальный анализ только освещает и описывает особую форму существования в мире», указывая на определенные отклонения от нормы; но болезненный характер таких отклонений, обнаруженных с помощью экзистенциального анализа, может быть доказан только на основе применения клинических, психопатологических и прочих критериев и понятий (по его выражению, экзистенциальный анализ – это «слуга психиатрии»). Не случайно экзистенциальные анализы Л.Бинсвангера соседствуют с его клинико-психопатологической квалификацией тех же наблюдавшихся состояний.

Эти принципы взаимоотношений между двумя подходами были восприняты и в дальнейшем: О.Виггинс, М.Шварц [3], например, подчеркивают, что антропологический подход к шизофрении может служить фундаментом медицинского, так как он более точно определяет, что же делает шизофрению патологией (а именно – «неспособность переживать и нормально себя вести»), а также привносит лучшее понимание этого феномена и позволяет ставить более точный диагноз.

Литература:

1. Бинсвангер Л. История болезни Лолы Фосс. – Бытие-в-мире. – М.-СПб, 1999. – С.230-292.
2. Введенский Г.Е. Фракталы в сексологии. – Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии. – М., 2003. – С.28.
3. Виггинс О., Шварц М. Шизофрения: медицинская и антропологическая перспективы. – Независимый психиатрический журнал. – 2004. – IV. – С.11-19.
4. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении. – Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1932. – Т.1. – Вып.8. – С.352-364.
5. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении. – Современные проблемы шизофрении. – М.-Л., 1933. – С.19-28.
6. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. – Т.1. – Киев, 1997. – 299 с.
7. Гипс Р., Фулфорд Б. Понимание клинической концепции бреда: путь от изолирующей к вовлекающей эпистемологии. – Независимый психиатрический журнал. – 2007. – II. – С.27-37.
8. Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы №100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» (Приказ Минздрава России №401 от 12.08.03 г.).
9. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. (1940) – Он же. Становление синдромологии и концепции шизофрении. – М., 2006.
10. Кронфельд А. К вопросу о синдроме раздвоения. – Там же. – С.231-270.
11. Меграбян А.А. Деперсонализация. – Ереван, 1962.
12. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. – С.-Пбг, 1999. – 606 с.
13. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Проблемы психопатологии аутизма. – Российский психиатрический журнал. – 2009. – №3. – С.35-42.
14. Роговин М.С. Экзистенциализм и антропологическое течение в современной зарубежной психиатрии. Сообщение I. – Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1964. – Вып.9. – С.1418-1426.
15. Савенко Ю.С. Что такое «феноменологическое описание»? – Независимый психиатрический журнал. – 2008. – IV. – С.19-26.
16. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. – Шизофрения. Клиника и патогенез. – М., 1969. – С.5-28.
17. Тюков А.А. О путях описания психологических механизмов рефлексии. – Проблемы рефлексии. – Новосибирск, 1987. – С.68-75.
18. Хайдеггер М. Бытие и время. – М., 1997.
19. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – Изд. 2-е. – М., 2009. – 215 с.
20. Шнайдер К. Клиническая психопатология. – Киев, 1999. – 236 с.
21. Штернберг Э.Я. Экзистенциализм в современной зарубежной психиатрии. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1963. – №10. – С.1570-1582.
22. Штернберг Э.Я. Еще раз о современной западногерманской психиатрии. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1964. – №8. – С.1253.
23. Эмбри Л. Рефлексивный анализ. Первоначальное введение в феноменологию. – М., 2005. – 224 с.
24. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997. – 1056 с.
25. DSM-IV-TR. – American psychiatric association. – Washington: American Psychiatric Press, 2000.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

КВАЛИФИКАЦИЯ

(СООБЩЕНИЕ 2)

Но когда объект воспринимается как нечто частное и неповторимое, а не просто как член семейства, когда он представляется независимым от общих понятий и отделенным от здравого смысла причинности, когда он изолирован и необъясним в свете невежества, тогда и только тогда он может стать источником очарования. К несчастью, привычка наложила вето на подобную форму восприятия, и ее действие состоит как раз в сокрытии сущности – идеи – объекта в дымке суждений и ожиданий.

Беккет С. Пруст

Критика «психологического» принципа систематизации

Условность толкования того или иного симптома как выражения расстройства определенного психического процесса довольно очевидна, поскольку в этом случае речь идет о преимущественном, а не исчерпывающем изменении психического процесса, которое отражено в соответствующем симптоме. Попыткой преодоления многозначности симптома, затрудняющей классификацию, выглядело предложение использовать «физиологический принцип», соответствующий структуре рефлекторной дуги. В соответствии с данным принципом, как известно, выделялись симптомы, относящиеся к нарушению рецепторного отдела (сенсопатии), симптомы нарушения интрапсихической области и симптомы, отражающие нарушение эффекторной части рефлекторной дуги [20]. Данный подход не получил распространения, и в настоящее время вновь преобладает так называемый «психологический принцип», подразумевающий, что каждый симптом сигнализирует о нарушении той или иной психологической функции. В соответствии с

ним психиатрические симптомы следует соотносить прежде всего с конкретными психологическими процессами, чтобы понять, какой из них нарушен: эмоции, мышление или восприятие. Взаимосвязь содержания психических процессов усматривается в том, что «в окружающей обстановке предметы, явления и события воспринимаются, когнитивно оцениваются и эмоционально окрашиваются», в связи с чем в качестве патологичной должна оцениваться, например, дисгармоничность содержания мыслей и чувств [24].

Распределение психопатологических феноменов по отдельным психологическим сферам, однако, часто наталкивается на непреодолимые препятствия. По крайней мере, в отношении целого ряда психопатологических переживаний типологизация подобного рода становится прокрустовым ложем, втискивание в которое может состояться только с большими натяжками.

Сомнительно, например, объединение разнородных психопатологических феноменов как различных видов *обманов памяти*, которые из-за этого остаются клинически недостаточно очерченными, а четкая общепринятая терминология в отношении них отсутствует: одни и те же явления описываются под разными названиями, а под одними и теми же названиями иногда понимаются различные явления. В связи с этим говорилось о необходимости разграничения обманов памяти, имеющих своим содержанием факты, близкие прошлой действительности и совершенно не соответствующие ей. Предлагалось вывести за пределы нарушений памяти аутохтонные ложные воспоминания (близкие к псевдогаллюцинаторным псевдовоспоминаниям В.Х.Кандинского), которые отграничивались от конфабуляций (понимаемых как патологически яркое и направленное в прошлое фантазирование, оцениваемое сознанием как воспоминание) и псевдореминисценций (основанных на действительно грубом снижении памяти и близких экмнезии). Аутохтонные ложные воспоминания, относясь к явлениям малого круга психического автоматизма, часто сочетаются с другими

симптомами этого ряда типа эхо-феноменов, а также явлениями «уже пережитого». У этих же больных выявлено объективно подтверждаемое измененное восприятие течения времени, дающее основание полагать, что нарушение протекания процессов восприятия во времени, имеющее значение для возникновения эхо-феноменов, находится в тесной связи с нарушением непосредственного отражения времени. Это нарушение способствует иному отражению в субъективных переживаниях сукцессивных (удвоенных) актов в перцепции, благодаря чему «юные воспоминания» отщепляются от законченного образа восприятия, и в сознании больного перцепция удваивается [11]. Подобное понимание близко к представлениям А.Бергсона, который объяснял явление «уже виденного» состоянием утомления, когда образ предмета – как воспоминание настоящего – появляется почти одновременно с его восприятием. П.Жанэ объяснял это явление нарушением активности в акте восприятия, приводящим к потере чувства реального в настоящем и, исходя из предположения о двойственной перцепции, сближал этот феномен с редуплицирующей парамнезией, а в целом говорил о близости явлений «уже виденного» с другими психопатологическими нарушениями типа «эха мысли», «узнавания мысли». Это позволяло рассматривать явления «уже пережитого» и близкие им среди явлений малого круга психического автоматизма, включая и аутохтонные ложные воспоминания, по своей сущности близкие к тем же эхо-феноменам, что и «уже пережитое». Основная разница между этими явлениями усматривалась в том, что при последнем эти переживания распространяются на реальное восприятие, а при первом – на аутохтонные механизмы [11].

Неоднократно подчеркивалось, что неудачна характеристика бреда как *нарушения мышления*. Бредовыми могут быть не только убеждения, мысли или оценки, но и восприятие, ощущение, настроение, аффект. Однако даже если речь идет об убеждении, то это – глубоко иррациональные идеи, возникающие не просто в силу отсутствия адекватного доказательства для данного утверждения или

одновременной приверженности двум и более непоследовательным суждениям. Хорошо развитые логические способности не только не спасают от бреда, но часто, наоборот, могут его укрепить, если принять во внимание тщательную продуманность внутренне стройной бредовой системы [7]. О том же говорил и К.Ясперс [29]: «Так как мышление находится в согласии с бредом, и даже изобретательно им используется для своей работы, мы вряд ли можем говорить о бреде как о расстройстве мышления».

Недостатки систематики по «психологическому» принципу коренятся в изначальном несовершенстве подобного членения психических сфер как самодостаточной основы группирования психопатологических явлений, не предполагающего последующего их анализа в единстве и взаимосвязи друг с другом.

Л.С.Выготский [6] критиковал господствующие представления об организации отношений сознания к его функциям, в соответствии с которыми сознание трактуется всегда как нечто внеположное по отношению к своим функциям. В одном случае сознание рассматривается как абстрактный, свойственный всем видам его деятельности, всем функциям признак – в виде сознаваемости, переживаемости. В другом – как некое психическое пространство, вмещающее свои функции и априорное по отношению к ним. При обоих этих вариантах сознание характеризуется преимущественно с формальной стороны, главным образом с точки зрения таких признаков, как непрерывность, ясность, единство, но всегда сознание выступает как нечто внеположное по отношению к его деятельности. При таком подходе, исходящем из неизменности и неразвиваемости самого сознания, «психиатрия, много сделавшая для изучения расстройств отдельных сторон сознания, выделила только наиболее грубые и массивные формы изменения сознания, принадлежащие скорее к случаям исчезновения этого сознания, чем его действительного изменения». Сами же деятельности сознания, отдельные функции изучаются обычно в изолированном и абстрактном виде, хотя постулируется совместная деятельность

этих функций. Важнейшим шагом Л.С.Выготский считал постановку двух проблем – об отношении сознания к функциям и о связи функций между собой в различных формах движения психики (при ее развитии и ее распаде) – в качестве конкретного предмета исследования.

Другая сторона той же проблемы – это понимание способа отношения и познания окружающего мира (сознание) и самого себя (самосознание), которое в зависимости от исходных предпосылок будет представляться радикально различным образом. Р.Гиппс, Б.Фулфорд [7] в своей критике возобладавшего взгляда на природу сознания прибегают к эпистемологии, в рамках которой противопоставляются «изолирующая» и «вовлекающая» концепции. Согласно «изолирующей» концепции, наша разумность, наше понимание окружающего мира и других является внешним феноменом по отношению к нашему подлинному, основанному на опыте, контакту с миром. Эта концепция рассматривает сознание как самоподдерживающуюся внутреннюю систему, где восприятие является сенсорным «входом»; органы чувств и неврологические процессы преобразуют сенсорные стимулы в восприятия, которые представлены в сознании. Посредством данных когнитивных процессов и представлений формируются убеждения относительно воспринятого, и в дальнейшем происходит понимание того, что воспринято. В данной модели наше понимание мира опосредовано убеждениями, которые формируются опытом, то есть понимание и знания о мире есть результат рефлексии над опытом, который предшествует этой рефлексии. По сути, это модель «одинокого мыслителя», «одинокого созерцания». С этой точки зрения понимание есть функция мышления, и оно занимает внешнюю позицию по отношению к опыту, который просто обеспечивает перцептивный «вход» для того, чтобы переработать.

В модели «вовлекающей» концепции наше понимание проявляется в первую очередь не в рефлексии, а в опыте. Восприятие не является результатом сенсорного «входа» во внутренний мир, скорее оно есть следствие

естественного включения людей в связь с миром вокруг них. Опыт обычно не является предшественником понимания, а сам является одним из средств нашего разума. Понимание уже включено в опыт, в котором уже заложено то, что делает мир понятным. Представление о том, что понимание уже включено в переживание, подразумевает понятный характер предметов, событий, действий, естественным образом заложенный в опыте. Знание, которое является целостным переживанием мира, проявляется в отношении к миру, а также в опыте.

Данные представления базируются на идеях М.Мерло-Понти [15], который говорил о невозможности отделения вещи от того, кто ее воспринимает. Он обвинял в предрассудках «объективное мышление», чья функция состоит в редуцировании всех феноменов, свидетельствующих о единстве субъекта и мира, и замещении их ясной идеей объекта как вещи в себе и субъекта как чистого сознания. На самом деле «мы понимаем вещь... не благодаря интеллектуальному усилию, стремящемуся установить место объекта в какой-либо рубрике, а принимая на свой счет тот способ существования, который очерчивают перед нами доступные наблюдению знаки». В своей естественной установке субъект никогда не задается вопросами относительно собственного восприятия, а живет среди вещей, переживание которых не проходит через все опосредования, так как вещь не явлена рассудку, который схватывал бы каждый конститутивный слой как репрезентативный по отношению к более высокому пласту и который выстраивал бы вещь от начала до конца. Нам дана не вещь сама по себе, но опыт относительно вещи, трансцендентность, следующая за субъективностью. Естественный мир («типология интерсенсорных связей») имеет свое единство до того, как рассудку удастся связать между собой его грани и интегрировать их в «ортогональной концепции». Единство мира подобно единству индивида, которое открывается в неопровержимой очевидности еще до того, как удастся сформулировать особенности его характера. Свойственный ему общий стиль поведения осознает-

ся даже если нет возможности его в точности определить («да и само определение которого, сколь бы верным оно ни было, никогда не обеспечивает полного соответствия и интересно только для тех, кто уже имеет относительно этого какой-то опыт» [15]).

Эта концепция предрефлексивного общения с миром перекликается с М.Хайдеггером [23], который говорил о смысловом понимании, т.е. о понимании, уже включенном в переживание: первое впечатление, которое обнаруживает значение мира вокруг меня, не ограничивается регистрацией фактов, но также раскрывает передо мной целый мир ценностей. Это развитие категориального созерцания Э.Гуссерля – одна из центральных тем М.Хайдеггера – раньше, чем мы видим вещь, и достовернее мы видим *что-то*, без чего никакой вещи не увидели бы, видим *не-что*, которое абсолютно невидимо, потому что все, что видим, уже *что*, никакого *что*, никакой видимой вещи не видели бы, если бы *раньше* того не «бросалось в глаза» присутствие чего-то [3]. «Понимание» оказывается непосредственно связанным с «проектом», т.е. с выбором, который опирается на допредикативное осмысление собственных возможностей. Все «бытие-в-мире» есть поле понимания, мир выступает как всегда «уже понятый», истолкованный «немудрствующим **видением**», которое не имеет ничего общего с рациональным осмыслением. «Понимание» находит свое выражение в «обозначающей артикуляции» языка. Истолкование «приходит к слову», двигаясь по герменевтическому кругу: «всякое истолкование должно уже прежде понять то, что должно истолковать», т.е. мы истолковываем то, что уже нами понято. Таким образом, окружающий мир сведен М.Хайдеггером к смыслу, который накладывается на происходящее субъектом [19].

Раскрывая центральное положение «Бытия и времени» («Dasein есть то сущее, для которого в его бытии дело идет о нем же самом»), М.Хайдеггер пояснял: «Dasein надо всегда видеть как бытие в мире, как озабоченность вещами и заботу о близком сущем, как совместное бытие с встречающимися его людьми, никогда – как самозамкнутую субъективность» [9]. Отталкиваясь от воззрений М.Хайдеггера,

М.Босс [4] призывал отказаться от господствующих в медицине субъективистских гипотез: «Пока бытие человека заранее предполагается как преимущественно капсулоподобное образование, как некая существующая для себя и в себе наличная отграниченная от мира “психика”, или аналогичным образом трактуемое Я, сознание, субъективность или персона, видение подлинной природы шизофренического заболевания останется искаженным. В сфере бытия-в-мире встречающееся способно присутствовать как то, что оно есть: быть и дарить, позволять воспринимать свойственные ему контексты смыслов и соотношений». При шизофрении «не просто поражено какое-то предполагаемое внутриспихическое течение мыслей. Нарушено как раз само человеческое бытие шизофреников – как экзистирование универсальной, свободной открытости для восприятия присутствующего».

Сходные представления о природе понимания реальности разделяются независимо от различия исходных философских предпосылок. Л.С.Выготский [5] напоминает данные генетической психологии, согласно которым развитие восприятия, и в частности, завершающая ступень этого развития, состоящая в переходе к категориальному восприятию, совершается благодаря сложному сочетанию восприятия и понятия, возникновению новой системы наглядного мышления, внутри которого восприятие является только подчиненным и несамостоятельным моментом. Именно поэтому так трудно вызвать чистое восприятие, а предмет не может служить поводом для различных истолкований, для апперцептирования его в разных планах. Восприятие предмета составляет часть процесса его наглядного мышления, оно подчинено понятию, которое дано вместе с ним. Вот почему всякое восприятие есть осмысленное восприятие. При этом важно, что прочно установившиеся понятия употребляются в автоматическом мышлении совершенно безукоризненно даже, до определенного времени, у больных шизофренией, у которых на первых порах затруднительным оказывается образование новых понятий [5].

А.А.Меграбян [13] указывал на внутреннее единство волевого с моментом автоматизированного как на необходимое условие любого акта гнозиса и праксиса. Онтогенетическое формирование механизмов привычной автоматизации обеспечивает акт узнавания и понимания предметов и явлений, включающий в себя анализ-синтез как уже свершившийся: «мы узнаем воспринимаемые и представляемые образы, прекрасно понимаем свои обычные мысли и речь (в том числе чужую) без того, чтобы подвергать их детальному анализу». Способность человека к понятийному мышлению осуществляется только благодаря единству познавательной активности содержания и автоматизированной формы проявления высших психических и двигательных актов личности. К единичному изображению предмета в сознании присоединяется обобщенный аккумулятированный предшествующий опыт, дифференцированное знание о данном предмете. В любом, даже элементарном акте познания, единичное всегда выступает в единстве с общим. В единстве единичного образа предмета и чувственно оформленного предшествующего опыта о нем обнаруживается внутренняя двойственность любого процесса чувственно-предметного знания. Данный опыт в виде системного чувствования гностического характера А.А.Меграбян предлагал называть «гностическим чувством», которое в норме автоматизированно придает словесным образам их смысловое содержание и чувственную образность, чем облегчает процесс анализа и синтеза. В содержании сознания существуют двоякого рода образы – предметные и словесно-речевые, причем непрерывно происходит взаимопереход между предметно-чувственными и словесно-мыслительными процессами. Акт узнавания (как процесс обобщения, т.е. установления связи данного единичного с общим, присущим данной группе явлений) обычных восприятий и понимания обычных мыслей и действий происходит аксиоматически, путем схватывания «на ходу» их внутреннего смысла, т.е. восприятие включает непосредственное смысловое понимание. Эта автоматизация означает системность в актах познания и действия, в

которой отдельные частные функции, сочетаясь и объединяясь, образуют сложные структуры. Гностическая функция обычно незаметна в целостной деятельности сознания и, представляя собой интегрирующие системные гностические чувства, обогащает предшествующим познавательным содержанием образы в восприятиях, мышлении, эмоциях и двигательных актах. Основой же развития ряда важнейших психопатологических феноменов становится патологическое изменение интегрирующего гностического чувства с расщеплением в психических актах единичных предметных, словесных образов и гностических чувств и с расхождением предметного и смыслового понимания.

Изложенные представления находят свое прикладное значение для понимания психопатологических феноменов.

Л.С.Выготский [6] доказывал, что распад понятий, патологическое изменение значения слов сказывается на всех психологических функциях и перестраивает всю систему их взаимоотношений друг с другом коренным образом: при шизофрении содержание мышления воспринимается подчас с наглядностью и непосредственностью восприятия и, напротив, в мышлении выступает часто в качестве господствующего наглядный момент восприятия. Существует причинная зависимость и связь между нарушением понятий и значения слов, с одной стороны, и смысловой структурой всех прочих психологических функций (восприятия, памяти, внимания и др.) в целом – с другой.

С этой точки зрения несостоятельность бреда не следует искать в сфере убеждений, т.е. в изображении действительности, его несостоятельность состоит в области знаний – изначально неправильном отображении действительности. Бредовые идеи тогда несостоятельны в отношении непосредственного понимания реальности, которое имманентно существует в ней, какой бы способ контакта с действительностью не рассматривался бы. Часто (первичная) бредовая идея – это пример внезапного вторжения чего-либо в сознание, а не разумного объяснения

путем поиска смысла данных переживаний. Бредовая идея возникает не в результате осознания предпосылок, данных в опыте, но в результате внезапного понимания того, что обычно возникает вместе с опытом. При восприятии подлинного окружающего бредовое восприятие представляет мир как наполненный особым значением для воспринимающего, чья ошибка заключается в оценке значения того, что воспринято. Измененное понимание значения находит отражение не только в сфере мышления, но и в опыте, настроении, чувстве, ощущении и т.д. Бредовые идеи поэтому должны рассматриваться не как рациональная попытка придать смысл аномальному опыту, но как ошибки в опыте, объясняющем мир. Эти ошибки – результат осознания значения, о котором нельзя говорить вообще, и которое переживается в искаженной и извращенной форме; они состоят в самом понимании, которое содержится внутри знания о мире. С этих позиций бред – это не интерпретация и не феномен мышления, а отсутствие понимания как результат изначально заложенного в опыте отношения к миру. Бредовое понимание происходит непосредственно в опыте, и поэтому не может быть проверено посредством сравнения с тем же самым опытом, что объясняет устойчивость бредовых идей, любое рассуждение о которых будет основываться на бредовом понимании, существующем в изначальноном опыте [7].

Развернувшаяся в немецкой психиатрии с конца 70-х годов критика основных положений психопатологии К.Ясперса сводилась к упрекам в том, что он представил, используя принципы элементарной психологии Вундта (уже устаревшей), разные психопатологические факты с разных точек зрения в виде элементарных функций. Он поместил, например, восприятие, мышление и суждение в объективные функции душевной жизни, а обманы и искажения восприятия, бред (патологию суждения) – в субъективные явления болезненной душевной жизни (в сознание предметности и сознание реальности соответственно), т.е. феноменологию, приравняв по сути феноменологию к психиатрическим симптомам [17]. Однако, возможно, подоб-

ное разночтение – естественное следствие невозможности сведения психопатологических феноменов, своеобразие которых образуется интегративным качеством переживания, к отдельным психологическим функциям, которые сами по себе могут подвергаться изолированному «объективному» рассмотрению.

К.Шнейдер (и его последователи, например, Г.Й.Вейтбрехт в «Основах психиатрии») исходил из всеобщей структурной теории, согласно которой все зависит от построения и охвата целого и целое больше, нежели сумма его частей. Он объединял психопатологические явления в три иерархически построенные группы, которые соответствовали его делению (нормальной) психики, различая: 1) виды переживаний (т.е. «элементы» старой психологии) – расстройства ощущений и восприятий, представлений и мышления, чувств и оценок, стремлений и воли; 2) основные (общие) свойства переживаний – переживания собственной личности (самосознание), переживание времени, память, психическая реактивность; 3) фон («оболочка») переживаний, т.е. временное или постоянное психическое состояние, на фоне которого протекает вся психическая деятельность, – внимание, сознание, интеллект, личность и т.п. Э.Я.Штернберг [27] в качестве положительной особенности этой схемы отмечал тенденцию к отходу от функциональной психологии, т.е. от рассмотрения психопатологических феноменов как нарушения той или другой изолированно взятой психической «функции». Справедливым он считал указание на трудность или искусственность отнесения наиболее распространенных психопатологических явлений к определенным нарушениям «психологических функций»; бред как психопатологическое явление не представляет собой, например, просто «нарушения мышления»; симптомы навязчивости не укладываются в расстройства определенных «видов переживаний» и т.д. Вывод Э.Я.Штернберга заключается в необходимости «описания психопатологических явлений как симптомов или симптомокомплексов в рамках конкретных психических расстройств», что может быть понято как потребность в отражении психиатрическими

категориями своеобразия, свойственного психопатологическим феноменам, в зависимости от природы основного расстройства меняющим свою сущность.

Впрочем, условность своей систематики, проистекающей из ее утилитарных целей, признавалась самим К.Шнайдером [25]: «Если мы до известной степени разложили на составные части единство психических функций, то только потому, что для того чтобы вообще что-то узнать, необходимо рассматривать функции по отдельности. Переходя от одной функции к другой, мы отдаем себе отчет в том, что эти функции – не части, которые можно суммировать, не элементы, которые можно извлекать по одному, не нанося ущерба целому... Отсюда следует, что границы отдельных разделов должны иногда стираться и пересекаться... психоз – это всегда общее изменение, и поэтому любое рассмотрение какого-то отдельного симптома лишь относительно оправдано».

Жесткая привязка психопатологического симптома к конкретной психологической функции приводит затем к созданию искусственных квалифицирующих категорий, подразумевающих простое сочетание психопатологических состояний, на самом деле являющихся компонентами неразрывного переживания. Неразложимость психопатологического переживания, которое не может без ущерба для его сущности быть привязано к конкретной психической функции, иллюстрируется динамическим анализом шизофренического параноида Ноде, который в комментарии А.Кронфельда [12] предстает следующим образом: совершенно неправильно в описании хронического галлюцинаторно-параноидного состояния изолировать друг от друга «параноидный» и «галлюцинаторный» синдромы. Напротив, оба ряда явлений имеют один корень, лежащий в единстве психотических состояний, их основной структуры и динамичности. Они всегда включены в сложное аффективно-интеллектуально-сенсорное общее состояние. Отдельные функциональные стороны этих состояний могут быть поставлены в тесную связь с галлюцинациями. Процесс «жвачки» мышления с сопутствующими ему

«грезоподобными воспоминаниями» создают динамическую основу для возникновения впечатлений и мыслей, приобретающих совершенно особый вид убедительности и реальности. Эти источники как для бреда, так и для галлюцинаций под влиянием автоматизма преобразуются в патологический феномен «непроизвольности» с впечатлением «идущего извне». Но это обстоятельство, однако, отступает далеко назад перед моментом переживаний, которые придают феномену значимость и, в свою очередь, влияют на психическую жизнь в целом.

Привычная опора на «психологический принцип» как основу систематизации психопатологических феноменов – свидетельство стагнации, которую переживает общая психопатология [21] и которая объясняет отказ от обобщающей группировки психиатрических симптомов [22], рискующей быть обвиненной в редукционизме. Более оправданным в этой ситуации выглядит обращение к симптомокомплексам, взаимосвязи между которыми более очевидны и имеют самостоятельное клиническое значение. К тому же синдромы как целостные образования более непосредственно отражают психопатологические переживания¹, напрямую соотносящиеся со своими условно-нормативными аналогами в виде таких сложных форм психической деятельности, как сон, переживание пространства и времени, рефлексивная активность и пр., доступных фило-онтогенетическому анализу. В свете подобного подхода аномальное переживание предстает в неразрывной целостности образующих его психологических функций, в основе искажения которых лежит общее патологическое звено. Именно это переживание поэтому способно стать основной структурной единицей квалификации психопатологического состояния, наиболее адекватно передающей аномальный субъективный опыт.

¹ Здесь и далее понятие «переживание» употребляется в ясперсовско-шнайдеровском смысле, имеющем в виду то, что возникает в субъективном пространстве человека, т.е. присутствует или происходит в его сознании.

Попытки увязать психопатологическое переживание с изолированным психическим процессом, сливающие их в единое понятие, в значительной мере противоречит феноменологическому подходу, избегающему опережающей концептуализации. К примеру, отсутствие единого понимания сущности феномена «уже виденное» отразилось на разнообразии дававшихся ему обозначений: двойного сознания, двойственного мышления, двойственного воспоминания, двойственного представления, двойственного восприятия, иллюзии неправильного узнавания, иллюзии памяти, идентифицирующих обманов воспоминания, ложного отождествления. Между тем, устоявшимся наименованием данного феномена оказалось именно «уже пережитое», как наиболее удачно отражающее субъективное переживание в его реальной целостности [11].

Однако несомненны и препятствия на пути осмысления психопатологического переживания как такового, что связано с затруднениями в их передаче пациентами и, соответственно, понимания и отражения их аномального психического опыта в однозначных категориях. Именно этот факт становится причиной полярно противоположных представлений относительно существа тех или иных понятий, что, в свою очередь, ведет к несогласованности диагностических позиций.

Одним из таких дискуссионных понятий стала деперсонализация (отчуждение Я), о которой, согласно К.Ясперсу, свидетельствовало отсутствие хотя бы одного из формальных критериев сознания Я (сознание активности, сознание единства, сознание идентичности и сознание Я в противоположность внешнему миру и другим людям). Однако К.Шнайдером была поставлена под сомнение сама возможность отсутствия этих критериев. Так, переживание существования (сознание активности), по его мнению,

не может отсутствовать, а может быть только «раздражено» (полусон, оглушенность), если человек находится в сознании. Жалобу же некоторых больных на то, что они больше не живут, нельзя принимать буквально, поскольку уже констатация этого факта возможна лишь при смутном переживании существования. Отграничение Я по отношению к внешнему миру и другим также никогда не исчезает, и даже описания экстатических пациентов или симптом «открытости мыслей» (приводившиеся в качестве соответствующих примеров) не свидетельствуют о потере «контура» Я. Точно также никогда не теряется сознание идентичности в течение времени: даже при тотальных амнезиях постоянство Я сохраняется, а при психотических переживаниях превращения «раннее» Я не исчезает, а продолжает существовать дальше; сообщения же больных о расщеплении и появлении различных личностей в разное время («множественная личность») К.Шнайдер вообще считал выдумками. Сомнительной представлялась ему возможность отсутствия критерия единства Я в одномоментном аспекте, поскольку даже в феномене аутокопии (видении своего двойника) Я остается в видящем себя самого. Наконец, в отношении критерия «сознания активности Я» (заменявшегося К.Шнайдером переживанием принадлежности или собственности Я), казалось бы, выпадавшем при феномене «сделанности», он замечал, что мы даже не знаем, идет ли при этом речь о действительно непосредственных, элементарных переживаниях, которые можно было бы сравнить с описанием феноменов нормальной психологии. По его выражению, эти переживания можно описывать только «негативной» психологией, т.е. психологически понятно описать вообще нельзя. Испытавшие подобные переживания вынуждены описывать их с нормально-психологической точки зрения, в связи с чем их нельзя понимать словесно-буквально.

Естественно, что подобные различия во взглядах на психопатологические состояния приводят к существенно разной диагностической практике: сторонники К.Ясперса, наблюдая выпадение всех пяти нормально-психологичес-

ких критериев сознания Я, будут описывать деперсонализационные феномены весьма широко у многих пациентов, в то время как последователи К.Шнайдера, признававшего возможность выпадения единственного преформированного им критерия активности (к тому же вызывающего большие затруднения в возможности его достоверного описания) будут тяготеть к сужению понятия деперсонализации и более редкой констатации этого феномена [17].

Данные препятствия порождают попытки их преодоления, одной из которых является клиническая семантика, рассматривающая нарушения речевого поведения в качестве отдельного предмета специального исследования. Здесь актуализируется проблематика десемантизации – утраты присущего словам смысла с формализацией коммуникативной функции речи, метаморфозы словесных смыслов и установления иного языкового статуса с утратой речью диалогической компетенции. Клинико-семантический подход позволяет совмещать несводимые друг к другу классы клинических и лингвистических понятий при изучении процессов патологического смыслообразования и предлагает методологию установления смысла и значения психопатологической лексики, выявления наиболее общих закономерностей, регулирующих употребление слов субъектом патологии. При этом подчеркивается, что субъективное чувство внутренней измененности не соответствует ограниченному ряду понятий обыденного знания о психической патологии, которые в какой-то мере соразмерны ее выраженным формам, но *не позволяют подойти к пониманию смысла первых, начальных признаков наступающих изменений внутреннего состояния*. В отсутствие или снижение интенции говорить высказывание не получает своего завершения и, следовательно, полноты смысла. К тому же психопатологические феномены несут в себе предельно малое смысловое значение [16]. В этой связи возникает необходимость семантического преобразования первоначального высказывания, которое не может быть взято непосредственно, в неизменном виде, поскольку речь идет о постижении смысла явлений, не получив-

ших образа и формы и находящихся вне всей совокупности предметов реального мира. Таким образом, неизбежна процедура герменевтического толкования состоявшегося описания психического состояния, обязательно предшествующая квалификации психопатологического феномена. Вытекающие из этого обстоятельства затруднения могут быть представлены в двух взаимосвязанных аспектах.

Во-первых, это – проблематичность схватывания актуального (в данный момент или, тем более, ретроспективно переживаемого) состояния во всей его целостности, со статической неразрывностью составляющих его структуру психопатологических феноменов. Выделение какого-либо из элементов может вести к преувеличению его значения и сказываться на разработке соответствующего данному состоянию определения. Так, хорошо известные критерии отграничения псевдогаллюцинаций от истинных (отличение от реальных объектов, расположение в субъективном пространстве, ощущение «сделанности», развитие на фоне ясного сознания) с акцентом на критерии «сделанности» псевдогаллюцинаторных феноменов не вполне соответствуют представлениям В.Х.Кандинского, который трактовал данный феномен как вторичное умозаключение вследствие навязчивых псевдогаллюцинаций слуха и навязчивых мыслей [18]. Он писал, что с интеллектуальным бредом тесно связаны и псевдогаллюцинации зрения, которые служат ему как бы иллюстрациями, при их появлении бред обрастает множеством побочных, часто наглядных бредовых идей, т.е. речь идет о детализации прежней чувственно-образной бредовой конструкции с помощью зрительных псевдогаллюцинаций и связанных с ними вторичных бредовых интерпретаций. Он расценивал феномен воздействия как рефлексивный акт, возникающий потому, что больной утрачивает чувство собственной внутренней деятельности. Таким образом, само определение «сделанное» подчеркивает, что речь идет о бредовой стадии развития патологического процесса, тогда как инициальные (добредовые) проявления психического автоматизма характеризуются чувством произвольности, ощущением

автоматически побуждающей насильственности, а в дальнейшем чуждости, однако не приписываются воздействию какой-то энергии, исходящей извне. Подобная бредовая идея представляет собой плод «логического» умозаключения, базирующегося на необычности и чуждости новых элементарных аффективно-идеаторных нарушений, вторгающихся во внутренний мир больного [1]. Специальные клинические исследования подтверждают, что характер «сделанности» не является обязательным компонентом псевдогаллюцинаций [8]. Таким образом, феномен внешнего воздействия, возникающий уже при качественном преобразовании дезавтоматизированной и уже «отчужденной» внутренней речи, не относится к сущностным ни психического автоматизма, ни даже псевдогаллюцинаций. Акцент на нем с игнорированием патологических явлений более раннего этапа, на котором формируются феномены, относящиеся к внутренней речевой категории, однако лишенные сенсорно-акустического признака (психические или неполные галлюцинации Байярже), может вести к несвоевременной диагностике психического автоматизма.

Тем более что и помимо этого здесь имеется свой круг диагностических проблем, нарастающих по мере приближения к начальной точке возникновения болезненного процесса. Например, высказывались предложения вообще отказаться от термина «псевдогаллюцинации» (в пользу просто галлюцинаций), так как различия между ними базируются на способности пациента давать точные ответы на трудные вопросы о характере своего переживания. При этом часто самому пациенту бывает трудно отличить, как он воспринимает галлюцинаторный объект: в реальном окружающем или в субъективном пространстве. Об этих сложностях отграничения психических галлюцинаций от «психосенсорных» говорил и сам автор дихотомии Байярже [18].

Особую трудность представляет выявление инициальных зрительных автоматизмов в силу их большей пластичности, структурности и естественности по сравнению с вербальными автоматизмами, из-за чего многие про-

явления зрительных автоматизмов, наблюдающиеся на начальных этапах психического заболевания, нередко не квалифицируются как автоматизмы. Речь идет об элементарных зрительных видениях типа фосфенов и фотопсий, которые по существу представляют собой феномены дезавтоматизации, но из-за своей элементарности и наглядности нередко расцениваются и больными, и врачами в качестве нарушения периферической части анализатора [1].

Наконец, отказывая сенестопатическим автоматизмам в принадлежности к галлюцинациям (поскольку анализатор внутреннего мира отражает последний по сравнению с анализаторами внешней среды глобально, в виде «валового», «темного» ощущения, т.е. менее дискретно и не предметно, в силу чего не может быть и его патологического образа в виде галлюцинаций), А.К.Ануфриев [1] расценивал некоторые утверждения больных в качестве либо чисто метафорических выражений необычного внутреннего ощущения, либо патологического умозаключения о наличии чего-то постороннего внутри, сделанного на основании подобного же ощущения. Несмотря на настойчивость больных, упорно доказывающих, что они не просто полагают, но и совершенно явственно ощущают внутри полостных органов или определенных частей тела тот или иной предмет или же отчетливо воспринимают собственный внутренний орган в той или иной необычной форме, он утверждал, что висцеральных (как и интероцептивных или эндосоматических) галлюцинаций не существует. Отсутствие в интероцептивном анализаторе дискретно-предметной перцепции позволяет в подобных случаях воспользоваться понятием экстракампинности (определяющем галлюцинации, возникающие в непредназначенном для них поле восприятия), относя этот ряд явлений к тактильным галлюцинациям, ибо больные, констатируя признак предметности, говорят об осязаемости, которая также не свойственна внутреннему анализатору. Однако разграничить здесь субъективное с «объективным» не удастся ни исследующему психопатологу, ни исследуемому пациенту, хотя последний, особенно когда совершенно

утрачивает критику, настаивает на реальности воспринимаемого. Это же в равной мере мешает констатации таких феноменов, как экстракампинная галлюцинация, т.е. тактильный обман [1].

Во-вторых, важным является взятый в рассмотрение временной отрезок аномального переживания, подверженного неизменному саморазвитию и трансформирующегося в своих составных психопатологических компонентах, связанных между собой во взаимных динамических переходах. От слияния в едином понятии переживаний, разнесенных друг от друга во времени, будут зависеть как соотнесение психопатологического феномена с той или иной сферой психической деятельности, так и понимание его взаимосвязей с иными аномальными состояниями. В этих условиях особенно необходимым становится четкое очерчивание психических состояний не только в их дифференциации друг от друга («феноменологические провалы»), но и во внутренней взаимосвязи и упорядоченных последовательностях («феноменологические переходы») [29]. Это определяет потребность в особой квалификации, представляющей наибольшую сложность опять же в отношении инициальных психопатологических проявлений.

Так, А.К.Ануфриев [1] считал, что обнаружение истинных галлюцинаций раньше ложных относится к сугубо субъективному казусу, обусловленному тем, что в период обострения процесса до этого момента не выявленные вследствие их рудиментарности или диссимуляции больными псевдогаллюцинации преобразуются в истинные, а по миновании обострения они вновь приобретают свои прежние качества, в связи с чем принимаются за вторичные. В других случаях за истинные галлюцинаторные явления принимаются очень яркие и образные псевдогаллюцинации на основании ошибочных ответов больных, не делающих между ними различия. На самом же деле, по его мнению, сначала появляются псевдогаллюцинации, а потом истинные: возникновение и динамика слухового галлюциноза закономерно происходят в направлении от голоса внутри к голосу во вне, о чем можно судить по нараста-

ющей дезавтоматизации внутренней речи и постепенному насыщению ее оттенками и признаками речи внешней (т.е. сенсориальным колоритом).

Больные с ярко выраженным синдромом отчуждения (деперсонализацией) в непсихотическом периоде ощущают потерю реальной действительности и борются с ней, однако в психотическом состоянии они переживают как бы возвращение «действительности», но уже новой, бредовой, отрицающей настоящую. Такой психотический сдвиг, приводя к коренному изменению личности, в субъективных высказываниях проявляется в отрицании и маскировке тех жалоб, которые высказывались в предшествующий период. Если ранее больной критически подходил к признакам отчуждения, оценивая их как проявление болезни, то теперь он их принимает за непреложную достоверность. При этом происходит патологическая компенсация (за счет возникновения новых автоматизмов и некоторой интеграции высших функций на искаженной бредовой основе) произошедших сдвигов в основных психических функциях, которая создает ложное впечатление расстройства содержания сознания при сохранности самих этих функций [13].

Говоря, что изучение психопатологии и клиники психического автоматизма еще далеко от завершения, А.К.Ануфриев [1] подчеркивал, что явления психического автоматизма в целом не совсем укладываются в рамки, определяемые понятием «синдром», ибо они представляют собой такую динамическую серию расстройств саморазвивающегося патологического процесса, которую с полным правом можно подразделить на целый ряд переходящих друг в друга симптомокомплексов.

Для Г.Клерамбо малый психический автоматизм представлял собой инициальную стадию хронических галлюцинаторных психозов с медленным, постепенным развитием, долгое время существующую в чистом виде. Первоначально малый психический автоматизм включает в себя: 1) чисто вербальные феномены: «взрывчатые» слова, игру слогами, поток слов, «нелепицу»; 2) чисто пси-

хические феномены: остановку абстрактного мышления, бессловесное развертывание воспоминаний, абстрактные интуиции и, более поздние, – 3) идеовербальные феномены: комментарий действий и воспоминаний, вопросы, отвечающие мысли. И только затем прогрессирует тенденция к вербализации, мышление становится постепенно слуховым или вербально-моторным, формируется голос, что свидетельствует о становлении общего психического автоматизма. При этом он полагал, что большинство идеовербальных процессов психического автоматизма присутствует в игре нормального мышления в редуцированной форме и возникает изредка в состояниях усталости, бессонницы, в гипнагогических состояниях, интоксикациях, но при синдроме психического автоматизма эти феномены становятся «нормой». При патологическом мышлении они умножаются, расширяются, интенсифицируются, добавочное одерживает победу над эссенциальным [18]. Теснейшая связь расстройств мышления и тех проявлений психического автоматизма, которые традиционно относятся к сфере восприятия, подтверждалась неоднократно. Так, Л.А.Иванова [8], анализируя в качестве комплексных характеристик, конструирующих основу слухового галлюцинаторного образа, перцептивную и личностно-оценочную, в рамках слуховых галлюцинаций, связанных с субъективным пространством и не обладающих сенсорной реальностью (псевдогаллюцинаций), выделила «акустически ущербные» обманы слуха. При данном варианте патологические феномены имели внутреннюю локализацию и воспринимались «внутренне», «душой», «шестым чувством», «интуицией». Часто обманы слуха были лишены звука и назывались больными «неозвученными», «безголосыми» голосами, «голосами души», «голосами совести». Больные называли их голосами, т.к. не могли найти более удачного выражения. Чувственно тембровая окраска отсутствовала, но ложные образы носили характер воспринимаемых феноменов: «беззвучные голоса», «беззвучные внушения» (т.е. отвечали понятию «психических галлюцинаций» Байярже). Тем самым все многообразие галлюцинаторных

явлений (от истинных до псевдогаллюцинаций) предстает в виде непрерывного ряда психопатологических переживаний вплоть до перцептивно-незавершенных, акустически ущербных, связанных с субъективным пространством феноменов, которые по своим структурным качествам приближаются к нарушениям мышления.

В целом псевдогаллюцинации Кандинского занимают промежуточное положение между представлениями и восприятиями, и он сам подчеркивал, что они ближе не столько к расстройствам восприятия, сколько к расстройствам мышления, и настолько же далеки от галлюцинаций, насколько вообще представление, воспоминание или фантазии далеки от объективной реальности [10]. В итоге феномен Кандинского оказывается ближе к разряду патологии мышления, рефлексии и непосредственно не связан с экстероцептивными восприятиями.

Таким образом, единый ряд психопатологических явлений, проистекающих из одного источника и имеющих общую природу, перетекающих друг в друга в ходе поступательной динамики болезненного процесса, при наделении обозначениями отдельных звеньев этой цепи и их привязки к конкретным психологическим сферам (мышление или восприятие) искусственно разрывается. Такой распад общего психопатологического явления на отдельные фрагменты может препятствовать учету тех взаимосвязей, которые между ними реально существуют. Несомненна правота К.Шнайдера [25], писавшего, что «даже если почти везде в клинической психопатологии известны непрерывные ряды переходов... и понятийно разъединенное в психопатологической симптоматике связано внутри— и межиндивидуальными переходами, то все же психопатология должна пытаться проводить ясные понятийные разграничения». Разграничение как неизбежный элемент познания, однако, не оправдывает ожиданий, что с помощью этих усилий всегда можно получить однозначный ответ и принять решение в каждом конкретном случае.

Например, А.К.Ануфриев [1] указывал, что с пси-

хо— и общепатологических точек зрения одним из неразрешенных и трудных является вопрос о соотношении явлений психического автоматизма с феноменом деперсонализации. По его мнению, деперсонализация и психический автоматизм представляют собой продукцию одного и того же процесса, но не являются идентичными хотя бы потому, что деперсонализация бывает и без патологического автоматизма, тогда как последний без деперсонализации не встречается никогда. В этой связи вопрос, в какой последовательности по отношению друг к другу возникают деперсонализация и патологический автоматизм, остается спорным. «Малому автоматизму» обычно предшествует тягостное самочувствие (диссенестезия), которая сопровождается чувством соматопсихической измененности и иного самосознания. При этом у больного еще нет чувства чуждости собственных психических процессов, хотя имеется смутное ощущение их произвольности, и тем более представления о каком-то влиянии на них извне. Деперсонализация, отражающая негативную сторону психической болезни, по-видимому, возникает первично и в дальнейшем по мере развития психических автоматизмов прогрессирует, создавая тем самым впечатление о картине заболевания в целом как о патологии ядра личности [1].

Единство возникающих на этой первооснове психопатологических феноменов (сенестопатических, витальной аффективности, псевдогаллюцинаторных, навязчивых и др.) получает объяснение в концепции протопатического симптомокомплекса. В ней целый ряд синдромов объединяется в группу идеоаффективных и идеовербальных явлений, отражающих протопатический (филогенетический) сдвиг личности в сторону аффективности с интенсивным, преимущественно тягостным и неприятным тоном аффективных переживаний, преобладающей ролью ноцицептивных эмоций, расплывчатостью и неточностью ощущений, иррадиацией и причудливостью их сочетаний, многочисленными и разнообразными висцеральными переклечениями, наличием своеобразных и многочисленных парестезий, распространением обезличенных пережи-

ваний по типу отраженных явлений и т.д. [28]. Если учитывать, что выработка тонкой эпикритической чувствительности сводится к понижению порога раздражения по отношению к легким осязательным раздражениям, то ее психическим коррелятом становится различение качества предмета, а сдвиг к недифференцированным аффектам приводит к типам переживания, отражающим «соматопсихические переключения» и образующим изначальный сенестопатический фон психопатологических состояний [2]. Именно в этой точке, сближающей депрессивную эмоцию с болевым ощущением, если и не снимается, то сглаживается картезианский дуализм психофизиологической проблемы с его противопоставлением телесного и духовного и получает некоторое оправдание телленбаховский «эндон» (несмотря на всю иронию К.Шнайдера) в качестве равноправного основания наряду с соматологической и психологической систематизацией, усматривающего причинную область эндогенных психозов в «еще не разделенном единстве тела и души».

Таким образом, возможен ряд подходов к отражению психопатологических феноменов, среди которых «психологический» (возможно, и неизбежный) не отвечает богатству и сложности наблюдаемых вариантов субъективного опыта. Обязательным является создание дополнительного принципа группировки психопатологических состояний, ориентирующегося на структуру первоначального аномального переживания с различением последующих состояний по мере удаленности от него, когда значимой становится степень структурной близости или даже совпадения с ним вновь формирующихся расстройств, а не простое обрамление симптома тем или иным сочетанием иных психопатологических феноменов. Представляется, что этой цели наиболее соответствует структурно-динамический анализ, позволяющий, с одной стороны, проследить саморазвивающийся процесс во взаимном единстве пересекающихся и переходящих друг в друга психопатологических состояний, что, с другой стороны, одновременно помогает выделять ту совокупность переживаний, которая, определяя их общность, дифференцирует их от аномального психического опыта иной нозологической природы.

В конечном счете, нозологическая дифференциация болезненных психических расстройств, в основе которой – сходство клинических картин при всем их индивидуальном своеобразии,

единые стереотипы синдромообразования и форм течения, требует максимальной четкости квалификации психопатологических феноменов. В этой связи не кажется столь уж радикальной точка зрения Н.С.Румке (цит. по [26]), отстаивавшего решающее значение клинического описания и клинической дифференциации психозов для их нозологической классификации. По его словам, «выход из хаотического состояния проблемы шизофрении ведет через новые попытки точного ее клинического описания». При этом важно помнить, что «трудности определений не должны служить препятствием для исследователей, стремящихся к описанию. Только через это может быть создана терминология психологических феноменов» [14].

Литература:

1. Ануфриев А.К. Психический автоматизм и синдром Кандинского-Клерамбо (спорные вопросы феноменологии и психопатологии). – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1979. – Т.79. – Вып.9. – С.1397-1405.
2. Аствацатуров М.И. Об антагонистическом взаимодействии между различными видами чувствительности. – Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1933. – Т.II. – Вып.8-9. – С.1-13.
3. Биbihин В.В. Ранний Хайдеггер: Материалы к семинару. – М., 2009. – 536 с.
4. Босс М. Влияние Мартина Хайдеггера на возникновение альтернативной психиатрии. – Логос. – 1994. – №5. – С.88-100.
5. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении. – Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1932. – Т.1. – Вып.8. – С.352-364.
6. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении. – Современные проблемы шизофрении. – М.-Л., 1933. – С.19-28.
7. Гиппс Р., Фулфорд Б. Понимание клинической концепции бреда: путь от изолирующей к вовлекающей эпистемологии. – Независимый психиатрический журнал. – 2007. – II. – С.27-37.
8. Иванова Л.А. К вопросу о систематике и классификации обманов слуха. – Вопросы общей психопатологии (под ред. О.П.Вертоградовой). – Вып.II. – М., 1976. – С.41-49.
9. Из бесед М.Хайдеггера с М.Боссом. – Логос. – 1994. – №5. – С.108-113.
10. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. – М., 1952. – 175 с.
11. Кашкарова Т.К. Различные формы обманов памяти и их соотношение с симптомами «уже пережитого» и «уже виденного». – Психиатрическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности. – Сб. трудов психиатрической клиники (под ред. И.Ф.Случевского). – Вып.3. – Л., 1959. – С.53-70.
12. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. (1940) – Он же. Становление синдромологии и концепции шизофрении. – М., 2006.
13. Меграбян А.А. Деперсонализация. – Ереван, 1962.
14. Майер-Гросс В. Феноменология аномальных переживаний счастья. – Независимый психиатрический журнал. – 2009. – II. – С.17-25.
15. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. – С.-Пбг, 1999. – 606 с.
16. Микиртумов Б.Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. – Изд. 2-е. – СПб, 2007. – 216 с.
17. Пятницкий Н.Ю. Номиналистические аспекты клинической психопатологии. – Российский психиатрический журнал. – 2002. – №5. – С.19-22.
18. Пятницкий Н.Ю. Номиналистические аспекты клинической психопатологии: псевдогаллюцинации и синдром психического автоматизма. – Российский психиатрический журнал. – 2008. – №4. – С.53-58.
19. Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального анализа. – М., 1985. – 175 с.
20. Снежневский А.В. Клиническая психопатология. – Руководство по психиатрии. – Т.1. – М., 1983. – С.16-53.
21. Тиганов А.С. Общая психопатология: Курс лекций. – М., 2008. – 128 с.
22. Тиганов А.С. Клиническая психопатология. – Руководство по психиатрии. – Т.1. – М., 1999. – С.27-77.
23. Хайдеггер М. Бытие и время. – М., 1997. – 451 с.
24. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – Изд. 2-е. – М., 2009. – 215 с.
25. Шнайдер К. Клиническая психопатология. – Киев, 1999. – 236 с.
26. Штернберг Э.Я. Экзистенциализм в современной зарубежной психиатрии. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1963. – №10. – С.1570-1582.
27. Штернберг Э.Я. Еще раз о современной западногерманской психиатрии. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1964. – №8. – С.1253.
28. Эпштейн А.Л. О протопатической природе синдрома душевного автоматизма. – Невропатология и психиатрия. – 1937. – 5. – С.19-33.
29. Ясперс К. Общая психопатология. – М., 1997. – 1056 с.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНА-
ЛИЗ И ОСНОВНОЕ РАССТРОЙСТВО

(СООБЩЕНИЕ 1)

Отсутствие общепринятых и устойчивых определений психических расстройств, и в первую очередь – шизофрении, зависящих от разброса концептуальных предпочтений, ведет к суждениям об «относительной беспомощности клинического подхода» [11]. Звучат пессимистические высказывания, что «наш диагностический золотой стандарт потускнел», хотя «замена его другим набором субъективных критериев была бы сопоставима с перестановкой стульев на палубе “Титаника”» [24].

Правда, подобные оценки вступают в некоторый диссонанс с признанием, что самые последние «нашумевшие» биологические гипотезы механизма развития шизофренического симптомокомплекса удивительным образом согласуются со «старыми работами немецких авторов», а также отечественной патопсихологии об основном расстройстве [11]. Тем самым признается, что именно клинический метод позволил в свое время подступиться к адекватной интерпретации лежащих в основе психопатологических феноменов базисных механизмов, задолго опередив современные биологические изыскания с их впечатляющим – генетическим, нейрохимическим, нейрофизиологическим и нейровизуализационным – арсеналом исследований. Если это так, то можно ли о нем говорить как о «беспомощном», или же речь идет о последовавших его искажениях, приведших к утрате каких-то основополагающих принципов, причем тех, которые и определяли его продуктивный характер?

В наиболее наглядном виде это может быть прослежено на примере структурно-динамического анализа, представляющего собой особый этап клинико-психопатологического исследования синдромов, тесно связанный с герменевтическим толкованием и выявлением смысла симптомов, выражающегося в их квалификации. Недаром утверждалось, что деление на симптомы в смысле «элементарных» единичных проявлений и синдромы в смысле «единств второго порядка» неосуществимо и может иметь лишь условное значение. Не существует вообще «единичных симптомов», которые остаются искусственной абс-

тракцией и которые выделяются (обозначаются) лишь в контексте всей картины заболевания, поскольку невозможно констатировать изолированный симптом вне зависимости от всей цепи проявлений болезненного состояния. Исходя из этого разница между понятиями «синдрома» и «симптома» относительна, и в этом смысле синдромология является исследованием симптомов с точки зрения межфункциональных соотношений [6].

Упрощение метода

Послевоенное развитие зарубежной психиатрии, уводившее от классических принципов психопатологического исследования, привело к «отчуждению клинической психиатрии от ее корней в виде психопатологии и клинической феноменологии», которые стали «практически скрытым предметом для многих (если не для большинства) студентов и психиатров-стажеров» [22]. Итогом явилась «сильная примитивизация диагностического процесса» в силу возобладавшей тенденции группировать симптомы горизонтально, как если бы они были одинакового диагностического веса [25], что в конечном счете было воплощено в психиатрическом разделе МКБ-10.

На сегодняшний день стало уже очевидным, что возобладавший операциональный подход к диагностике, обеспечивая ее надежность, не гарантирует обоснованность: «Психиатрические диагнозы имеют произвольные формулировки и не существуют в том смысле, в котором существуют психопатологические феномены», как они «наблюдаются и переживаются». В результате «отсутствует нозологическая достоверность диагностических категорий, которые являются произвольной психиатрической трактовкой абстрактных понятий» [5]. Операциональные критерии, создавая иллюзию надежности диагностики, не могут снять проблему достоверной клинической квалификации психопатологических феноменов, основанной на оценке всего состояния в его сложных структурно-синдромальных взаимосвязях, когда трактовка выявляемого симптома зависит от его положения в контексте целостного переживания. Психические нарушения могут быть компонентами клинической картины различных по этиологии расстройств, хотя констатация такой возможности сама по себе не является информативной в отношении своеобразия морбидного оформления нарушений или их связей (генетических, предиспозиционных, патопластических) с другими свойственными нозологии психопатологическими

проявлениями. Прodeкларированные при разработке современной классификации принципы воспроизводимости ее таксонов и стандартизации диагностических подходов ориентированы на внешние (описательно однородные) признаки расстройств, оставляя за рамками вопросы их этиологии и патогенеза.

В последние годы надежды возлагаются на дименсиональный подход, который позволяет рассматривать позитивные, аффективные, негативные, когнитивные и другие расстройства в картине шизофрении в качестве относительно независимых размерностей – дименсий. Данная модель явилась результатом обнаружения избирательного фармакологического влияния на определенные психопатологические структуры, в связи с чем дименсиональные психопатологические образования стали соотноситься с выделением дифференцированных целевых симптомокомплексов [17]. Мультидименсиональные модели, опирающиеся на операциональные диагностические критерии и отрицающие наличие четких границ между отдельными диагностическими категориями, нормой и патологией, также противостоят традиционному категориальному подходу, подразумевающему выделение наиболее общих свойств и связей различных проявлений заболевания, т.е. клинико-психопатологический анализ [20]. Они полностью размывают классификационные границы, означая в том числе отход от понимания шизофрении как иерархического единства.

Общая тенденция изменения процедур, посредством которых осуществляется диагностика, выразилась и в создании психометрических техник на основе все тех же операциональных критериев – дискретных квантифицированных характеристик нарушения психических функций, фиксация и измерение которых ведут к постановке диагноза вне зависимости от теоретических установок в отношении понимания их клинической сущности. Предполагается, что операциональная оценка клинических признаков и выявление имплицитных связей и зависимостей внутри их групп на основе математического ана-

лиза служат предпосылками для получения достоверных клинических сведений и понимания патогенетических механизмов болезненного процесса.

Между тем, высказывались многочисленные критические замечания по поводу адекватности и возможного объема использования в процессе клинико-психопатологического исследования подобных диагностических инструментов. Так, указывалось, что отнесение той или иной формы нарушений к позитивным или негативным симптомам производилось создателями упомянутых шкал в соответствии с упрощенным пониманием первых как явлений, имеющих только у больного человека по сравнению со здоровым, а вторых – как функций, присутствующих в норме и утраченных вследствие психического расстройства [10]. Требуемый при заполнении PANSS подход к оцениваемому симптому называется «формальным», исключая возможность «трактовать то, что видишь». Это приводит, например, к необходимости при наличии депрессивной симптоматики высоко оценивать такие пункты негативной подшкалы PANSS, как «притупленный аффект», «эмоциональная отстраненность», «трудность в общении», нередко – «пассивно-апатическая социальная отгороженность». Таким образом, при оценке по PANSS возможно изолированное существование негативной симптоматики без симптомов депрессии, но невозможно наличие депрессии без негативной симптоматики [14]. По сути, это все тот же вариант нарушения клинического анализа синдрома, представляющего собой специфическую структуру и являющегося первичной целостностью по отношению к своим элементам – симптомам, которые приобретают свой смысл только в контексте этого синдрома. Это серьезно затрудняет интерпретацию данных в фармакологических исследованиях. Так, в цитируемой работе терапевтический эффект оказался взаимосвязан с фоновыми проявлениями возбуждения, кататонии (манерность), депрессии или негативной симптоматики. Эти группы симптомов, однако, оказалось трудно достоверно оценить в изолированном, вырванном из контекста конкретной клинической ситуации, случае.

Симптом заторможенности в рамках данной корреляционной матрицы был достоверно взаимосвязан как с вышеупомянутыми проявлениями негативной симптоматики, так и с депрессией или с кататонией. Это вполне очевидно клинически, поскольку моторная заторможенность может наблюдаться и в рамках кататонического синдрома, и при депрессии, а учитывая формализованность оценки пунктов PANSS, может характеризовать и поведение больного с выраженной негативной симптоматикой. То же верно и в отношении возбуждения, которое может быть проявлением не только продуктивных расстройств, в подшкалу которых входит, но и кататонических нарушений, и ажитации при депрессии. Симптомы, относящиеся к негативной подшкале, при наличии у пациента депрессии могут характеризовать депрессивный статус, а не дефицитарные расстройства. Тем самым недостатки шкалы PANSS приводят к невозможности выявления влияния комбинированной терапии на первичную негативную симптоматику. В целом показана невозможность в рамках шкалы PANSS четкого разграничения депрессивной и негативной симптоматики, то есть методическая сложность разграничения первичной и вторичной негативной симптоматики [14].

Один из наиболее существенных недостатков современных диагностических систем, основанных на операциональном принципе, – отказ от анализа причинно-следственных отношений симптомов с признанием равнозначности их диагностического значения («весовых коэффициентов») в структуре синдрома. Несмотря на разделение симптомов на группы в зависимости от их клинической значимости, психопатологический синдром в операциональной диагностике понимается «как свободное сочетание симптомов» с отказом от выделения ведущего симптома, выполняющего синдромообразующую функцию. Подобная диагностика может объединять в гомогенную совокупность расстройства, являющиеся в действительности гетерогенными, что не позволяет достичь такого важного для доказательного метода исследования параметра, как информативность. Информативность метода

должна обеспечивать отражение наиболее существенных характеристик объекта исследования, что применительно к клинико-психопатологическому исследованию предполагает выделение основных сущностных характеристик и признаков психопатологических симптомов и синдромов [9].

Несмотря на самобытность развития в тот же исторический отрезок отечественной психиатрии, декларировавшей приверженность классической немецкой психопатологии, можно усмотреть ряд постепенно намечавшихся точек ее сближения с западными тенденциями. Программные для советской психиатрии положения, сформулированные в начале 1960-х годов, подразумевали ошибочность позиции психиатров, «подменявших изучение последовательной закономерности смены синдромов в течении той или иной болезни исследованием так называемого “ведущего синдрома”». Утверждалось, что «такого рода изучение неизбежно приводит к концепции единого патогенеза нозологически разных болезней, с низведением нозологии к синдромологии». Допускалось патогенетическое сходство одноименных состояний при разных нозологических формах психических расстройств, хотя «эта патогенетическая схожесть касается лишь синдрома, одного только этапа течения заболевания, а не всей болезни в целом». Хотя и упоминалось, что «такая схожесть и клинически, а соответственно этому и патогенетически лишь частичная» (что казалось бы, должно было восстановить «ведущий синдром» как элемент структурного анализа в его правах), тем не менее, клиническое различие виделось всего лишь в разном наборе симптомокомплексов, приводящем в ряде случаев к образованию более сложного, так называемого «большого» синдрома, «в основе которого лежит большее участие систем и видов нарушения высшей нервной деятельности». Такое понимание уже не нуждалось в тонкой клинической нюансировке качественно различных переживаний, составляющих сущность одноименных синдромов, поскольку они признавались почти неразличимыми клинически и практически идентичными по механизму

образования. Различие же между ними сводилось к разному соседству с другими симптомокомплексами, создававшему конгломераты облигатных и факультативных симптомов, которые отражали «предпочтительность» проявления болезни вследствие «избирательности поражения головного мозга соответствующей вредностью» [18]. Речь уже скорее шла именно о симптомокомплексах, т.е. о не объединенных какой-либо связью или происхождением сочетаниях симптомов, нежели о синдромах, структурные элементы которого объединены родством происхождения и потому представляют не просто «конгломераты», а патогенетическое единство. Такой подход выводил из клинического анализа «различение непосредственных, “первичных” и “вторичных”, “непрямых”, “патопластических” и “реактивных” симптомов или синдромальных проявлений», задающих структурную иерархию синдромов [6].

Попытки сочетания структурного («статического синдромального») и динамического подходов были объявлены «непродуктивными» как «механические», поскольку де «структура синдромов, определяющих в классическом крепелиновском смысле принадлежность к той или иной форме, при различных типах течения болезни оказывается настолько различной, что такое объединение становится искусственным». Утверждалось, что хотя «попытки выделения форм на основании более тонких синдромальных различий дают возможность ближе подойти к естественной дифференциации..., однако... становится неизбежным выделение очень большого числа форм с учетом значительного синдромального полиморфизма, характерного для шизофрении. Вместе с тем грань между более или менее важными различиями, существующими между этими формами, стирается... часть выделенных при таком подходе форм обнаруживает определенное групповое единство, которое выражается во взаимопереходах, стадийном развитии. В то же время одни группы резко отличаются от других как по синдромальным особенностям, так и по закономерностям дальнейшего течения» [13]. Как видим, смещение основного акцента на критерий течения исходил из

представления о «полиморфизме» как о не поддающемся внутренней структурной дифференциации наблюдаемых клинических образований. Опасения, что клиническая дифференциация шизофрении с опорой на синдромальные различия приведет к ее раздроблению на множество вариантов, грани между которыми неизбежно стираются, привели к концепции шизофрении, суть которой состояла в том, что внутренне согласованный, слитный с частными проявлениями общий стереотип развития болезни заключается в последовательной смене синдромов. Симптомы же, выражая расстройство функции какого-либо органа или системы организма, возникают и обретают свое специфическое «знаковое бытие» только в рамках особого вида движения синдрома. Внутреннее соотношение элементов синдрома также определяется этапом течения, и именно видоизменение синдрома в процессе развития болезни отражает его нозологическую принадлежность.

В этих закономерностях последовательной смены синдромов в полном соответствии с концепцией Д.Джексона, как известно, особая роль отводилась соотношению образующих единство, но не тождественных расстройств – позитивных и негативных, которые в дальнейшем в качестве общепатологических синдромов были подвергнуты ранжированию по регистрам степени тяжести. Подразумевалось, что каждый отдельно взятый синдром шизофрении как прогрессивного заболевания представляет собой единство преходящих или стойких патологически продуктивных (позитивных) и негативных (изъян, дефект, выпадение) симптомов. Именно данные представления предопределили понимание и «усовершенствование» структурного анализа синдромальных проявлений, заключавшееся в «переходе от суммарного учета ведущего в синдроме продуктивного психопатологического расстройства к разграничению их позитивных и негативных элементов и анализу структурного единства позитивной и негативной симптоматики в рамках того или другого синдрома» [21]. Примечательно, что как раз в этом вопросе приоритет отечественной психиатрии (прежде всего в лице

А.В.Снежневского) признается авторами дихотомической модели, построенной с использованием операционального подхода и подразделяющей шизофрению на позитивную и негативную. Это сближение, правда, возможно с важной оговоркой: А.В.Снежневским соотношение позитивных и негативных расстройств интерпретировалось как интегративное единство, что и оправдывало их особую роль в структурном анализе, тем более с учетом того обстоятельства, что одни из них (негативные симптомокомплексы) выступают в качестве «первичных», «базисных» в эндогенном синдромогенезе и потому более специфичны в нозологическом отношении, нежели другие (позитивная симптоматика). Для сторонников же клинической дифференциации позитивной и негативной шизофрении манифестация этих полярных симптомокомплексов может интерпретироваться как отражение двух различных патологических процессов [10; 16].

Между тем, и в том, и в другом случаях речь шла в первую очередь об интранозологической дифференциации, тогда как на втором плане оказалась основная цель – внесение единства в многообразие клинических форм и течений шизофрении [8]. В стороне осталось важное положение Э.Крепелина об относительной специфичности синдромов, в соответствии с которым глубокие различия между болезненными процессами должны придавать каждому отрезку течения заболевания (т.е. синдрому) своеобразную, хотя и трудно уловимую «окраску»: «рассматриваемые как идентичные синдромальные проявления, как только они изучаются в рамках различных заболеваний, отличаются друг от друга более тонкими нюансами» [21]. Данное положение преобразовалось затем в концепцию основного расстройства, к которому, однако, сформировалось весьма скептическое отношение, поскольку оно «в лучшем случае остается в пределах наглядного представления о некоторых особенностях шизофренических расстройств» и «может быть оправдано лишь в качестве одной из описательных характеристик шизофренических нарушений, облегчающих отличие их от расстройств, свой-

ственных другим болезням» [19], т.е. не имеет отношения к этиопатогенетическим механизмам. Так был разрешен давний спор не в пользу понятия основного расстройства как такового, хотя еще А.Н.Залманзон [3], оппонировав М.О.Гуревичу, утверждал, что «отрицание основного расстройства характерно для механистических концепций, игнорирующих специфичность шизофрении с отнесением ее в разряд обычных органических заболеваний цнс», а его отношения с синдромом видел в том, что «структура синдрома... выражает измененную патологически деятельность всей нервно-соматической структуры в целом», тогда как «Grundstörung является отражением специфической нервно-соматической структуры в результате деструктивных процессов, поражающих определенные системы».

Попытки интерпретации наблюдаемого клинического полиморфизма шизофрении путем поиска основного, первичного расстройства стали объявляться безуспешными и «сосуществующими» с нозологическим учением [2]. Вопреки подобным утверждениям о противостоянии данного понятия нозологическому подходу, определение основного расстройства (первоначально введенного Е.Блейлером именно в качестве критерия нозологического) как центрального соматогенного фактора и объяснение таким образом первичных синдромов, по мнению А.Кронфельда [6], снимает мнимые принципиальные разногласия между клинической нозологией и синдромологией. Тогда остаются две большие группы синдромов: 1) непосредственные синдромы отдельных клинических форм нозологического процесса; 2) синдромы компенсации – как церебрально-физиопатологические (по Джексону), так и реактивные. Клинико-описательно обе группы определяются как облигатные (обязательные) и факультативные синдромы клинико-нозологической единицы или группы.

Устоявшаяся в отечественной психиатрии клинико-динамическая парадигма изменила структурный анализ, по крайней мере, в его существенных звеньях – изучении внутренних взаимосвязей психопатологических феноменов в рамках единого синдрома, и, следовательно-

но, исследовании механизмов синдрообразования. Синдромальный анализ во многом свелся к перечислению различных симптомов и симптомокомплексов как просто параллельно сосуществующих, однако, внутренне не связанных друг с другом, а лишь отражающих уровень (регистр) поражения. Соответственно и сам анализ синдромакинеза претерпел серьезные модификации, поскольку поступательное движение синдромальных состояний, определяемое закономерностями внутренних преобразований, казалось теперь всего лишь чередой относительно автономных, почти независимых друг от друга клинических состояний, подверженных видоизменениям «вследствие появления новых элементов (симптомов) и изменения их внутреннего соотношения». Подобное понимание привело к размыванию «жестких и непроходимых границ» между отдельными симптомами, трансформация которых ограничивалась лишь «пределами того или иного расстроенного психического процесса» [19]. Возрос риск суммарной синдромальной оценки, основанной на отдельных структурных элементах и ориентирующаяся на наиболее заметное, яркое расстройство, что не позволяет ухватить своеобразие клинической картины и затрудняет установление внутрисиндромальных связей. Подобное стирание своеобразия психопатологической структуры препятствует клинической дифференциации болезни на основе единства клинической картины и течения и порождает особый стиль описания в виде «хаотического ландшафта», «груд» симптомов [15].

Продвижение в области биологических исследований требует все более тонких и обоснованных клинических различений изучаемых состояний. Возрастает число сторонников того мнения, что «все виды исследований, основанные на недостоверных диагностических категориях – эпидемиологические, этиологические, патогенетические, терапевтические, биологические, психологические и социальные – также являются недостоверными» [5]. Препятствием к сопоставлению клинических и нейробиологических исследований является и недостаточная

концептуализация, отсутствие теоретической базы, в частности, проявляющей клинические случаи, соответствующие критериям нескольких диагностических категорий и рассматриваемые в настоящее время в качестве «переходных» форм либо с позиций концепции «коморбидности». Последняя в свое время заступила место структурного анализа, хотя «этот термин, допускающий различные интерпретации, больше запутывает все, чем вносит ясность...» и как минимум требует дальнейшей квалификации. Связи между различными клиническими категориями могут быть вертикальными, т.е. иерархическими (по сути, отражая прямое или косвенное следствие патофизиологии заболевания), или горизонтальными в случае различных проявлений общей биологической дисфункции, либо отсутствовать при независимых патологических проявлениях. Одной из возможных является интерпретация, подразумевающая иерархический порядок синдромов, в котором один из многих синдромов первостепенен, а остальные вторичны, т.е. вторичны к причине расстройства. «Преобладающий» синдром будет прямым выражением основного нейронального нарушения, в то время как вторичные проявления свяжутся с нейрональными изменениями последовательно (косвенно) через основное расстройство. В случаях, когда возникают такие интерсиндромальные отношения, биологические исследования будут серьезно затруднены, пока не будет установлен данный иерархический порядок синдромов. Развитие функциональной психофармакологии предполагает возобновление научного интереса к оценке психиатрических симптомов соответственно их диагностической значимости. Функциональная психофармакология (дисфункционально-ориентированная полифармацея) предполагает, что симптомы данного психического расстройства «вертикализированы» (т.е. сгруппированы соответственно их отношению к патофизиологии заболевания), что определяет потребность в изучении взаимосвязи различных синдромальных компонентов частного психического состояния. Возможно изучение появления синдромальных компонентов отде-

льного состояния в зависимости от времени: «вероятно, появляющиеся первыми – это первичные («первого ранга»), а приходящие позднее – производные (вторичные) феномены...» [25]. В этих суждениях нетрудно усмотреть указание на необходимость возврата к структурно-динамическому анализу, с позиций которого концепция комбинированного заболевания при атипичных психозах не только не обязательна, но и недостаточна, поскольку остается возможность структурного анализа иерархии различных этиологических факторов, дифференциация их как патогенетических или патопластических. В этом смысле структурный анализ синдромов становится гетеротипизирующим, то есть обязывает отделять соответствующие данной нозологической единице «типичные» синдромы от атипичных – первые непосредственно определяются патогенезом, зависимость вторых от патогенеза опосредована. В свете этого противопоставление патопластического патогенетическому ошибочно, так как любая патопластика означает комплекс «компенсаторных механизмов», если иметь в виду под совокупностью атипичных влияний гетеротипизирующий компенсаторный комплекс (синдром) [6].

Можно согласиться с тем, что «столбовая дорога выяснения биологической природы» шизофрении и других психозов находится в рамках генетической науки и ее взаимодействия с современными нейрохимическими, нейрофизиологическими и нейровизуализационными исследованиями [11]. Однако с существенными оговорками, учитывающими «необходимость позитивного использования солидного “базиса знаний” психопатологии, который совмещает два ракурса – понимание и объяснение феноменов психических расстройств» – и способен «динамично интегрировать новые понятия, данные и технологические открытия из постоянно меняющихся областей нейронаук, генетики и популяционной эпидемиологии... восстановить те фундаментальные границы психиатрии, которые в последние десятилетия отнесло в сторону» [22]. Поэтому неудивительно, что звучащие вслед за Н.Андреасен [23]

призывы к возврату прежних представлений о клинической методологии психопатологической феноменологии в последние годы только множатся. Опасения, что «традиционные сильные стороны психиатрии – клинический опыт, всеобъемлющие знания по психопатологии и навыки общения со страдающими людьми – в современных условиях могут утратить свою определяющую роль», привели к мнению о необходимости «ренессанса психопатологии» [5].

Согласно А.Кронфельду [6], критерием синдрома, клинически обозначающего постоянно встречающиеся состояния, служит «внутренняя взаимосвязь» входящих в его состав отдельных частей. «Структура» синдрома есть закон сосуществования частей в целом, т.е. отдельных, дескриптивно устанавливаемых явлений в единой связи синдрома, характер их связи и их построения, а структурный анализ – метод дифференцирования в структуре болезни первичных патогенетических факторов и факторов вторичного (патопластического) порядка. При этом, во-первых, единые структуры могут быть образованы из совершенно разных этиологических условий и, во-вторых, каждому синдрому не всегда соответствует одна структура, а несколько различных структур образуют внешне одинаковые, неотличимые синдромы. Структурный анализ необходим в клинической дифференциации факторов, конструирующих психоз, его первейшей задачей является установление клинико-патогномоничных моментов.

Потребность в структурном анализе исходит из того факта, что синдром ни структурно, ни клинико-нозологически, ни этиологически не однороден, не монотипичен. Хотя один и тот же синдром наблюдается при различных клинических формах болезни, его значение при разных заболеваниях различно. Даже при одной и той же клинической форме заболевания синдром в разных случаях может иметь различную структуру; вызываться непосредственно процессом или возникать как личностная реакция. Несмотря на нозологическую неспецифичность синдрома, он, тем не менее, принимает «специфическую окраску» того заболевания, при котором возник. То есть не синдром как таковой, а особенности его структуры дают указание на то, какое заболевание лежит в его основе. Таким образом, именно структура синдрома имеет отношение к основным расстройствам, вызванным заболеванием.

Проблематика специфичности синдромов способс-

твовала концептуализации понятий первичного и вторичного синдромов. Вторичные синдромы менее постоянны, более вариабельны, индивидуально колеблются, их критерием является возможность психопатологического выведения из первичных расстройств. Первичным синдромом считается потому, что не известно ни одного момента его психопатологического возникновения. Основой всего первичного синдрообразования является соматогенная основная структура, т.е. едино направленное, соответствующее процессу основное расстройство [6]. Путем к его выявлению становится деление манифестаций – т.е. симптомов – на первичные, являющиеся непосредственным производным, непосредственной данностью основного расстройства, и вторичные, являющиеся следствием психической переработки основного расстройства и реагирования личности на него. Причем больной реагирует симптомами растерянности и страха, бреда и галлюцинаций вовсе не на объективное расстройство, а на свое субъективное переживание этого расстройства. Выявление ведущих или патогномоничных шизофренических симптомов является залогом точной клинической диагностики [8].

Одновременно основная структура синдромов есть и динамическая закономерность единого сосуществования манифестаций (т.е. синдромов), поскольку содержит определенно направленную тенденцию к развитию в синдром с определенной динамичностью этой тенденции. Ценность структурно-динамического рассмотрения синдрома сказывается особенно там, где нет ни клинически, ни формально-дескриптивно достаточной ясности в отграничении основных черт проявления синдромов, а их клиническое отграничение не всегда покрывается психопатологической сущностью. На примере формальных расстройств взаимосвязей мышления, сутью которых является нарушение течения и последовательности мыслительных связей или ассоциаций, А.Кронфельд [6] рассматривал ряд трудно различимых психопатологически синдромов (вихрь идей, рассеянность, разорванность, спутанность, шизофазия). Он доказывал, что шизофазия, хотя и «покоится» на неспе-

цифическом распаде мышления, является специфическим шизофреническим синдромом, поскольку распадом не исчерпывается ее структура. Основную шизофреническую структуру дефекта образуют две формы распада – распад мышления и распад связи между мышлением и речью (идео-вербальная дискордантность). По сути, шизофазия является кататонической активностью речевой моторики при распаде мышления, причем мысль и речь динамически ведут себя также, как телесная моторика, жестикуляция и поведение. Таким образом, шизофазии основаны на распаде мышления; начинаясь с разорванности, он спускается все ниже и становится неспецифическим.

На другом примере – деперсонализации и раздвоения – А.Кронфельд [7] настаивал на существовании динамической связи между этими хотя и разными синдромами, но имеющими в основе единую структуру, причем синдромообразование может остановиться на предшествующей фазе деперсонализации. Оформление симптома может колебаться от завершенных форм (возникновение переживания двойника) до более abortивных феноменов, таких как раздвоение или даже только как чувство отчуждения. В этом смысле данные феномены образуют особый круг переживаний раздвоения, где деперсонализация как расстройство самовосприятия личности содержит зародыш раздвоения. Расстройство единой структуры (включающей прежде всего схему тела как совокупность ощущений всех проприоцептивных раздражений) выявляется диссоциацией различной глубины (в понимании Джексона), которой соответствуют и различные виды диссоциации и самовосприятия личности, т.е. различные формы деперсонализаций, раздвоения, трансперсонации двойника. Основным первичным процессуальным расстройством как непосредственное отражение нарушений схемы тела и психосенсорных связей в этих случаях является расстройство активности, служащее основой для синдромообразования. Формирующиеся на этой основе синдромы расстройства «Я» и деперсонализация считаются первично-процессуальными, являясь источником

всех тех отдельных синдромов, в структуре которых они наблюдаются. Дальнейшее синдромообразование подчиняется закону синдроматической динамики, складывающейся из двух рядов явлений: 1) компенсаторно-динамическая эволюция активной деятельности непораженных систем мозговой динамики по Джексону и 2) проекция в смысле Вернике. Компенсаторная «эволюция» более глубоких слоев личности способствует усилению проекции, благодаря которой личность достигает нового отграничения от внешнего мира и самопонимания, что выражается в формировании дальнейших синдромов и, прежде всего, в бредообразовании [7]. Неизменная структура видоизменяющихся синдромов, по сути, определяет фрактальную закономерность процесса, в ходе которого умножающиеся формы клинических феноменов остаются родственными и связанными между собой общностью первоначальной матрицы.

Таким образом, структурно-динамический анализ подразумевает не формальную констатацию последовательной смены синдромов, а исследование закономерностей преобразования и саморазвития синдрома на основе образующей его структуры. В итоге, структурно-динамический анализ методически нацелен на сведение структуры процесс-синдромов к одному основному расстройству: «эта методика дает возможность на основании соотношения синдромов и их основного расстройства различать первичные и вторичные синдроматические образования» [6]. Установление ведущих синдромов, вскрытие их специфически шизофренических структур и выведение последних из первичных процессуальных факторов является задачей психопатологии [8].

В виде некоей альтернативы поискам основного расстройства звучат предложения сместить фокус биологических психиатрических исследований от направленных исследований биологических детерминант отдельных заболеваний, таких как шизофрения или большая депрессия, к изучению «психологических корреляций отдельных нейрональных систем», к «нарушенным психологическим

областям» – нарушениям в восприятии, обработке информации, регуляции настроения и тревоги, контроле импульсов. «Биология психологических нарушений, представленных в душевных расстройствах, была бы, таким образом, конечной целью биологических исследований в психиатрии» [25]. Подобные предложения исходят из представлений о малой надежности феноменологии при биологических исследованиях, оперирующих понятиями эмоций, мышления и поведения в связи с мозговыми процессами. Так, с точки зрения нейропсихологии и нейрофизиологии наблюдаемые при шизофрении феномены представляются сложным набором смешанных эффектов вследствие взаимодействия между первичной дисфункцией и психологическими реакциями. В связи с этим оправдывается попытка транслировать клинические феномены в «более простые» нейрофизиологические функции или в так называемые «эндофенотипы», отражающие конкретные мозговые процессы [12].

Понятно, что данный подход вряд ли возможен без опосредования клинических феноменов патопсихологическими. Однако, если исходить из представлений классической патопсихологии, попытки усмотреть причины психической патологии в нарушении какой-либо изолированной функциональной области по меньшей мере рискованны. Сомнительным, например, представляется утверждение, что универсальный феномен (трактуемый как чисто «физиологический») – способность различать значимые стимулы от фоновых и незначимых, нарушение которого выявляется при шизофрении – лежит в основе «функции внимания», облегчающей процесс обучения, поскольку позволяет организму сконцентрировать ограниченные перцептивные и когнитивные ресурсы на наиболее выделяющихся и заметных объектах или явлениях из всей поступающей сенсорной информации [11]. Можно вспомнить, что в свое время подверглись критике представления о связи экзогенных расстройств сознания с расстройством внимания, поскольку в этих случаях имеется равномерное, односторонне направленное изменение всех

тех функций, которые находятся в зависимости от окружающей действительности. Функции как таковые, каждая в отдельности, совершенно не затронуты, но их установка и направленность на эту окружающую действительность глубоко затруднены или вовсе утеряны. Это верно и в отношении внимания, которое представляет собой активное поведение и установки: перцептивная деятельность пассивно не возбуждается окружающей обстановкой. В силу этого предположение о преобладании той или иной отдельной функциональной области «расстроенного сознания» совершенно произвольно, и дело не в угнетении отдельной психической функции «внимания», но в общем изменении состояния [6].

О прямолинейности таких трактовок предупреждал и Й.Берце [1], говоривший, что «не следует рассматривать внимание как особую функцию вне мыслительных операций», и напоминая, что нарушения появляются в мышлении и речи больных «*вопреки и несмотря* на их внимательность. Именно *потому*, что на это нацелено их внимание, т.е. потому, что во время думанья больные переживают то, что зовется вниманием, они замечают, что они тем не менее не могут сконцентрироваться на предмете, удержать свое внимание на нем, больные не могут преследовать цель своего мышления, как им того хотелось бы... ослабление внимания... не может быть причиной возникновения расщепленности...». Данная зависимость не ограничивается шизофреническим процессом. Так, на примере больной энцефалитом с предметной агнозией был описан феномен «гиперосмысливания», заключающийся в повышенной сосредоточенности и стараниях включить воспринимаемое изображение в какой-либо круг значений. Неудачное включение со все новыми попытками подобного рода приводят даже к чрезмерному опредмечиванию, когда и не в предметном рисунке видится предмет. Старания включить виденное в определенный круг значения оказываются неудачны, так как в этом и заключается основное страдание. Это **основное расстройство**, заключающееся в «недостаточности смыслового момента, неумении попасть

в правильную точку для схватывания значения» ведет к вторичному нарушению гиперкомпенсаторного характера – гиперосмысливанию, избыточному опредмечиванию, поиску «смысла там, где его нет», подчинению осмысливанию любых деталей в попытках конкретизировать любой момент рисунка [4].

Классическая патопсихология, в полном соответствии с клинической традицией, никогда не рассматривала психическое расстройство как проявление изолированного нарушения какой-либо из функций, но всегда – как стоящее в связи с общим нарушением психологических функций больного. Так, в приведенном выше примере агностических расстройств восприятия, выражающихся в распаде и нарушении предметного, смыслового восприятия, было показано, что как в интеллектуальной (резонерство за счет детализации и погружения в многообразие значений, распад мыслительной структуры на элементы), так и в аффективной (вязкость, пассивность) сферах наблюдаются те же тенденции, что и в психосенсорной. Таким образом, будучи по своей сути структурным, подобного типа анализ неизбежно приводит к выделению основного расстройства, характеризующего патологический процесс и задающего однонаправленность нарушений во всех сферах психической деятельности. Тем самым закономерности, выявляемые при анализе нарушений какой-либо из них, могут оказываться универсальными и лежать в основе расстройства всех других. Возможность рассмотрения механизмов, лежащих в основе нарушений целостной психики, как единообразных создавало глубокое концептуальное понимание ее структурно-функционального строения. Например, постулировалось, что восприятие человека помимо структурной имеет еще и смысловую сторону, выражающуюся в его предметности. Смысловое восприятие заключается в умении не путем умозаключений, а сразу видеть объект в предметном значении, т.е. в способности видеть объект во всех его отношениях, во всех его конкретных фактических связях, не становясь, однако, «рабом этих отношений», а уметь включать объект

в какую-то смысловую систему. Специфика человеческого восприятия заключается в независимости восприятия от данной ситуации и данного сенсорного поля, в способности совершать «отлет» от фактических связей воспринимаемой вещи и сохранять независимо от функциональных изменений стройное предметное восприятие. Предметное смысловое восприятие поэтому есть обобщенное восприятие: «Всякое предметное восприятие есть акт обобщающий, категориальный в восприятии, или восприятие в форме обобщения». С этих позиций было показано, что структурный распад восприятия (например, в виде слияния фигуры и фона, смешение которых часто ведет к иллюзорному восприятию) является вторичным и возникает лишь тогда, когда нарушается смысловое значение [4].

А.Кронфельд [7] утверждал, что все расстройства «Я» при шизофрении связаны с расстройством схемы тела и тем самым с активностью. Указывая на зависимость предметного восприятия и распознавания, а также самовосприятия больных от их моторной активности, он сформулировал принцип, в соответствии с которым представления (цель действия или предметы) определяются моторной ситуацией и ею изменяются. Распознавание отдельных предметов совпадает с некоей готовностью, с «антиципацией» действия с предметом. Границы между «собственным» и «чужим» пространствами нестойкие, они определяются и изменяются соответствующей активной деятельностью, посредством которой расширяется динамика схемы тела. При патологии, например, при ипохондрических расстройствах, наоборот, наблюдается отчуждение от «собственного пространства» тех частей тела, к которым относится ипохондрический бред. То есть объем пространственной сферы личности (схемы тела) подлежит динамическим колебаниям в соответствии с моторной активностью организма и ее расстройством. Таким образом, понятие основного расстройства тесно смыкается с нарушением интенциональности, раскрывающей значение предмета и определяющей тем самым активность «Я».

Нетрудно заметить, что представления о смысловом

восприятии перекликаются с феноменологическим пониманием интенциональности, охватывающей в едином потоке переживания разных модальностей. В связи с этим получает объяснение ее использование в классической психопатологии как процесса, нарушение которого определяет характеристики основного расстройства.

Литература

1. Берце Й. Нарушения мышления при шизофрении // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2011. – I. – С.41-52.
2. Дубницкая Э.Б., Мазаева Н.А. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. Вклад А.В.Снежневского в развитие учения и шизофрении. – Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №2. – С.54-56.
3. Залманзон А.Н. К вопросу об основном расстройстве при шизофрении. – Труды психиатрической клиники I ММИ. – Вып.5. – М., 1934. – С.60-86.
4. Зейгарник Б.В., Биренбаум Г.В. К проблеме смыслового восприятия. – Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. – 1935. – Т.IV. – Вып.6. – С.57-74.
5. Качниг Х. Являются ли психиатры вымирающим видом? Размышления о внутренних и внешних угрозах профессии. – Независимый психиатрический журнал. – 2010. – I. – С.7-14.
6. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии (1940). – Становление синдромологии и концепция шизофрении. – М., 2006. – С.37-221.
7. Кронфельд А. К вопросу о синдроме раздвоения (1940) – Там же. – С.231-270.
8. Кронфельд А. Современные проблемы учения о шизофрении (1936). – Там же. – С.452-505.
9. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза). – Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – №4. – С.9-13.
10. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М., 2001.
11. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейропатологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. – Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2010. – №6. – С. 4-11.
12. Мосолов С.Н. Актуальные дискуссионные вопросы диагностики, классификации, нейропатологии, патогенеза и терапии шизофрении. – Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) (под ред. Мосолова С.Н.). – М., 2012. – С.61-101.
13. Наджаров Р.А. Клиника. Основные этапы учения о шизофрении и ее клинических разновидностях. – Шизофрения. Клиника и патогенез (под ред. Снежневского А.В.). – М., 1969. – С.60-61.
14. Оленева Е.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Прогноз эффективности применения электросудорожной терапии у резистентных к фармакотерапии больных шизофренией и некоторые методические сложности использования шкалы PANSS. – Обзорение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. – 2009. – №4. – С.42-46.
15. Попадопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы. – М., 1975. – 192 с.
16. Смулевич А.Б. Учение А.В.Снежневского и концепция позитивной-негативной шизофрении. – Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – №2. – С.52-54.
17. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса. – Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – №4. – С.183-188.
18. Снежневский А.В. О нозологической специфичности психопатологи-

- ческих синдромов. – Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – Т.60. – 1960. – Вып.1. – С.91-108.
19. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология. – Шизофрения. Клиника и патогенез (под ред. Снежневского А.В.). – М., 1969. – С.5-28.
20. Шмуклер А.Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы. – М., 2011. – 84 с.
21. Штернберг Э.Я. К развитию и современному состоянию психиатрической синдромологии. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1974. – Вып.11. – С.1723-1736.
22. Ябленский А. Психиатрия в кризисе? Назад к основам. – Независимый психиатрический журнал. – 2010. – I. – С.15-16.
23. Andreasen N.C. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders и отмирание феноменологии в Америке: пример непредвиденных последствий. – Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т.9. – №4. – С.44-49.
24. Lawrie S.M., Olabi B., Hall J., McIntosh A.M. Есть ли у нас какие-либо весомые доказательства клинической полезности патофизиологии шизофрении? – Всемирная психиатрия. – 2011. №1. – С.20-33.
25. Van Praag H.M. Comorbidity in psychiatry. – British Journal of Psychiatry. – 1996. – 168 (suppl. 30). – P.129-134.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И ОСНОВНОЕ РАССТРОЙСТВО

(СООБЩЕНИЕ 2)

Неудовлетворенность «функциональной психологией» приводит к необходимости выработки представлений, охватывающих целостную психическую деятельность и исходящих из ее структурного строения. Таковы, например, «гностические чувства» А.А.Меграбяна [17] – системные автоматизированные чувствования, слитые в нормальном состоянии с отражательным компонентом психических образов. Им отводилась особая роль при явлениях психического отчуждения. Выработанные категории при этом обнаруживали близость к представлениям об интенциональности сознания, использовавшимся ранее при решении проблемы основного расстройства.

Согласно А.Кронфельду [16], постановка вопроса об основном расстройстве, т.е. об общем, присущем всем страдающим данной болезнью отличительном признаке всех психотических симптомов, неизбежна там, где изучение патогенеза отстает от клиники. Основное расстройство не может пониматься прямо психологически – оно должно находиться на большой глубине, его надо искать в некоем едином изменении самой организации, структуры личности, которая психологически уже невыводима и которую просто нужно принять как органическую обусловленность. Основное расстройство непосредственно обусловлено церебральным процессом и лежит в основе, фундирует первичные элементы симптома, но не содержит их в себе, и необходим поиск того объединяющего, общего для всех симптомов расстройства, к которому сводятся их первичные корни. Та последняя, психологически невыводимая данность, которая непосредственно обусловлена процессом, усматривалась в нарушении структуры переживания, каждое из которых есть интенциональный акт [16]. При этом нарушение распространяется при шизофрении в одинаковой мере на все интенциональное, будь то структура мышления в узком смысле или какая-либо другая структура переживания. Поскольку, например, «аффекты, которые представляются как предметные и потому близкие к мыслям», не позволяют указать на «принципиальное отличие между мыслями и тонко дифференцированными аффектами», то и «они, будучи переживаниями, также нарушены при шизофрении, как и мысли» [4].

*Нам неизвестны очертанья
чувства, –
лишь обусловленность его извне.
...Оно, как все, что плотью
приманчивой не в силах обрести,
поскольку нет вещественности
в нем,
хоть и не может вовсе беспред-
метно
нежданно проскользнуть в нас
незаметно...*

Райнер Мария Рильке

Основным побуждающим мотивом Э.Гуссерля к разработке концепции об интенциональности было стремление различить предметности, как они даны в сознании, и объекты (вещи, живые существа, состояния и т.д.), как они существуют вне сознания. Главной теоретико-методологической проблемой являлось для него раскрытие неповторимой специфики «предметного среза» сознания, которое осваивает неисчерпаемое богатство реальных вещей, связей действительности, не будучи в состоянии их копировать, отражать, однако, в состоянии ввести в действие сложные, ирреальные, т.е. принадлежащие только миру сознания «предметные» структуры. Истоком размышлений Э.Гуссерля являлась неудовлетворенность сложившимся к началу XX века состоянием учения о сознании, не отражавшего его специфику, но, напротив, уподоблявшего его «лишенным сознания» объектам изучения. В психологии преобладали «объектные», натуралистические подходы, не позволявшие зафиксировать процессы сознания, а улавливающие путем измерений и экспериментов объективированные «следы» его работы. С попыткой отмежеваться от традиционной терминологии связано введение Э.Гуссерлем новых понятий. К примеру, отказ от термина «осознанность» как двусмысленного за-

ставил его ввести термины «ноэтический момент», «ноэза» или «ноэзис» (возводимые к «нусу», т.е. разумному началу и, кстати, отсылающему к понятию «смысла»). Точно также ноэтическое не было обозначено психическим только в силу возможности иных ложных толкований, хотя в данном случае была очевидна параллель с различением физических и психических феноменов Brentano, который при определении специфики психического феномена также указывал на интенциональность как его фундаментальную характеристику [20].

То, что сознание есть «сознание о», переживание есть переживание чего-либо, есть не психологический факт, а нечто, соразмерное чистой сущности сознания. Речь идет о «направленности к объекту», или «отношении к содержанию», с одной стороны, и о «ментальном» существовании или о ментальном присутствии предмета – с другой. Наша направленность на объект доставляет ему интенциональное, или ментальное, существование, которое и является сущностной характеристикой акта сознания. Сознание является смыслообразующей структурой, его сущность заключается в придании смысла, оно содержит в себе предметно-смысловой образ, смысловой слепок предмета, хотя сам предмет может и не существовать, будучи иллюзорным [18].

Каждое структурно оформленное переживание сознания, поскольку оно направлено на какой-либо предмет, Э.Гуссерль называет интенциональным актом. Переживания (т.е. «все и каждое, наличествующее в потоке переживаний») делятся на неинтенциональные (данные ощущений или чувственные эмоции) и интенциональные. Чувственные данные даются в качестве материи, материалов для интенционального оформления или, иначе, процедур надления смыслом. Эта двойственность чувственного (гилетического, материального, материи) и рационального (формы) образует единство на уровне актовой, т.е. ноэтической стороны, обеспечивая углубление анализа предметной, т.е. ноэматической стороны переживания.

Для феноменологии характерно понимание сущнос-

ти сознания как синтеза, а его основной функции – как идентификации. Значение мыслилось Э.Гуссерлем как некая форма, которую одна, в основе своей текучая и активно формирующаяся субстанция – сознание – дает, или представляет, другой – аморфной «совокупности» ощущений, из которой формируются идентифицируемые предметы [18]. Один и тот же комплекс ощущений может быть подвергнут различным схватываниям, или, иначе говоря, различным образом интерпретирован. Сами значения непредметны и независимы от какого бы то ни было рода предметности, сознание дает смысл предмету, придает, наделяет предмет значением, предмет становится призванным в сферу сознания. «Значения образуют класс понятий в смысле “общих предметов”» [11].

Все переживания делятся на актуальные и потенциальные. Например, актуальное восприятие снабжено шлейфом «фоновых» созерцаний, которые могут быть преобразованы в актуальные благодаря повороту «духовного взгляда». «Направленность-на» как аспект интенциональности дополняется тем, что она модифицируется в зависимости от характера акта (в восприятии он – воспринимающий, в воле – волящий и т.д.). Вводилось также подразделение трансцендентно– и имманентно-направленных интенциональных переживаний (соответственно, восприятия и других видов переживаний). Первое – восприятие внешней вещи, другое – восприятие самого переживания (иногда – восприятие восприятия). Тем самым образуется первостепенная феноменологическая значимость: восприятия, «всматривающегося» в само восприятие, рефлексии на сами переживания. На первый план выходит не «трансцендентное» восприятие, обращенное к вещному миру, а «имманентное восприятие», обращенное к сознанию и его структурам. Имманентное восприятие всегда уже есть рефлексия, так как оно предполагает поворот взгляда от чего-либо сознаваемого к осознанию этого нечто [20].

В связи со сказанным понятно, почему «феноменологический метод» обращается исключительно к актам рефлексии, представляющих собой определенную модифи-

кацию сознания за счет перемены установки, причем рефлексии сами могут становиться «субстратами» новых рефлексий. Рефлектирующий, направленный на какое-нибудь переживание, взгляд Я может быть обращен и к другим переживаниям, образующим горизонт переживаний как «в смысле горизонта феноменологической временности, так и в смысле различия модусов данности». Благодаря «непрерывному переходу от одного схватывания к другому мы в известной мере схватываем поток переживания как единство» [10].

Э.Гуссерль ставит задачу определить сущность психического акта как такового, и поэтому вынужден перейти к построению различных структурных моделей сознания. Структурному подходу соответствует понимание сознания прежде всего как синтеза, объединяющего внутреннюю структуру сознания и превращающего «многообразие представлений» в единство предметности [18]. В частности, в *Логических исследованиях* речь идет о качестве и материи акта как о структурных его компонентах. В понятии «*материя акта*» (в дальнейшем замененном на ноэму) «заключено и то, что предмет имеет в акте значение именно этой и никакой другой предметности. Она в известной степени есть смысл предметного понимания, который фундирует качество (но безразличен к его различиям)» [11]. Каждое переживание, например восприятие, обладает интенциональным объектом, т.е. предметным смыслом. Предметно-смысловой момент переживания есть ноэма как особая сторона, структура сознания. С помощью этого понятия фиксируется нечто постоянное, тождественное в потоке переживания: если через различные модифицирующиеся восприятия (воспоминания, акты фантазии и т.д.) сознанию все-таки дается предметное содержание, постоянно удерживаемое, то происходит это благодаря ноэме. Суть и смысл ноэмы – в прояснении тех необычных способов, форм, результатов, благодаря которым вещи, процессы реальной действительности осваиваются сознанием.

Э.Гуссерль вводит понятие «полной ноэмы», которое расшифровывается через два элемента: а) ядро ноэмы

(«объективный предметный смысл») и б) «характеры», связывающие ноэму с ноэзисом, но никак не тождественные ноэтическому: это не способы сознания, а те способы, через которые дается объективно осознаваемое. Например, в случае восприятия вещи «характеры» говорят о том, что она – именно «воспринятое». Сама ноэма существенно специфицируется в зависимости от «характера»: если предмет воспринимаемый, то он существенно отличается от того же вспоминаемого или сфантазированного предмета.

«Качество акта» (включавшие такие модусы сознания, как восприятия, воспоминания, фантазии и.д.) в *Идеях-I* преобразовалось в понятие ноэзиса. Единство качества и материи акта – его интенциональная сущность, а в случае актов, придающих значение, это сущность, соразмерная значению. Благодаря ноэтическим моментам «одушевляются» материалы, гиле (ощущаемые цвета, звуки), проходящие через операции «постижения». Благодаря многообразию гилетических данных выполняется функция многообразного нюансирования одной и той же вещи. Сами по себе гилетические данные неспособны стать переживанием, но без них переживание невозможно. Они «встраиваются» в ноэзис, где, объединяясь с интенциональными функциями, помогают конституировать конкретный ноэматический смысл. Таким образом, на уровне переживания взаимодействуют две [квази]реальные взаимосвязанные структуры: а) гилетические моменты конкретного переживания, или «материалы»; б) множество взаимосвязанных, «текущих» далее актов, придающих «материям» форму и смысл. Благодаря им переживания становятся «исполненными смысла». Взятые вместе, оба момента обозначены понятием «ноэзис»¹.

Сущностное отношение между ноэтическим и ноэматическим – это отношение между переживанием сознания и коррелятом сознания. Интенциональность распадается на ноэзис-ноэму, коррелятивные друг другу, и потому

¹ От слова ποιεῖν, означающего способность воспринимать или мыслить.

равно обозначенные термином «интенциональное содержание». Благодаря коррелятивности ноэзиса и ноэмы интенциональность предстает как богатая оттенками структурная взаимосвязь двух главных аспектов – «актового», т.е. определяемого типом переживаний (субъективного) и «предметного» (объективного). Гилетические данности «вставляются» в ноэзис только благодаря пониманию, приданию смысла, проистекающему от предметного смысла, т.е. ядра ноэмы. Таким образом интенциональность как направленность на объект, трансцендентный сознанию, означает порождение, приведение в действие сложновзаимосвязанных структур сознания, благодаря которым объект «удерживается» в поле интеллектуального «зрения», опознается как тождественный, единый – несмотря на множество переживаний и на их бесконечное нюансирование. Благодаря им в объектных связях познается многое из того, что им действительно, объективно присуще, несмотря на то что предметность сознания ирреальна, т.е. принципиально отличается от реального объекта.

Несомненно, что структуры ноэзиса-ноэмы есть специальные, особые абстракции, отвлечения, которые совершенно неправомерно рассматривать как некие самостоятельно существующие сущности. Ноэзис и ноэма «не располагаются» ни среди вещей, процессов, отношений реального мира, действительности в целом, ни среди феноменов, связей, отношений сознания как реального сознания. Между тем, тот же ноэзис вычленяется из актов сознания, как они традиционно описываются в психологии, благодаря которой выделены и классифицированы основные акты сознания, о которых потом речь пошла и в феноменологии: восприятие, представление, акты мысли, воспоминания, фантазии, эмоционально окрашенные акты и т.д. Однако все рассуждения об актах сознания Э.Гуссерль требовал «заключить в скобки», считая их неадекватными его специфике, поскольку главенствующий в физиологии и психологии подход к сознанию уравнивал его с другими сферами, объектами, процессами природного мира. Вместе с тем акты переживания сознания даже в предельной абс-

тракции остаются лишь актами, т.е. своего рода «единичностями», принадлежащими реальному потоку сознания отдельного человека [20].

Важнейший (третий) интенциональный «полюс» – это «чистое Я» Э.Гуссерля – обозначение единства, завершенности, целостности любого сознания как определенного, одного потока, как *моего* сознания. Феноменологическому Я соответствуют сложные процессы идентификации Я с самим собой (самоидентификации), объединения потока сознания именно как потока моего сознания.

Анализ структур сознания Э.Гуссерля способствовал раскрытию общих закономерностей, которые лежат в основе любого психического процесса. Понимание сознания как многообразных модусов интенции позволяло отвлекаться от внешних причин или внутренних мотивов психопатологических явлений, которые представляли как переживания-феномены, исследовать само по себе многообразие модусов сознания (психических феноменов) независимо от их предмета. Данный подход позволял описать нормальный опыт и отличить норму от аномалии не «по результатам», но по конститутивным состояниям той или иной аномалии, т.е. описать ее со стороны самого переживания.

Основное расстройство как нарушение интенциональности

*Ты знаешь сам, как в сладком
сновиденьи
в живую плоть сливаются слова.
И гласных нежная голубизна
благоухает ароматом сна.*

Райнер Мария Рильке

Одной из наиболее стройных патогенетических концепций шизофрении является концепция «базисных симптомов» G.Huber [28], который подразумевал под ними неспецифические первичные субъективные переживания больных, непосредственно связанные с патологическим мозговым процессом и являющиеся основой для их переработки и развития сложного комплекса вторичных симптомов. К ним он относил нарушения астенического круга, а также особое первичное когнитивное расстройство («неуправляемое мышление»), связанное с нарушением процессов переработки (избирательной фильтрации) информации. Наряду с идеаторными расстройствами наблюдаются интерференция реакций в двигательной сфере, утрата автоматизированных навыков, неуверенность при различении положительных и отрицательных эмоциональных характеристик, представлений, восприятий. Общим знаменателем всех этих нарушений является неспособность к подавлению конкурирующих тенденций. При дезавтоматизации повседневные, привычные движения и действия не могут совершаться без фиксации на них внимания и требуют волевых усилий. Базисные симптомы, особенно такие как протопатические расстройства телесного чувства (коэнестезии), снижение витального тонуса и энергии, неспособность аффекта к быстрому угасанию, элементарные расстройства восприятия, разнообразная вегетативная симптоматика имеют переходный неврологически-психопатологический характер, в связи с чем обозначены

как «околосубстратные», т.е. располагающиеся ближе к мозговому субстрату. В свете этих представлений патогенетическая последовательность становления шизофренической симптоматики выглядит следующим образом: первичными являются нейрохимические нарушения в лимбико-кортикальных структурах (дофеноменологическая и соматическая сфера); отсюда происходят первичные когнитивные нарушения, которые выражаются в нарушении избирательной фильтрации («свехключаемость») и декодирования информации (трансфеноменологическая сфера); следствием этого является формирование неспецифических базисных (дефицитарных) симптомов, которые подвергаются психореактивному опосредованию – амальгамированию с различного рода адаптационными реакциями, что и приводит в конечном счете к типичным шизофреническим эпифеноменам. Следует заметить, что почти исчерпывающий объем клинических данных, соответствующих этой и другим патогенетическим концепциям, был представлен в феноменологически ориентированных психопатологических исследованиях основного расстройства и первичных шизофренических симптомов, например, в работах Й.Берце, который «представил очень ясное и оригинальное описание огромного материала» [9].

Методическим инструментом решения проблемы патогномичности (клинико-нозологической специфичности) А.Кронфельд [14] считал сведение структуры процесс-синдромов к одному основному расстройству, что дает возможность различать первичные и вторичные синдроматические образования. Понятие «основного расстройства» тесно увязывалось с тем трудно формулируемым диагностическим впечатлением единого «оттенка», единого «звучания», преобладающего в картине болезни, о котором упоминал Э.Крепелин. Оно подразумевало выбор из отдельных симптомов общей для них, единой, клинически относительно специфической направленности расстройства, «единой тональности», создающей то самое общее впечатление: «оттенок является доступной наблю-

дению стороной основного расстройства». При шизофрении это основное расстройство первоначально относилось к выполнению целенаправленных актов, будь то внешняя моторика действий, или «внутренняя моторика» рецептивного и конструктивного мышления, или противопоставление окружающему миру своей личности (*парафункция* психической активности по А.Кронфельду, ее *гипофункция* – по Й.Берцу). Отрицая предположение о том, что каждый конкретный синдром заболевания образуется независимо от других, вследствие отдельных моментов соматического процесса как механически-атомистическое аннулирование клинико-нозологического единства, А.Кронфельд [14] настаивал на существовании соматогенной основной структуры, т.е. едино направленном, соответствующем процессу основному расстройству как основе всего первичного синдромаобразования.

Психотическое основное нарушение само по себе не может быть выявлено феноменологически, на него указывает вся совокупность первичных симптомов, которые могут быть многочисленными и все же иметь общую основу в едином основном нарушении. В противоположность основному нарушению первичный симптом должен являться дескриптивно-феноменологической данностью, а единственный признак его первичной природы – это невозможность его психологической выводимости из чего-то другого, что было бы само непосредственным выражением основного нарушения. Между тем Й.Берце признавал, что суждение относительно этой выводимости не носит бесспорного характера: «нам кажется, что перед нами одна из сторон первичного симптома, в то время как это самостоятельный первичный симптом» [3].

Многие авторы усматривали «базисные» («околосубстратные» в определении G.Huber) признаки шизофренического процесса в области протопатических расстройств телесного чувствования (коэнестезий), элементарных нарушений восприятия собственных физических ощущений. При этом расстройство общего чувства, висцеральных ощущений и схемы тела считались прямым проявлени-

ем манифестации «основного расстройства», связанного с неврологическим церебральным процессом. Одним из сторонников этого объяснения являлся А.К.Ануфриев [2], чьи представления о койнестопатии (сенестопатии) как основном патокинетическом звене острых и подострых эндогенных психозов хорошо известны. Эти представления непротиворечиво укладывались в модель К.Шнейдера, который проводил аналогию с психическими процессами глубоко утомленного человека, борющегося против засыпания. С этой точки зрения шизофреническое нарушение переживания представляется следствием понижения сознания на более низкую ступень по сравнению с нормальным состоянием бодрствования [5]. Подобно сновидческим состояниям, при шизофрении преобладает наглядное и «отступает в тень» понятийное, пропадают все ограничения бодрствующего сознания, вплоть до стирания границ «четких противопоставлений внешнего мира» и слияния «Я» с объективным миром с переживанием «синэстетической идентификации» и проекцией состояний «Я» на объекты внешнего мира. Могут одновременно переживаться всякого рода мысли, не соответствующие друг другу, а также обрывки мыслей, которые в бодрствующем состоянии одновременно никогда не приходят в голову, на сцену выступают все низшие факторы констелляции, мимолетные настроения или психические состояния, установки, латентные в обычном состоянии, рудиментарные детерминирующие тенденции актуализируют то одну, то другую часть ассоциативных констелляций. Переживание при шизофрении, как и «переживание перед засыпанием» часто носит характер особого «проникновения в суть вещей» и «нового видения аспектов», поскольку предметы часто охватываются в большем количестве аспектов и с большим количеством возможных связей. Это мышление, направленное вширь, т.е. неспособность руководить мышлением, доходящее до необходимости принимать все свои мысли, не оценивая их, не отсеивая ничего, когда больные вынуждены терпеть «поток мыслей». Мысль больного «топчется на месте» вокруг одного и того же предмета, в

основе чего лежит не постоянная *активная* установка, а своего рода пассивное «прилипание». Связи устанавливаются без предшествующей проверки и оценки опытом, сохраняются в силу их априорного характера категории, формы связей актуального или возможного опыта. Таким образом, речь идет о нарушении высшей регуляции, исходящей из бодрствующего «Я», которое могло бы воспрепятствовать установлению связей вопреки законам мышления и опыту, т.е. имеется расстройство «управления механизмом, безупречным самом по себе» [4].

В основе снижения сознания, т.е. утрате сознания активного «Я»-переживания, согласно А.Кронфельду, лежит нарушение внутреннего обращения на «Я-переживание», нарушение внутреннего восприятия. Он полагал, что переживания пониженного активного сознания происходят «из модификаций внутреннего “поворота” к внутренней жизни». Й.Берце, оспаривая такого рода зависимость, говорил, что шизофреническое нарушение интенции проявляется в соответствующем изменении осознания собственной деятельности. Это нарушение интенциональных переживаний, по Й.Берце, может рассматриваться как выражение динамической недостаточности отдельной интенции. Интенциональные акты, делающие умозаключения осознанными, осуществляются, но их осуществление ущербно, и эта ущербность сказывается в шизофреническом изменении умозаключений. Причем может наблюдаться как тотальное сужение осознания собственной активности, так и полное исчезновение «сознания активного “Я”, интенциональность». Тем самым это нарушение приближается к шизофреническому интенциональному нарушению, рассматриваемому как первичное при шизофрении; оно становится частью симптома снижения сознания [3].

Однако в целом действие механизмов *деавтоматизации* сомнению не подвергалось, поскольку очевидны нарушения собственных интенциональных переживаний, внутренней деятельности, в результате чего, по словам Г.В.Груле, «шизофреник непонятен не только нам, но и себе самому». Патологическая саморефлексия, *навязчивое*

самонаблюдение служит основой шизофренической *инт-роверсии*, в силу которой внешний мир воспринимается побочным сознанием, что находит отражение в феномене дереализации. Внимание обращается на процессы сознания, на психические процессы, которые нарушены, вследствие чего искажаются и сами переживания. Самонаблюдение изменяет наступление и протекание психических процессов. Процесс восприятия под влиянием самонаблюдения нарушается еще больше той меры, которая вызвана первичным нарушением интенционального переживания. Нарушается и «Я» как отражение измененных переживаний. Навязчивое самонаблюдение препятствует растворению «Я» в чувствах. Более того, «сосуществуют две тенденции: тенденция к наблюдению и тенденция к переживанию под наблюдением». В чувствах мы переживаем – в норме – *только их самих*, как только «Я» делает чувства объектом наблюдения, чувства перестают быть *истинными*, «Я» перестает «полноценно переживать» чувства. Неистинное чувство «Я» основывается на том, что «интенциональное переживание, направленное на собственные чувства, не является цельным и завершенным» [3].

С нарушением «гностических чувств» Б.В.Зейгарник [13] увязывала своеобразное измененное самоощущение, порождающее новую для субъекта деятельность – деятельность самовосприятия. Эта деятельность в связи с постоянством необычных чувствований и их особой значимости для человека становится смыслообразующей, ведущей в иерархии других видов деятельности. Стремление осмыслить результаты искаженного самовосприятия способно привести больных к бредовой интерпретации своего состояния. Подобная деятельность самовосприятия рассматривалась как вариант сдвига главного мотива на цель, поскольку нарушается характерная для здорового человека «отвязанность» иерархии деятельностей от состояния организма, когда биологическое начинает играть иную роль, нежели в жизнедеятельности здорового человека.

Особый круг симптомов образуют *нарушения избирательной фильтрации* или феномен сверхвозбуди-

мости (*сверхвключаемости*) восприятия, который образуется за счет более яркого звучания *побочных мыслей* и *второстепенного сознания* на фоне слишком незначительно выделяющихся основных мыслей. Второстепенные переживания (переживания второго плана) получают «дополнительную актуализацию» и «переживаются намного интенсивнее, чем они того заслуживают». Имеет место «преждевременная актуализация второстепенных планов действительности и второстепенных побуждений», возрастает значение разных рудиментарных *установочных* моментов, протекающих в психической жизни вне интенции, несущей основную мысль. Без контроля и действительного влияния актуальной личности происходит языковое выражение этих переживаний второго плана. Снижение активности актуальной личности («Я»), выражающееся в отсутствии предвосхищаемых установокⁱ, способствует возросшему влиянию *языка* на мышление, когда значения слов, употребляемых в процессе языкового формулирования, постоянно вводят в сознание разнообразные побочные мысли и образуются мимолетные (нестойкие) мыслительные цепочки, уводящие от основной мысли. Изменяются понятийная оценка и мыслительная реализация представлений, имеющих знаковую ценность (которую приобретают «внешние связи») в ущерб значению слов и их связям. Поскольку прекращается «различение валентности разных видов связи», в мышление вклиниваются «абсолют-

i Здесь важно еще одно различие Э.Гуссерля между актом придания смысла («интенция значения») и актом, осуществляющим смысл («осуществление значения»). Интенция значения – «подразумевающий [предметность] акт». Мы «мним», но мы не видим увиденное нами ранее, мы «интендируем» предмет, но он не дан в созерцании. Т.е. в «психических переживаниях» имеет место интенция придать значение, иначе говоря, «намерение» наделить значением определенное языковое выражение или определенный предмет. Различие интенции значения («пустой интенции») и осуществления значения предполагает, что интенция значения – это своего рода изначальная пустота (*предвосхищающий мыслительный процесс* – А.Т.), которая заполняется сигнификативно или в конечном итоге созерцательно. Осознание очевидности (как непереносимое условие познания) определяется Э.Гуссерлем как тождество подразумеваемого и данного, иначе говоря, тождество интенции и ее осуществления (мыслимого и созерцаемого) [18].

но несущественные связи», участвуя в создании оценок и умозаключений. За подобные гетерогенные побочные тенденции ответственна недостаточность ведущей интенции основной мысли, интенции, в норме отвечающей и за содержание *второстепенных* тенденций (что является ее вторичной функцией) [4].

Именно данный феномен лег в основу современных предложений по переименованию шизофрении в «синдром нарушения различения (приоритезации) стимулов», «синдром сверхвключаемости объектов восприятия», «синдром нарушения избирательной фильтрации информации», «синдром дисрегуляции салиенса». Речь идет о нарушении универсального физиологического феномена – способности различать или приоритезировать значимые стимулы от фоновых и незначимых, когда не замечаемые в норме вещи и факты вдруг начинают казаться важными, приобретают особое значение и эмоциональную окраску. При этом на нейрохимическом уровне происходит резкое усиление дофаминергической активности в мезолимбической области мозга. Между тем, совершенно правомерна оговорка, что предлагаемые трактовки лишь частично, с позиции лишь одной нейрофизиологической гипотезы, объясняют некоторые продуктивные симптомы психоза и мало продвигают нас в отношении сущности (этиологии и патогенеза) заболевания, в частности роли негативных и когнитивных нарушений [19].

Для Л.С.Выготского [7] не только вторичные изменения в сфере остальных психологических функций (восприятия или аффективных реакций), но и распад сознания действительности и самосознания личности, представляющий основную особенность психологии шизофреника, функционально связан с ***распадом функции образования понятий***. Поэтому по отношению к нарушениям мышления в понятиях все остальные симптомы шизофренического расщепления выводились им из этого основного нарушения. Термин «распад понятий» при шизофрении употреблялся по отношению к тому, что многие понятия изменены в том смысле, что при употреблении их в каж-

дом конкретном случае не охватывается то одна, то другая из существенных сторон понятия. Шизофренические понятия представлены то одной, то другой частью обобщенной в этом понятии гетерогенной мысли. Нарушение формальной стороны мышления сказывается на качестве понятий, вместо которых употребляются сиюминутные образования. Отказывают как привычные установки, так и интенция, направленная на содержание понятия – не наглядная мысль, которая является «несущим ядром понятия», «нечувственной опорой переживания понятия». Эта несостоятельность ведущих и несущих интенций, выражающаяся в недостатках в образовании понятий, рассматривалась как частичное выражение динамической недостаточности активной личности [5].

Структура переживаний *ущербна* аналогично установлению с «перетеканием разных смыслов друг в друга», происходит полное *изменение значения*, когда моменты несущественные или вовсе гетерогенные приходят с края в середину, на место «ускользающего зерна» [4]. Г.В.Груле [8] говорил о недостатке «общего обзора больших смысловых связей» – общая направленность мысли так располагает содержание имеющихся ассоциаций, что каждое из этих содержаний служит дальнейшему развитию специфической мыслительной функции. Он упоминает слова К.Берингера о «нарушении возможности обзора множества в одном структурированном акте», утрате «духовного размаха» или сокращении «размаха интенциональной дуги», которая в норме охватывает отдельные фрагменты мысли в единое целое с единой направленностью и целью. Понятия не всегда продумываются со всеми своими составляющими, пациенты не всегда передают понятием или какой-то мыслью уже действительно *обобщенный материал*, а имеют в виду материал как совокупность того, что предоставляется сознанием для обобщения, общие «данные». Интенция мыслей не имеет узких границ вследствие недостаточности в определенности своего выбора, как это имеет место в норме.

Само расщепление Л.С.Выготским рассматривалось

как присущая и нормальному сознанию психологическая функция, выступающая предпосылкой произвольного внимания и абстракции, что означает, что она представлена как связанная сила во внутренней структуре, в психологической системе понятий. Вся система понятий, в которой сознание обобщает данную ему действительность и весь внутренний мир переживаний, определяет границы расщепления и объединения отдельных сфер или областей сознания. Функция расщепления имеет свой контр-симптом в виде контррасщепления, т.е. слияния всего со всем, синкретического объединения самых разнообразных слоев и моментов сознания. То есть наряду с чрезвычайно развитой разрушительной силой расщепления в шизофреническом сознании обнаруживаются моменты, действующие в противоположном направлении. Полное описание шизофренического сознания поэтому требует наряду с учетом тенденции к расщеплению признания и противоположной силы, также развязываемой благодаря распаду понятий и стирающей отчетливые границы между отдельными сферами и процессами сознания [7].

Эта недостаточность дифференцированности по классам переживаний ведет к соединению гетерогенных мыслей (сплавление мыслей), когда то, что одновременно возникает в сознании, связывается не только ассоциативно, но и стремится к мыслительной взаимной соотносительности. Точно также две или более мысли или восприятия, представления, стремления, аффекта сливаются в единство. При этом характер непосредственной очевидности, относящейся только к восприятию, может распространиться на целое, созданное из слияния всех моментов предшествующей ситуации, в связи с чем ранее возникшая идея получает непосредственную достоверность: достоверность подтверждается восприятием [4]. Больной не может решить вопрос, имели ли его переживания место в действительности или это были лишь его представления, восприятия, мысли, ожидания, опасения и т.д. Смазаны уже «примитивные интенциональные характеры», вследствие слияния значений различных классов переживаний

возникают недифференцируемые, не поддающиеся языковому обозначению «функциональные образования» разного качества. По выражению Г.В.Груле, «некоторые переживания шизофреников содержат такое переплетение восприятий с чувствами и мыслями (представлениями), что невозможно провести разграничения», а по словам К.Шнайдера, образуется «совершенно новая связь между зрительным восприятием и мыслями, связь, которая составляет саму мысль переживаться как зрительное восприятие» [5], что отсылает к механизмам, лежащим в основе **синестезии**. Предлагая при анализе структуры переживания исходить из различения интенционального *субстрата* (*объекта*, материала переживания) и интенционального *качества* (*способа* переживания), А.Кронфельд [16] также видел в шизофреническом переживании нарушение соответствия, созвучности интенционального субстрата и интенционального качества, которое требуется для реализации полноценного переживания: «его субстрату не хватает тех звучаний, тех тональностей, которые неизменно присущи ему в нормальном переживании». «Я» сохраняет свою интенциональность, но эта интенциональность «повисает в воздухе, не реализуется вследствие искажения, inadequateness субстрата».

Генетически фиксированный механизм синестезий, являясь глубинным механизмом сознания, оперирует на допредметном уровне репрезентации объекта и в качестве некоего универсального словаря или трансформационного кода перешифровки языка одной перцептивной модальности на язык другой обеспечивает на начальных этапах формирования образа голографический изоморфизм внешнего мира и образа восприятия. Не исключено, что синестезии — архетипические структуры категоризации сознания, имеющие видовую принадлежность, — лежат в основе метафорообразования и представлений и фантазий. Нарушения межмодальных связей, обеспечивающих сенсомоторную настройку на предполагаемое восприятие и точность его оценки, может объяснить наблюдающееся у больных шизофренией нарушение ориентировочной ре-

акции, возникающей в ответ на рассогласование того, что ожидается, и того, что оказывается в действительности. Это нарушение, в свою очередь, объяснялось нарушением вероятностного прогнозирования, использования вероятно организованного прошлого опыта, который является одним из звеньев, необходимых для осуществления ориентировочной реакции. С этих позиций становилось возможным единообразно интерпретировать как расстройства эмоционального реагирования, так и характерные для шизофрении нарушения мышления. Проведенные в свое время исследования [24] обосновывали гипотезу, что у больных шизофренией нарушено вероятностное прогнозирование – больной действует так, будто его прошлый опыт в той или иной степени дезорганизован (срабатывает тенденция к уравниванию вероятностей), хотя формально сохранен. Следствием такого нарушения является искажение всех тех видов деятельности, в которых используется вероятностная структура прошлого опыта – будь то «простая» ориентировочная реакция или «сложная» речевая или ассоциативная деятельностьⁱ.

О том же говорили и работы Ю.Ф.Полякова [22, 25], который как на одну из главных характеристик мышления больного шизофренией, приводящей к развитию других психопатологических феноменов, указывал на «нарушение избирательности актуализации знаний на основе прошлого опыта». В основе этих исследований лежал тот же принцип основного расстройства, подразумевающий выявление общего в закономерностях изменения разных познавательных процессов, т.е. выделение общих звеньев (факторов) в структуре исследуемых процессов, измене-

ⁱ Эти представления в последующем привели к концепции о сбое в формировании эфферентных копий (упреждающих разрядов, предсказывающих сенсорные сигналы, в сравнении с которыми оценивается поступающая сенсорная информация), приводящих к рассогласованию ожидания и результата действия как ключевого механизма (нарушения процесса перцепции) в развитии шизофрении [27]. Они оказались совместимы и с современными исследованиями нейрофизиологических эндофенотипов шизофрении, к числу которых отнесена, например, предстимульная модификация акустической стартл-реакции [23].

ние которых обуславливает закономерное нарушение последних: «должны одновременно изучаться особенности нескольких разных психических процессов, при нарушении которых предполагается наличие общего “радикала” в более фундаментальных характеристиках работы мозга [21].

Эти работы наследовали отечественной традиции исследований основного расстройства. Так, еще А.Н.Залманзон [12] считал основным расстройством при шизофрении системное, избирательное расстройство сенсо-моторной предуготовленности, отражающееся в нарушении единства мыслительной деятельности, в снижении синтетической работы. Сенсо-моторная предуготовленность лежит в основе логически познавательного процесса, является тем фундаментом, на котором вырастает мощный аппарат понятийного мышления, предшествующего действию, представляя собой планирующий, протекающий в голове процесс.ⁱ Разрушение сложного познавательно-логического синтеза видоизменяет и гипертрофирует аналитические процессы, которые, будучи лишены действительной направляющей силы, паразитируют, видоизменяя функциональную деятельность всего нервного аппарата в целом. Присущая шизофреническому процессу гипотония сознания характеризуется расщеплением сознания, разрывом между нарушением сознания Я (самосознания) и гипертрофированным функционированием качественно измененного предметного сознания (т.е. отражающего деятельность органов чувств), имеет место обратное влияние человеческого сознания и самосознания на деятельность органов чувств, на предметное (различающее) сознание. Это изменение – двойственной природы. Первое изменение характеризуется переходом к комплексному примитивному типу познания и выражается в понижении активности восприятия, что связано с повышенным

ⁱ Ср. с суждениями А.Кронфельда [15] о связи всех нарушений «Я» при шизофрении с расстройствами схемы тела и тем самым с «антиципационной» активностью, от которой зависимы предметное восприятие и распознавание.

воздействием вещей и одухотворением предметного мира. Второе изменение, прямо противоположное первому, характеризуется разрывом первичного комплексного познания. Этот разрыв обусловлен паразитарной деятельностью гипертрофированного аналитического процесса, выражающегося, во-первых, в акцентуировке деталей, в повышении «внимательского инстинкта», в парадоксальности мышления и, во-вторых, в шизофренической символической с ее причудливой схематизацией образных представлений. Таким образом, основное расстройство шизофрении – своеобразное расщепление сознания с качественным изменением гипертрофированного предметного сознания, выражающееся в снижении церебральной активности, сенсо-моторной предуготовленности, в разрушении синтетической деятельности мышления.

Исходя из «смысловой лабильности» шизофренического мышления (понятие, введенное аналогично «нарушению предметной отнесенности» Л.С.Выготского, «нарушению смыслового восприятия» Г.В.Бирнбаума и Б.В.Зейгарник, «гипертрофии анализа» А.Н.Залмансона, констатирующих нарушения функции смыслообразования), В.И.Аккерман [1] выделил два понятия – предметных и смысловых значений. Под первым понималось любое содержание сознания, данное в форме слова, наглядного образа или непосредственно представленное с присущим ему значением. Под вторым – «подлинное в данной объективной связи, в данном контексте, значение». Основным шизофреническим расстройством при этом выступает тип расщепления, заключающийся в дезинтеграции предметных и смысловых компонентов мышления. Четко сознавая общее, формальное значение предмета либо ситуации, больной удален от их подлинного, конкретного смысла: он «органически не может слить воедино предметное значение явления с тем единичным, неповторимым контекстом, в котором оно дано». Причем данное основное расстройство (расщепление предметного и смыслового) имеет место как в мышлении, так и во внешнем и внутреннем восприятии, в действии и выражении чувств.

Считая «гипотонию сознания» Й.Берца неспецифичной, В.И.Аккерман специфически шизофренической называл такую степень и форму гипотонии сознания (понижение тонуса сознания, психического напряжения, активности, прекращающее отнесение к «Я»), при которой не обеспечивается важнейшая познавательная функция – «смыкание» предметных и смысловых значений. По его мнению, тем самым уточнялось центральное, по К.Берингеру, для шизофренического мышления расстройство – ослабление дуги интенционального напряжения, когда сниженный тонус сознания не обеспечивает непрерывного «смыкания дуги» между предметными и смысловыми компонентами мышления.

Так или иначе, какой бы круг психопатологических феноменов не выдвигался на место первичных симптомов, всегда оставалась вероятность того, что существование каждого из них невозможно без остальных, поскольку описание одного из симптомов легко оказывалось дескрипцией другого. «Теория шизофрении лишь тогда будет соответствовать действительности, – писал Й.Берце [6], – когда она исходит из того, что здесь имеет место своеобразное изменение *общего* психического состояния, при котором мы имеем дело с особым рода аномальными условиями сознания». Аналогии с состоянием сна (точнее – со стадиями, предшествующими сну, с мышлением в просоне) позволили ему говорить о шизофренической гипотонии сознания как основном нарушении при шизофрении. Здесь наблюдается динамическая и содержательная редукция актуальной личности, причем существует неполная концентрация личности в «Я-центре», регуляторе общей психической жизни. С другой стороны, имеют место формальные нарушения переживания и *осуществления интенциональных актов*. При этом с чисто процессуальной симптоматикой, относящейся к основному расстройству, мы сталкиваемся лишь в кратковременных начальных процессуальных фазах, что диктует и особые методические условия ее выявления.

Согласно А.Кронфельду [16], вопрос об основном расстройстве, вносящем единство в многообразие клини-

ческих форм и течений шизофрении, теряет свой психиатрический смысл, если ставится безотносительно к нозологии, поэтому основное расстройство всегда выступало в роли нозологического критерия. Процесс выражается в чуждых личности расстройствах, которые проявляются в структуре и связях психического функционирования, т.е. в «формальных моментах» соматопсихической деятельности: «если этим данностям процесса присущи единые и специфические признаки, то они составляют симптоматологически основное расстройство». Однако для того, чтобы установить это основное расстройство, тем самым отграничив психоз, психопатология должна вооружиться анализом структуры симптома, причем психопатологический метод оказывается плодотворным, когда он применяется в начальных фазах болезни, где благодаря сохранности личности возможно отделение «личностного» от процессуального. Приводя эвристические требования в отношении основного расстройства, А.Кронфельд указывал, что каждый клинический симптом неизменно содержит в себе больше, чем непосредственное проявление основного расстройства, с которым мы имеем дело только там, где невозможно психологическое выведение, т.е. трактовка психотической продукции как реакции личности. «Негативные» же воздействия основного расстройства на психику могут быть установлены психопатологически на основании структуры симптомов, хроногенного момента и того психического контекста, в рамках которого больной продуцирует симптомы, т.е. реагирует на основное расстройство. Собственно, в этом и есть суть структурно-динамического анализа как чистого метода, «не отягощенного никакими теоретическими предвзятостями» [14]. Только внутреннее воспроизведение психотических переживаний в их субъективной данности позволяет дифференцировать в переживаниях больного субъективный и объективный полюса и взаимоотношение этих двух полюсов; установить, «как образуется переживание больного в его формальном и структурном своеобразии», что приводит к столкновению с препятствиями, т.е. элементами,

«которые психологически невыводимы: они-то и обусловлены церебральным процессом» [16]. Для этого необходимо «...внутреннее наблюдение, которое как феноменологическое основывается на рассмотрении душевных фактов, душевного процесса соответственно его субъективной данности, т.е. на рассмотрении шизофренического изменения процесса переживания, его интенциональной структуры, измененного положения «Я» по отношению к своему переживанию» [3]. Реализации этого подхода, однако, препятствует наблюдающееся «...в последние десятилетия игнорирование действительно специальной и требующей усилий по освоению базы знаний и навыков. Интеллектуальное любопытство в сочетании с прочным схватыванием психиатрической семиотики все в большей мере подменяется тренингом психиатров по бездумному применению диагностических критериев DSM-IV. Будучи безусловно полезными для коммуникации, критерии DSM-IV и МКБ-10 не могут заменить клиническую интуицию. Вера в то, что принятие квази-операциональных критериев раз и навсегда решит проблему надежности психиатрических диагнозов, может оказаться иллюзорной, если под вопросом окажется достоверность симптомов и их признаков в реальной клинической практике...» [26].

Литература

1. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного бреда. – Иркутск, 1936. – 134 с.
2. Ануфриев А.К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами. – Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях (под ред. А.К.Ануфриева). – М., 1979. – С.8-24.
3. Берце Й. (1929) Вычленение шизофренических первичных симптомов // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2010. – IV. – С.44-53.
4. Берце Й. (1929) Нарушения мышления при шизофрении // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2011. – I. – С.41-52.
5. Берце Й. (1929) Различия нарушений мышления при шизофреническом процессе и шизофреническом дефекте // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2011. – II. – С.33-39.
6. Берце Й. (1929) Психологическая теория шизофрении // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2011. – III. – С.44-47.
7. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении. – Современные проблемы шизофрении. – М.-Л., 1933. – С.19-28.
8. Груле Г.В. (1929) Нарушение мыслительных процессов // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2009. – IV. – С.42-55.
9. Груле Г.В. (1929) Теория шизофрении // Психология шизофрении. – Независимый психиатрический журнал. – 2010. – II. – С.43-58.
10. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Том I. Общее введение в чистую феноменологию. – М., 1999. – 336 с.
11. Гуссерль Э. Логические исследования. – Т. II (I). – Собрание сочинений. – Т. 3 (1). – М., 2001. – С.329.
12. Залманзон А.Н. К вопросу об основном расстройстве при шизофрении. – Труды психиатрической клиники I ММИ. – Вып.5. – М., 1934. – С.60-86.
13. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 1986. – 287 с.
14. Кронфельд А. (1940) Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии. – Становление синдромологии и концепция шизофрении. – М., 2006. – С.37-221.
15. Кронфельд А. (1940) К вопросу о синдроме раздвоения – Там же. – С.231-270.
16. Кронфельд А. (1936) Современные проблемы учения о шизофрении. – Там же. – С.452-505.
17. Меграбян А.А. Теоретические проблемы психопатологии. – Ереван, 1967.
18. Молчанов В.И. Исследования по феноменологии сознания. – М., 2007. – 436 с.
19. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейропатологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. – Неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова. – 2010. – №6. – С. 4-11.
20. Мотрошилова Н.В. «Идеи I» Эдмунда Гуссерля как введение в феноменологию. – М., 2003. – 720 с.
21. Поляков Ю.Ф. О принципах подхода к изучению нарушения познавательных процессов при шизофрении. – Журнал невропат. и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 1966. – Вып. 1. – С.95-102.
22. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974. – 167 с.
23. Сторожева З.И., Киренская А.В., Лазарев И.Е. и др. Исследование предстимульной модификации акустической стартл-реакции у здоровых и больных шизофренией. – Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2011. – №2. – С.72-75.
24. Фейгенберг И.М. Отражение (осознаваемое и неосознаваемое) вероятностной структуры окружающей среды и некоторые следствия его нарушения (на примере шизофрении). – Проблемы сознания. – М., 1966. – С.326-335.
25. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении (под ред. Ю.Ф.Полякова). – М., 1982. – 205 с.
26. Ябленский А. Психиатрия в кризисе? Назад к основам. – Независимый психиатрический журнал. – 2010. – I. – С.15-16.
27. Feinberg I. Efference copy and corollary discharge: implications for thinking and its disorders. – Schizophr. Bull. – 1978. – Vol.4. – P.29-31.
28. Huber G. Das Konzept substratnaher Basis Symptome und seine Bedeutung fur Theorie und Therapie Schizophrener Erkrankungen. – Nervenarzt. – 1982. – Bd.54. – №1. – S.23-32.