

НОВИЦКИЙ И.Я. ЭКЗОСПЕКЦИЯ ПСИХИКИ

искусственный интеллект как внешний
наблюдатель психического состояния человека



научно-практическая монография - руководство для
психиатров, психологов, судебных экспертов и
специалистов в области искусственного интеллекта

НОВИЦКИЙ И.Я.

ЭКЗОСПЕКЦИЯ ПСИХИКИ

искусственный интеллект
как внешний наблюдатель
психического состояния человека

научно-практическая монография - руководство
для психиатров, психологов, судебных экспертов
и специалистов в области искусственного интеллекта

МОСКВА 2026

УДК 616.89
ББК 56.14
Н73

ISBN 978-5-6054860-6-0



Новицкий Игорь Яковлевич – канд. мед. наук, главный врач клиники психиатрии и наркологии, судебно-психиатрический эксперт.

Н73 Новицкий И.Я. Экзоспекция психики: искусственный интеллект как внешний наблюдатель психического состояния человека. – М.: Клиника доктора Новицкого, 2026. – 388 с.

Монография посвящена формированию новой концепции объективной оценки психических состояний посредством технологий искусственного интеллекта. Автор предлагает комплексный подход, объединяющий клиническую психиатрию, когнитивную психологию, цифровую феноменологию, методологию экспертной диагностики и современные ИИ-инструменты анализа поведения, речи и эмоциональных паттернов.

Работа отражает научный, клинический и экспертный опыт автора и ориентирована на специалистов, стремящихся интегрировать кибернетические методы наблюдения в психиатрическую практику, судебно-психиатрическую экспертизу, психотерапию, исследовательскую деятельность и построение цифровых диагностических систем нового поколения.

Особое внимание уделено эпистемологическим основаниям экзоспекции: рассматривается, как меняется сама природа диагностического акта при переходе от субъективной интерпретации к алгоритмически воспроизводимым методам наблюдения. Автор анализирует границы человеческого восприятия и объясняет, каким образом искусственный интеллект может выполнять функции внешнего наблюдателя без эмоциональной вовлеченности, перцептивных и когнитивных искажений.

В монографии подробно описаны каналы данных, пригодные для экзоспективного анализа, включая речевые, поведенческие, физиологические и цифрово-контекстуальные параметры. Рассматриваются вопросы интеграции многомерных данных в единый психический профиль, принципы формирования вероятностных моделей психических состояний и перспективы создания объективных стандартов диагностики в клинической и экспертной психиатрии.

© Новицкий И.Я., 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
О мотивации написания книги	7
О границах и ответственности экзоспекции.....	10
ВВЕДЕНИЕ	15
Кризис субъективной психиатрии в XXI веке	15
Почему именно сейчас стала возможна экзоспекция.....	18
Цели, задачи и структура монографии.....	21
Для кого написана эта книга.....	25
ОТДЕЛ I. ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭКЗОСПЕКЦИИ	28
Глава 1. Психиатрия как знание, основанное на интерспекции	28
1.1. Интерспекция как исторический фундамент психиатрии.....	28
1.2. Роль личности врача в формировании диагноза.....	31
1.3. Субъективность, эмпатия и клинический опыт: сила и пределы	35
1.4. Контрперенос, слепые зоны и диагностические искажения	37
Глава 2. Пределы интерспекции в клинической и экспертной практике.....	39
2.1. Воспроизводимость психиатрических диагнозов.....	39
2.2. Разброс клинических интерпретаций как научная проблема	41
2.3. Интерспекция в психологии и психиатрии: сходства и различия	43
2.4. Судебная психиатрия как зона максимальной цены ошибки	45
Глава 3. Объективность в гуманитарных и медицинских науках	48
3.1. Понятие объективности: философский и научный анализ	48
3.2. Почему психиатрия отставала от “жестких” наук.....	52
3.3. Инструментальное знание и роль измерительных систем	56
3.4. Необходимость внешнего наблюдателя психики	61
ОТДЕЛ II. ЭКЗОСПЕКЦИЯ КАК НОВЫЙ РЕЖИМ ПОЗНАНИЯ ПСИХИКИ	66
Глава 4. Понятие экзоспекции психики человека	66
4.1. Определение экзоспекции: рабочая и расширенная формулировки	66
4.2. Экзоспекция и интерспекция: принципиальные различия.....	70
4.3. Экзоспекция как эпистемологический сдвиг	74
4.4. Границы применимости экзоспекции	78
Глава 5. Экзоспективный субъект: почему человек не может быть внешним наблюдателем.....	82
5.1. Психика как одновременно объект и инструмент познания.....	82
5.2. Ограничения человеческого наблюдения	86
5.3. Эмоции, идентификация и моральные искажения	90
5.4. Требования к экзоспективному наблюдателю	95
Глава 6. Искусственный интеллект как экзоспективный агент.....	100
6.1. Принципиальные отличия ИИ от человека-наблюдателя.....	100
6.2. Отсутствие аффекта и значение этого факта	105
6.3. Алгоритмическая воспроизводимость анализа.....	110

6.4. Ограничения и уязвимости ИИ-экзоспекции.....	115
ОТДЕЛ III. ДАННЫЕ ДЛЯ ЭКЗОСПЕКЦИИ: ЧТО МОЖНО НАБЛЮДАТЬ И ИЗМЕРЯТЬ.....	122
Глава 7. Психика как система феноменов и параметров	122
7.1. Симптом как наблюдаемый параметр	122
7.2. Поведение как внешний фенотип психики	127
7.3. Динамика и временные ряды психического состояния.....	131
7.4. Контекст и среда как часть психического профиля	136
Глава 8. Физиологические и поведенческие каналы данных	141
8.1. Носимые устройства и вегетативные показатели	141
8.2. Сон, активность и циркадные ритмы	146
8.3. Психомоторика и двигательные паттерны.....	151
8.4. Ограничения биосенсоров в психиатрии	155
Глава 9. Речь, голос и поведение как ключевые источники экзоспекции	160
9.1. Речь как структурный отпечаток мышления	160
9.2. Просодия, темп и латентность ответов	164
9.3. Анализ нарратива и связности мышления	169
9.4. Видеоанализ, мимика и моторное поведение	175
ОТДЕЛ IV. ЭКЗОСПЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	181
Глава 10. Принципы экзоспективной диагностики	181
10.1. От описания симптомов к профилю состояния	181
10.2. Вероятностное мышление в диагностике	185
10.3. Дифференциальная диагностика в экзоспективной модели	191
10.4. Роль врача в интерпретации экзоспективных данных	196
Глава 11. Аффективные расстройства	201
11.1. Депрессивные расстройства.....	201
11.2. Биполярный спектр	211
11.3. Экзоспективные маркеры аффективной динамики	216
11.4. Мониторинг и прогноз	220
Глава 12. Тревожные и стресс-связанные расстройства.....	225
12.1. Генерализованное тревожное расстройство	225
12.2. Паническое расстройство и фобии	230
12.3. Посттравматическое стрессовое расстройство	235
12.4. Физиологические и поведенческие паттерны тревоги	240
Глава 13. Психотические расстройства.....	246
13.1. Расстройства шизофренического спектра.....	246
13.2. Бред, галлюцинации и реальность-тестинг.....	250
13.3. Экзоспективная оценка критики.....	255
13.4. Динамика психотических состояний.....	260
Глава 14. Личностные расстройства и расстройства развития.....	266
14.1. Расстройства личности.....	266
14.2. Пограничная и нарциссическая патология	271
14.3. Аутизм и нейроразвитие	276

14.4. Структурные особенности экзоспективного анализа	281
ОТДЕЛ V. ЭКЗОСПЕКЦИЯ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ	286
Глава 15. Судебная экспертиза как вершина психиатрической ответственности	286
15.1. Цена ошибки в судебной психиатрии	286
15.2. Причины расхождения экспертных заключений	289
15.3. Пределы традиционных комиссионных подходов	293
15.4. Необходимость стандартизации	297
Глава 16. Экзоспекция при оценке вменяемости	301
16.1. Вменяемость как клинико-юридическая конструкция	301
16.2. Экзоспективная реконструкция состояния на момент деяния	305
16.3. Критика, волевой контроль и понимание	311
16.4. Экзоспекция и симуляция/диссимуляция	316
ОТДЕЛ VI. ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ЭКЗОСПЕКЦИИ	322
Глава 17. Как психиатру и психологу начать работать с экзоспекцией	322
17.1. Изменение клинического мышления	322
17.2. Формулировка запросов к ИИ-системам	326
17.3. Интерпретация экзоспективных отчётов	330
17.4. Совмещение клинического опыта и данных	335
Глава 18. Этические, правовые и профессиональные аспекты	339
18.1. Ответственность врача и роль ИИ	339
18.2. Конфиденциальность и защита данных	343
18.3. Риски злоупотреблений и ограничений	347
18.4. Экзоспекция как инструмент, а не замена человека	352
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	356
Экзоспекция как новый этап эволюции психиатрии	356
Человек и ИИ как единая диагностическая система	358
Будущее объективной психиатрии	362
ПРИЛОЖЕНИЯ	367
Примеры экзоспективных отчётов	367
Схемы интеграции данных в экзоспективной модели психиатрического анализа	377
Таблицы сравнений интерспекции и экзоспекции (описательный формат)	378
Схемы интеграции данных	379
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	382

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная психиатрия и клиническая психология находятся в парадоксальном положении. С одной стороны, это дисциплины с более чем вековой научной историей, обладающие обширным клиническим опытом, развитой нозологической системой, международными классификациями и накопленным массивом эмпирических данных. С другой стороны, именно в этих областях знания продолжает сохраняться фундаментальная методологическая уязвимость, связанная с тем, каким образом осуществляется познание психики другого человека. В отличие от соматической медицины и большинства естественных дисциплин, психиатрия по-прежнему опирается на метод, в котором наблюдение, интерпретация и заключение проходят через психику самого наблюдателя, то есть врача или психолога. Эта особенность долгое время воспринималась как неизбежная и даже как преимущество, поскольку эмпатия, клиническое чутьё и субъективный опыт специалиста рассматривались как ключевые инструменты понимания психического страдания.

Однако по мере усложнения социальных процессов, роста ответственности клинических и экспертных решений, а также расширения границ психиатрической практики — от терапии до судебно-психиатрической экспертизы — данный подход всё чаще демонстрирует свои пределы. Различия в диагностических заключениях, низкая воспроизводимость результатов, расхождения между экспертными комиссиями, а также зависимость выводов от личностных, эмоциональных и профессиональных характеристик специалиста становятся не только предметом профессиональной рефлексии, но и объектом критики со стороны научного сообщества и общества в целом. Проблема субъективности перестаёт быть частным вопросом методологии и приобретает характер системного вызова, затрагивающего саму научную состоятельность психиатрии как дисциплины (Jaspers K., 1913; Kendell R., 1975).

В этом контексте особенно показательной является судебная психолого-психиатрическая экспертиза, где цена ошибки измеряется не только клиническими последствиями, но и судьбами людей, их свободой и юридическим статусом. Факт того, что разные экспертные комиссии могут выносить взаимоисключающие заключения в отношении одного и того же лица, нередко используя схожие методологические инструменты и опираясь на одинаковые классификационные системы, указывает не столько на недостаточную квалификацию отдельных специалистов, сколько на структурные ограничения самого способа познания психики, лежащего в основе экспертной практики. Эти ограничения невозможно устранить исключительно за счёт повышения профессионального уровня, расширения комиссий или ужесточения формальных процедур, поскольку они коренятся в самой природе интерспективного подхода.

Настоящая монография посвящена осмыслению и разработке принципиально иного режима познания психического состояния человека — экзоспекции. Под экзоспекцией в данной работе понимается систематическое, формализованное и воспроизводимое исследование психики человека, осуществляемое

вне психики другого человека и опирающееся на внешние, нечеловеческие аналитические системы. Впервые в истории науки появление искусственного интеллекта делает такой подход не только теоретически мыслимым, но и практически реализуемым. Речь идёт не о замене врача или психолога, не об устранении клинического мышления и не о механистическом редукционизме, а о формировании внешнего аналитического контура, способного обеспечить уровень объективности, недостижимый в рамках чисто интерспективной модели.

Экзоспекция не противопоставляется клиническому опыту как таковому, но вводит принципиально иное распределение ролей между человеком и инструментом анализа. Врач и психолог сохраняют ответственность за интерпретацию, этическую оценку и принятие решений, в то время как искусственный интеллект выступает в роли внешнего наблюдателя, фиксирующего структуру, динамику и закономерности психического состояния без вовлечённости, аффекта и личностной идентификации. Такой подход позволяет по-новому поставить вопрос об объективности в психиатрии, приблизив её к стандартам воспроизводимости и проверяемости, принятым в других научных дисциплинах (Bishop C., 2006; Friston K., 2010).

Данная книга задумана как научно-практическая монография и одновременно как руководство, адресованное широкому кругу специалистов. Она предназначена для психиатров и клинических психологов, работающих в диагностике, терапии и экспертизе; для судебных экспертов, сталкивающихся с необходимостью принятия ответственных решений в условиях неопределённости; для исследователей, интересующихся эпистемологией психиатрии и философией науки; а также для специалистов в области искусственного интеллекта, разрабатывающих системы анализа человеческого поведения и психического состояния. Особое внимание уделяется тому, чтобы изложение оставалось доступным практикующим специалистам, не теряя при этом академической строгости и концептуальной глубины.

Автор осознаёт, что введение понятия экзоспекции и попытка системного переосмысления методологических оснований психиатрии неизбежно вызовут дискуссии и, возможно, сопротивление. Это естественно для любой научной работы, затрагивающей базовые предпосылки дисциплины. Настоящая монография не претендует на окончательные ответы и не предлагает универсальных рецептов. Её цель заключается в формировании новой рамки мышления, внутри которой становится возможным более строгий, объективный и воспроизводимый анализ психики человека с опорой на достижения современных технологий и искусственного интеллекта.

Эта книга написана не как технологический манифест и не как футурологическое эссе. Она возникла как результат многолетнего профессионального наблюдения за тем, как в реальной клинической и экспертной практике принимаются решения, от которых зависят здоровье, судьба, свобода и правовой статус человека. Психиатрия и клиническая психология по своей природе находятся в уникальном положении среди медицинских и гуманитарных наук, поскольку их объект психика человека одновременно является и инструментом

познания. Именно эта особенность делает данные дисциплины чрезвычайно чувствительными к личности специалиста, его состоянию, опыту, убеждениям и внутренним ограничениям.

За годы практики становится очевидным, что даже при высокой профессиональной подготовке, строгом следовании клиническим рекомендациям и использовании международных классификаций, таких как МКБ-10/11, психиатрическое заключение неизбежно несёт на себе отпечаток субъективности. Эта субъективность редко осознаётся полностью и ещё реже может быть формализована или проконтролирована. Она проявляется в выборе диагностической гипотезы, в интерпретации симптомов, в акцентах клинического описания и, в конечном итоге, в самом выводе. В большинстве клинических ситуаций подобная неопределённость компенсируется длительным наблюдением и терапевтическим взаимодействием. Однако в экспертной практике, особенно судебной, времени на такую коррекцию нет, а цена ошибки становится предельно высокой.

Автор не ставит под сомнение значение клинического опыта, эмпатии и профессиональной интуиции. Напротив, именно практическая работа позволяет увидеть границы этих инструментов наиболее отчётливо. Проблема заключается не в недостатке добросовестности или компетентности специалистов, а в отсутствии внешнего, независимого и воспроизводимого контура анализа психического состояния, который позволил бы снизить влияние индивидуальных искажений. До недавнего времени такая задача не имела технического решения и потому оставалась преимущественно философской или критической.

Появление и быстрый прогресс систем искусственного интеллекта радикально меняют эту ситуацию. Впервые становится возможным создать аналитический инструмент, который не является носителем психики, не включён в эмоциональное поле взаимодействия и не подвержен тем формам когнитивных и аффективных искажений, которые неизбежны для человека. Это не означает автоматизацию клинического мышления и не предполагает устранение специалиста из процесса принятия решений. Речь идёт о формировании нового уровня анализа — экзоспективного, в котором психика человека рассматривается как система наблюдаемых параметров, феноменов и динамических связей, доступных внешнему и формализованному исследованию.

Термин «экзоспекция» используется в данной работе осознанно и принципиально. Он вводится как концептуальное обозначение нового режима познания психики, противопоставленного интерспекции не по ценностному, а по эпистемологическому основанию. Экзоспекция не отменяет внутреннего понимания, клинической беседы и психологического контакта, но дополняет их внешним аналитическим контуром, способным обеспечить большую устойчивость, проверяемость и сопоставимость выводов. В этом смысле экзоспекция рассматривается не как частная технология, а как методологический поворот, имеющий значение для всей системы психиатрического знания.

Автор отдаёт себе отчёт в том, что любые попытки внедрения искусственного интеллекта в область психического здоровья вызывают обоснован-

ные опасения, связанные с этикой, конфиденциальностью и ответственностью. Именно поэтому в книге последовательно проводится мысль о том, что ИИ не может и не должен быть субъектом решения в клиническом или юридическом смысле. Его роль заключается в анализе, структурировании и представлении данных, тогда как ответственность за интерпретацию и конечные выводы остаётся за человеком. Такое распределение ролей позволяет сохранить гуманистическое ядро психиатрии, одновременно усилив её научную и методологическую состоятельность.

Настоящая монография не является описанием конкретной программной платформы или коммерческого продукта. Она предлагает теоретическую рамку, внутри которой могут разрабатываться различные экзоспективные системы, адаптированные к клинической, исследовательской или судебной практике. Автор сознательно избегает узкоспециализированного технического языка в пользу междисциплинарного подхода, способного быть понятным как практикующим психиатрам и психологам, так и специалистам в области искусственного интеллекта. При этом все ключевые положения соотносятся с существующими нозологическими моделями и классификациями, включая МКБ-10/11, что обеспечивает преемственность и практическую применимость излагаемых идей.

Эта книга адресована тем, кто не удовлетворён существующим положением дел и готов рассматривать психиатрию и клиническую психологию как развивающиеся науки, а не как завершённые системы знаний. Она написана для специалистов, которые понимают, что путь к большей объективности лежит не через отрицание человеческого фактора, а через его осознание и методологическое дополнение. Экзоспекция в предлагаемом здесь понимании является именно таким дополнением не заменой человека, а новым инструментом, расширяющим границы профессионального мышления.

О мотивации написания книги

Мотивация к написанию этой монографии возникла не из интереса к новой технологии как таковой и не из стремления дополнить психиатрию очередным инструментальным направлением. Она выросла из профессионального опыта наблюдения за тем, как в психиатрии — в клинике, консультативной практике и особенно в судебно-психиатрической экспертизе — формируется знание о психике другого человека, и какие последствия имеет неизбежная зависимость этого знания от психики самого исследователя. В течение десятилетий психиатрия развивалась как дисциплина, в которой основным «измерительным прибором» оставался человек: врач, психолог, экспертная комиссия. Феноменологическая традиция честно фиксировала, что доступ к переживаниям другого субъекта опосредован языком, контекстом и интерпретацией, а потому всегда будет ограниченным и вероятностным (Jaspers, 1913). Однако с течением времени стало очевидно, что пределы этого подхода проявляются не только в философских сомнениях, но и в конкретных, практических расхождениях между специалистами, центрами, школами и комиссиянными заключени-

ями, то есть в тех местах, где психиатрия сталкивается с требованием воспроизводимости и проверяемости, характерным для зрелых наук (Kendell, 1975).

Психиатрия располагает классификационными системами, предназначенными для унификации языка описания и повышения согласованности диагностики. МКБ-10/11, как и другие классификационные рамки, стремятся обеспечить сопоставимость клинических случаев, статистическую отчётность и общие критерии клинического мышления. Тем не менее, сама структура психиатрического знания, основанная на интерпретации поведения, речи, эмоционального выражения и субъективного отчёта пациента, сохраняет высокий уровень неопределённости. Согласованность диагнозов между специалистами повышается при стандартизации интервью и критериев, но полностью не исчезает, поскольку значительная часть клинического решения остаётся контекстной и «человеко-зависимой» — от выбора ключевых феноменов до весов, которые им придаёт эксперт (Spitzer, 1983; First, 2014). В результате, там, где требуется максимальная строгость, психиатрия вынуждена опираться на механизм коллегиальности и комиссионности, то есть фактически на социальный способ снижения ошибки, а не на инструментальную объективизацию.

Именно в судебной психиатрии данная проблема обнажается в наиболее концентрированном виде. Судебно-психиатрическая экспертиза предъявляет к психиатрии требования, близкие по форме к требованиям «жёстких» дисциплин: однозначность критерия, доказательность вывода, трассируемость аргументации, сопоставимость заключений. При этом объект экспертизы чаще всего представляет собой не только клинический феномен, но и правовую ситуацию, включающую реконструкцию состояния на момент деяния, анализ материалов уголовного дела, интерпретацию свидетельств и поведения, оценку критики и волевой регуляции. В таких условиях одно и то же лицо может оказаться в пространстве существенно разных заключений, а расхождения комиссий воспринимаются обществом как доказательство субъективности психиатрии в целом. Для профессионального сообщества подобные расхождения обычно объясняются различиями в качестве материалов, полноте обследования или в методологической школе. Однако более глубокий анализ показывает, что причиной часто является не столько недобросовестность, сколько фундаментальная зависимость экспертного вывода от внутреннего состояния эксперта и от того, каким способом он «собирает» целостную картину личности из фрагментов наблюдаемого и сообщаемого.

Эта монография создавалась с убеждением, что эпоха, в которой психиатрия вынужденно оставалась преимущественно интерспективной, подходит к завершению. Не потому, что человеческий опыт утратил ценность, и не потому, что эмпатия или клиническая интуиция стали «устаревшими». Напротив, эмпатия и клиническая наблюдательность продолжают быть важнейшими условиями помощи. Но в XXI веке возникли предпосылки для принципиально иного дополнения психиатрического познания — для внешнего аналитического контура, который способен стандартизировать и удерживать в единой модели то, что человеческая психика удерживает лишь частично, выборочно и подвержен-

но искажениям. Развитие вычислительных методов в медицине и психиатрии, включая подходы *computational psychiatry* и вероятностное моделирование психических состояний, уже продемонстрировало, что сложные клинические феномены могут быть описаны в форме формализованных моделей, допускающих проверку и сравнение (Friston, 2010; Huys, Maia, Frank, 2016). Одновременно прогресс машинного обучения и современных архитектур анализа данных показал, что алгоритмические системы способны извлекать устойчивые закономерности из многомерных массивов сигналов, не подменяя клиническое решение, а предлагая иной, внешне организованный способ «видеть» динамику состояния (Bishop, 2006; Topol, 2019).

Собственная мотивация автора состоит в том, чтобы сформулировать этот новый способ наблюдения психики как отдельную научную категорию. В психологии и психиатрии существует множество терминов, описывающих наблюдение, измерение и оценку: обследование, мониторинг, объективизация, психометрия, поведенческий анализ. Однако отсутствует понятие, которое бы фиксировало ключевой эпистемологический факт: психика исследуется не только через психику другого человека, но и посредством внешнего по отношению к человеческой психике наблюдателя, способного быть воспроизводимым и лишённым аффективной вовлечённости. Именно поэтому вводится термин «экзоспекция» и обосновывается необходимость его отделения от привычных инструментальных описаний. Экзоспекция в данной работе понимается как режим познания, при котором психическое состояние реконструируется и оценивается через формализованную интеграцию внешне наблюдаемых параметров — речи, поведения, физиологических ритмов, динамики активности и иных фенотипических проявлений — с использованием систем искусственного интеллекта, выступающих в роли внешнего аналитического агента.

При этом важно подчеркнуть, что идея экзоспекции не исходит из наивной веры в «безошибочность» алгоритма. Современная наука о данных убедительно показала, что алгоритмы могут наследовать смещения, допускать ошибки обобщения и демонстрировать уязвимости в реальных, несбалансированных клинических контекстах (Obermeyer, Powers, Vogeli, Mullainathan, 2019). Поэтому мотивация автора включает не только стремление к объективизации, но и стремление к честному описанию границ нового подхода: где экзоспекция усиливает клиническую и экспертную практику, а где она требует осторожности, контроля и человеческой ответственности. Экзоспекция не должна становиться новым источником догматизма напротив, она должна привести психиатрию к большей проверяемости и к более строгому обращению с неопределённостью.

Отдельный пласт мотивации связан с тем, что психиатрия исторически развивалась как поле пересечения медицинского, философского и культурного знания. Российская психиатрическая и психологическая традиция, включая труды, посвящённые системному пониманию высших психических функций, патопсихологии и клинической феноменологии, постоянно поднимала вопрос о структуре психики и о принципах её описания (Vygotsky, 1934; Лурия, 1973; Bekhterev, 1907). В отечественной судебной психиатрии акцент на экспертной

ответственности и на необходимости строгого клинического анализа всегда был особенно выражен, что делало проблему субъективных расхождений в заключениях ещё более чувствительной в профессиональном смысле. Мотивация данной книги заключается также в том, чтобы соединить эту традицию с современными возможностями искусственного интеллекта, не разрушая клиническую культуру, но усиливая её методологическими средствами, которые прежде были недоступны.

Наконец, мотивация к написанию книги определяется убеждением, что интеграция МКБ-10/11 в экзоспективную практику может стать не формальным, а содержательным шагом вперёд. МКБ-11 фиксирует тенденцию к большему вниманию к функционированию, контексту и клинической применимости критериев, что создаёт более благоприятную рамку для сопряжения нозологической логики с динамическими моделями состояния. Экзоспекция, в свою очередь, может предоставить инструменты для более строгого описания динамики симптомов и функционального профиля, а значит — для более содержательной клинической интерпретации того, что в классификациях обозначено критериями. Таким образом, мотивация автора состоит не в отрицании существующих систем, а в их методологическом усилении, направленном на повышение воспроизводимости и на снижение зависимости психиатрического знания от индивидуальной субъективности.

Эта книга написана с намерением предложить научному сообществу понятие, которое может стать предметом дискуссии, критики и последующей операционализации. Автор считает, что психиатрия объективизируется не тогда, когда исчезает человеческий фактор, а тогда, когда он становится методологически осмысленным и дополненным внешними средствами проверки. Экзоспекция в этом смысле не отменяет клинического взгляда; она предлагает вторую, независимую оптику, способную укрепить диагностику, мониторинг и экспертные выводы там, где цена ошибки требует максимальной строгости.

О границах и ответственности экзоспекции

Появление экзоспективного подхода, основанного на использовании искусственного интеллекта как внешнего наблюдателя психического состояния, неизбежно порождает вопрос не только о научной состоятельности и практической пользе данного метода, но и о его границах, а также об ответственности, возникающей в связи с его применением. Этот вопрос является принципиальным, поскольку психиатрия и клиническая психология относятся к тем областям знания, где исследование и интерпретация данных напрямую затрагивают фундаментальные человеческие права, достоинство личности, автономию, а в ряде случаев — свободу и жизнь человека. По этой причине любое усиление диагностического инструментария должно сопровождаться ясным определением того, что именно способен сделать новый метод, чего он сделать не может, и кто несёт ответственность за последствия его использования. Иными словами, экзоспекция не может рассматриваться исключительно как технологический

прогресс; она должна быть встроена в нормативную, этическую и правовую рамку, сопоставимую по строгости с её предполагаемой объективизирующей функцией (Beauchamp, Childress, 2019).

Прежде всего, следует подчеркнуть, что экзоспекция, даже в максимально развитой форме, не совпадает с понятием «объективной истины» в строгом философском смысле. Она предлагает иной режим наблюдения и анализа, повышающий воспроизводимость и снижающий влияние индивидуальной субъективности специалиста, однако сама по себе не устраняет неопределённость, присущую психическим феноменам. Психика человека не является объектом, полностью исчерпываемым измеряемыми параметрами, и любая попытка её формализации сталкивается с тем, что часть клинически значимых проявлений остаётся контекстной, нарративной и межсубъектной. Это обстоятельство было ясно обозначено ещё в классической феноменологической психопатологии, где указывалось, что понимание переживаний другого человека всегда опосредовано и не может быть сведено к простой регистрации признаков (Jaspers, 1913). Экзоспекция не отменяет данного ограничения, но предлагает компенсировать его путём добавления внешнего аналитического контура, способного обнаруживать закономерности и несогласованности, которые человеческий наблюдатель может не увидеть или интерпретировать различно.

Понятие границы экзоспекции в данной работе включает как эпистемологическую, так и этико-правовую составляющую. Эпистемологическая граница определяется тем, что искусственный интеллект не обладает переживанием и не является субъектом психической жизни; следовательно, он не способен к «пониманию» в том смысле, который традиционно приписывается клиническому контакту. Его сильная сторона состоит в анализе структуры данных, в выявлении статистических и динамических паттернов, в интеграции множества источников информации и в формировании вероятностных моделей состояния. Однако этот же факт означает, что экзоспекция, основанная на ИИ, должна быть осмыслена как метод оценки по внешним проявлениям и данным, а не как замена человеческой интерпретации смыслов. В клинике это ограничение требует сохранения роли врача или психолога как субъекта клинического решения, способного учитывать личностный, культурный и биографический контекст пациента, а также смысловую ткань его высказываний и переживаний (Gadamer, 1960).

Этико-правовая граница экзоспекции связана с тем, что внедрение ИИ в психиатрическую и психологическую практику неизбежно меняет распределение ответственности и может создать иллюзию «технической безошибочности». Подобная иллюзия особенно опасна именно в сфере психиатрии, поскольку здесь традиционно существует высокий риск стигматизации, злоупотреблений и принудительных вмешательств, которые в истории дисциплины неоднократно становились предметом социальной и политической критики (Foucault, 1961). Поэтому экзоспекция должна развиваться в логике не усиления власти диагноза, а усиления проверяемости и прозрачности диагностического процесса. ИИ в данном контексте не должен становиться новой формой автори-

тарного заключения; напротив, он обязан служить инструментом, который делает процедуру анализа более трассируемой, а аргументацию — более разложимой на элементы, поддающиеся проверке.

Ключевым принципом ответственности является сохранение человеческого субъекта решения. Даже если экзоспективная система демонстрирует высокую точность на валидированных выборках и обеспечивает высокую согласованность результатов, она остаётся инструментом поддержки принятия решений и не может быть наделена юридической субъектностью. В клинической практике ответственность за диагноз, назначение терапии и организацию наблюдения принадлежит врачу, поскольку именно он вступает в профессиональные и правовые отношения с пациентом, несёт ответственность за безопасность и исход лечения и обладает полномочиями действовать в условиях неопределённости. Это соответствует фундаментальным принципам медицинской этики, в которых ответственность не может быть делегирована техническому устройству или алгоритму (Beauchamp, Childress, 2019). В судебной психиатрии данный тезис приобретает ещё более строгий характер: экспертное заключение является юридически значимым документом, и ответственность за него несут конкретные лица, действующие в рамках процессуального закона. Экзоспекция может стать частью экспертного инструментария, но не может заменить эксперта как субъекта юридического действия.

Особое место в вопросе границ экзоспекции занимает проблема данных. Экзоспекция мыслится как метод, основанный на интеграции многоканальной информации: клинической беседы, наблюдения, анамнеза, материалов дела, психометрических и патопсихологических тестов, а также возможных цифровых маркеров поведения и физиологических показателей. Однако именно расширение спектра данных делает экзоспекцию уязвимой в отношении конфиденциальности и вторжения в частную жизнь. Психические данные относятся к наиболее чувствительным категориям информации, поскольку они способны раскрывать не только актуальное состояние, но и личностные особенности, привычки, межличностные связи и элементы биографии. Эти риски усиливаются при применении цифрового фенотипирования и пассивного мониторинга, где граница между медицинским наблюдением и тотальным контролем может быть размыта (Insel, 2017). Следовательно, экзоспекция требует строгих принципов информированного согласия, минимизации данных, ограничения целей обработки и независимого контроля безопасности.

Важнейшей границей экзоспекции является её валидность. В психиатрии давно известно, что повышение надёжности измерения не всегда означает повышение истинности или клинической адекватности выводов. Система может быть весьма согласованной и воспроизводимой, но при этом систематически ошибаться в отношении определённых групп пациентов или контекстов. Современные исследования в области медицинских алгоритмов показали, что даже широко используемые модели могут содержать скрытые смещения и приводить к неравенству в доступе к помощи или к ошибочным решениям в отношении отдельных популяций (Obermeyer, Powers, Vogeli, Mullainathan, 2019).

Для психиатрии это означает, что экзоспективные системы должны проходить многоуровневую проверку: на разных культурах, языках, возрастных группах и клинических профилях. Более того, в судебной психиатрии валидность должна включать не только клиническую точность, но и процессуальную допустимость методов, прозрачность процедуры и возможность независимой экспертизы результатов.

Ещё одна принципиальная граница связана с тем, что экзоспекция может ошибочно восприниматься как «детектор лжи» или универсальный инструмент выявления симуляции. Исторически судебная практика неоднократно демонстрировала склонность к поиску окончательных технических решений для определения истинности высказываний или мотивов поведения. Однако психиатрия и психология знают, что симуляция и диссимуляция являются сложными поведенческими феноменами, зависящими от контекста, личности, интеллектуальных возможностей и мотивации. Экзоспекция способна выявлять несогласованности, атипичные паттерны и статистически редкие сочетания признаков, но она не может превращаться в инструмент категорического обвинения, поскольку это противоречит как научной осторожности, так и правовым принципам презумпции невиновности и состязательности процесса (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014). В экспертной практике экзоспекция должна использоваться как средство повышения тщательности анализа, а не как механизм окончательного «разоблачения».

В этой связи особую значимость приобретает принцип объяснимости. Психиатрическое заключение, особенно судебное, должно быть не только результатом анализа, но и аргументированным текстом, в котором прослеживается логика от фактов к выводам. Экзоспективные модели, основанные на сложных алгоритмах машинного обучения, нередко критикуются за «чёрный ящик», то есть за невозможность чётко реконструировать ход рассуждения системы. Для клиники эта проблема частично компенсируется наблюдением в динамике и возможностью коррекции. Для суда такая непрозрачность недопустима. Следовательно, одна из границ экзоспекции состоит в том, что она должна стремиться к формированию объяснимых выводов, построенных на трассируемых признаках и критериях, которые могут быть оценены экспертом и представлены в процессуально значимой форме (Doshi-Velez, Kim, 2017). Экзоспекция, претендующая на место в судебной практике, обязана быть не только точной, но и интерпретируемой.

Наконец, границы экзоспекции определяются гуманистическим ядром психиатрии. Психическое расстройство — это не только совокупность симптомов и не только функциональное снижение; это человеческое страдание, укоренённое в биографии, отношениях и смыслах. Психиатрия не может быть сведена к измерительной технике, поскольку её конечная цель заключается не в классификации, а в помощи. Экзоспекция должна усиливать способность к помощи, снижая вероятность ошибок, улучшая мониторинг и повышая обоснованность решений, но она не должна превращать человека в объект тотального наблюдения. В этом смысле ответственность экзоспекции состоит в том, чтобы

служить человеку, а не дисциплинировать его, и обеспечивать большую справедливость и научную добросовестность там, где ранее господствовали субъективные колебания и неустрашимые человеческие ограничения (Goffman, 1961).

Таким образом, экзоспекция требует одновременно научной смелости и нормативной осторожности. Её границы проходят по линии между усилением диагностики и угрозой технологического редуccionизма, между повышением воспроизводимости и риском алгоритмической предвзятости, между расширением данных и вторжением в приватность, между вероятностным анализом и соблазном окончательных вердиктов. Ответственность за экзоспекцию в конечном итоге остаётся человеческой, поскольку именно человек несёт юридические и этические последствия решения, именно человек способен к моральному суждению и именно человек сохраняет обязанность видеть в пациенте личность, а не профиль данных. Экзоспекция, будучи внешним наблюдением, не отменяет внутренней ответственности; напротив, она делает эту ответственность более требовательной, поскольку теперь у специалиста появляются дополнительные основания для проверки себя и своей интерпретации, а значит — меньше оправданий для произвольности.

ВВЕДЕНИЕ

Кризис субъективной психиатрии в XXI веке

Психиатрия вступила в XXI век, сохранив фундаментальную особенность, которая на протяжении всей её истории одновременно обеспечивала дисциплине жизнеспособность и определяла её методологическую хрупкость: психика другого человека познаётся преимущественно через психику врача. Клиническая беседа, наблюдение, феноменологическое описание, выделение симптомов и синдромов, сопоставление их с диагностическими критериями, интерпретация жалоб и поведения — всё это представляет собой не только профессиональный акт, но и особый эпистемологический режим, в котором субъект познания неизбежно становится частью результата познания. Данный факт был осмыслен в классической общей психопатологии, где подчёркивалось, что психиатрическая диагностика всегда опирается на понимающее и описательное знание, а не на прямую инструментальную регистрацию внутренних состояний (Jaspers, 1913). Однако именно в XXI веке эта особенность перестала восприниматься как допустимая неизбежность и превратилась в источник системного напряжения, которое можно обозначить как кризис субъективной психиатрии.

Кризис, о котором идёт речь, не следует понимать как отрицание психиатрии, её научной состоятельности или клинической эффективности. Он означает, что традиционный способ производства психиатрического знания всё чаще сталкивается с требованиями современного общества и современной науки, которые выходят за пределы того, что может быть обеспечено одной лишь интерспективной компетенцией специалиста. В большинстве медицинских дисциплин прогресс связан с ростом инструментальной измеримости, стандартизацией диагностики и повышением воспроизводимости решений. Психиатрия, напротив, остаётся областью, где центральную роль играют клиническое впечатление, опыт, феноменологическая точность и способность специалиста удерживать сложный контекст. Это не недостаток как таковой; это исторически закономерная форма существования дисциплины. Однако именно здесь возникает противоречие: психиатрия всё чаще должна действовать в режимах, где требуется не только клиническая тонкость, но и стандартизируемая, проверяемая, воспроизводимая аргументация, сопоставимая по форме с тем, что ожидается от науки и от правовых институтов (Kendell, 1975).

Современные классификационные системы, включая МКБ-10/11, представляют собой попытку решить часть этой проблемы через унификацию языка и критериев. Однако классификация сама по себе не устраняет главного источника вариативности способа клинического обнаружения и интерпретации феноменов. Даже идеально сформулированный критерий остаётся зависимым от того, как специалист распознаёт соответствующий феномен в живой клинической реальности, как он задаёт вопросы, на что обращает внимание, какие сведения считает ключевыми, а какие второстепенными. В результате возникает

разрыв между нормативной формой диагноза и фактическим процессом его построения. Этот разрыв особенно заметен в пограничных случаях, в коморбидности, в ситуациях, когда симптоматика маскируется, изменяется во времени или зависит от контекста. В таких условиях формальная унификация критериев не гарантирует унификации диагностических решений, что приводит к расхождениям между специалистами и центрами даже при одинаковой классификационной рамке (Spitzer, 1983; First, 2014).

Внутренняя субъективность психиатрии имеет несколько взаимосвязанных уровней. Прежде всего, она связана с тем, что психические явления проявляются преимущественно в поведении и речи, то есть в знаках, требующих интерпретации. Это качественно отличается от измерения соматических параметров, где измерительный прибор регистрирует величину независимо от смысла. Психиатрическое наблюдение, напротив, включает в себя не только регистрацию, но и понимание, а понимание всегда опосредовано культурой, языком, личным опытом и эмоциональной вовлечённостью наблюдателя. Герменевтический характер клинического знания делает психиатрию особенно чувствительной к различиям между наблюдателями и к изменчивости самого клинициста во времени (Gadamer, 1960). Далее субъективность связана с тем, что клиническая ситуация является межличностной: пациент сообщает о переживаниях, иногда не имея языка для их точного описания, а специалист должен выстроить картину состояния на основе неполной и потенциально искажённой информации. При этом сам специалист неизбежно вовлечён в эмоциональное поле контакта, где возможны эффекты переноса и контрпереноса, формирующие скрытые смещения восприятия (Freud, 1912; Kernberg, 1975). Наконец, субъективность усиливается там, где психиатрия пересекается с оценочными и нормативными категориями: опасность, способность к самоконтролю, критика, социальная адекватность, ответственность. Эти категории неизбежно затрагивают моральные и культурные представления и потому особенно уязвимы к вариативности.

В XX веке данная особенность психиатрии воспринималась как часть её профессиональной природы. Общество и наука допускали, что в области психического здоровья невозможно добиться точности, сравнимой с лабораторными измерениями. Однако в XXI веке изменились условия, в которых психиатрия функционирует, и изменились ожидания к ней. Во-первых, значительно расширился масштаб психиатрической и психологической помощи: психические расстройства и психологические проблемы стали частью массовой медицины и массового социального запроса, что неизбежно требует стандартизации процессов и сопоставимости решений в больших системах здравоохранения. Во-вторых, увеличилась цена ошибки в публичном и юридическом измерении: судебные процессы, экспертизы, вопросы принудительного лечения и ограничения свободы требуют от психиатрии аргументации, способной выдержать внешнюю проверку и критику. В-третьих, произошло культурное изменение отношения к субъектности: общество одновременно требует гуманизма и уважения к личности и в то же время требует от специалистов прозрачности и до-

казательности, что порождает напряжение между индивидуальным подходом и необходимостью формализованного обоснования.

Особым образом кризис субъективности проявляется в судебной психиатрии, где психиатрическое знание превращается в юридически значимое заключение. Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, претендует на высокую степень строгости, поскольку её объектом является оценка состояния человека в контексте правового критерия, а результат влияет на правовые последствия. При этом именно в экспертной области наиболее заметны расхождения между комиссионными выводами и трудности воспроизводимости. Такая ситуация не может быть объяснена исключительно различиями клинических школ или качеством материалов дела. Она указывает на более глубокий факт: интерспективный механизм познания психики, приемлемый в терапевтическом контексте, оказывается недостаточным там, где требуется процедура, сопоставимая по воспроизводимости с инструментальным измерением. Судебная практика тем самым становится своего рода «лакмусовой бумагой» для всей психиатрии, выявляя пределы субъективного клинического знания и превращая эти пределы в общественно значимую проблему (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014).

Ещё один аспект кризиса связан с изменением самого объекта наблюдения. XXI век характеризуется радикальным усложнением социальной среды, ускорением информационных потоков, цифровизацией коммуникации, ростом тревожности, изменением семейных и трудовых структур. Психические состояния всё чаще формируются в динамике, на фоне постоянного стресса, с высокой коморбидностью и изменчивостью симптоматики. В такой реальности единичное клиническое обследование становится менее информативным, а необходимость мониторинга и анализа динамики возрастает. Однако человеческий наблюдатель ограничен по объёму удерживаемых данных, по возможности длительной фиксации параметров и по способности интегрировать многочисленные разнородные сигналы в единый вывод. Клинический опыт остаётся решающим, но он неизбежно фрагментарен по отношению к многомерной динамике современного пациента. Здесь возникает новая форма субъективности: не только личностная, но и когнитивная, связанная с ограничениями человеческой обработки информации и с тем, что сложность клинических случаев превышает естественные возможности наблюдателя (Kahneman, 2011).

Таким образом, кризис субъективной психиатрии в XXI веке проявляется не в том, что психиатрия «ошибочна» или «ненаучна», а в том, что её традиционный режим познания сталкивается с новой реальностью — социальной, юридической, эпистемологической и технологической. Психиатрия оказывается перед необходимостью либо защищать интерспективную традицию как единственно возможную, либо признать её пределы и дополнить её внешними инструментами, способными повысить воспроизводимость, прозрачность и проверяемость клинических и экспертных решений. В этом месте и возникает ключевой тезис настоящей работы: если психиатрия хочет сохранить гуманистический характер и одновременно приблизиться к стандартам зрелой науки, ей

требуется новый слой познания, не отменяющий клинического контакта, но вводящий внешний аналитический контур. Экзоспекция предлагается как понятие, способное описать этот слой и сделать его предметом методологии, научной дискуссии и практического внедрения.

Экзоспекция в дальнейшем будет рассмотрена как ответ на кризис субъективности не в смысле устранения человека из психиатрии, а в смысле изменения архитектуры психиатрического знания. Клиническая психиатрия и психология сохраняют свой предмет — человеческое страдание и его смысл, — однако дополняются инструментом, который способен видеть структуру и динамику психического состояния без тех искажений, которые неизбежны для человеческого наблюдателя. Этот поворот не является случайным и не может быть редуцирован к «моде на искусственный интеллект». Он обусловлен внутренней логикой развития психиатрии, её неизбежным движением от описания к измеримости, от индивидуального опыта к проверяемой системе, от неполной воспроизводимости к стандартизируемой аргументации. Если этот переход не будет осуществлён в научной и этически контролируемой форме, то психиатрия рискует оказаться объектом внешней критики и регуляции, которые могут быть менее компетентны и менее гуманистичны, чем сама психиатрия. Поэтому вопрос об экзоспекции является не только научным, но и профессионально-историческим: он касается того, сможет ли психиатрия сохранить свой статус дисциплины, отвечающей одновременно требованиям науки, морали и права.

Почему именно сейчас стала возможна экзоспекция

Экзоспекция как эпистемологическая возможность не могла возникнуть в произвольный исторический момент. Её появление обусловлено совпадением нескольких линий развития, которые в предыдущие эпохи существовали раздельно и потому не могли сложиться в новую методологию. В XIX и большей части XX века психиатрия была вынуждена оставаться интерспективной не потому, что клиницисты не осознавали ограничений субъективного подхода, а потому, что не существовало внешнего наблюдателя, который мог бы выполнять функции, аналогичные измерительному прибору в естественных науках. Можно сказать, что психиатрия исторически находилась в положении дисциплины, где «прибор» совпадает с наблюдателем, а наблюдатель является носителем тех же классов искажений, что и исследуемый объект. Это обстоятельство в классической феноменологической традиции было признано как неизбежность: психическое подлежит описанию, пониманию и интерпретации, но не прямой регистрации (Jaspers, 1913). Тем не менее, именно XXI век делает возможным иное положение дел, поскольку формируются условия для появления внешнего аналитического агента, не являющегося носителем психики и потому способного действовать как экзоспективный контур.

Первое условие этой возможности связано с преобразованием самой среды данных. Психиатрия прошлого века опиралась главным образом на клиническую беседу, наблюдение в стационаре, данные анамнеза и редкие лабора-

торно-инструментальные исследования, которые носили преимущественно исключительный характер, помогая дифференцировать психические расстройства от соматоневрологических причин. Сегодня жизнедеятельность человека всё чаще сопровождается цифровыми следами: ритмы сна и бодрствования, двигательная активность, характер коммуникаций, вариативность поведения, изменения темпа речи и даже элементы социальной динамики могут быть зарегистрированы, пусть и с разной степенью точности, в непрерывном временном режиме. В медицине это явление уже привело к переходу от эпизодического измерения к мониторинговому, когда состояние понимается как динамический процесс, а не как снимок в момент обследования (Topol, 2019). Для психиатрии этот переход имеет принципиальное значение: психическое состояние по самой природе является динамическим, контекстным и чувствительным к времени, а потому наблюдение в форме непрерывных или повторяемых измерений теоретически лучше соответствует объекту, чем единичное клиническое интервью.

Однако само наличие данных ещё не делает возможной экзоспекцию. **Второе условие** связано с развитием методов, способных интегрировать многомерные и разнородные сигналы в связную модель. Психиатрическое знание традиционно строилось как качественная интеграция: врач объединяет отдельные симптомы в синдромы, учитывает личность, контекст, динамику, сопоставляет их с нозологическими рамками МКБ-10/11 и формирует клинический вывод. Этот процесс требует одновременного удержания множества параметров, что неизбежно ограничено когнитивными возможностями человека. Психиатрическая субъективность в XXI веке во многом становится не только личностной, но и когнитивной, поскольку сложность реальных случаев, коморбидность и объём информации всё чаще превышают то, что может быть интегрировано без потерь и искажений (Kahneman, 2011). Именно здесь развивается роль вычислительных методов: машинное обучение и вероятностное моделирование способны удерживать высокоразмерные пространства признаков и строить модели, обнаруживающие устойчивые закономерности там, где человек вынужден опираться на эвристики (Bishop, 2006).

Третье условие связано с концептуальным изменением в понимании психических расстройств. В конце XX и начале XXI века в психиатрии постепенно укрепляется подход, в рамках которого психические расстройства рассматриваются не только как дискретные нозологические сущности, но и как динамические состояния, возникающие на пересечении биологических, психологических и социальных факторов. Эта тенденция выражена как в развитии нейронаук и когнитивной психологии, так и в становлении *computational psychiatry*, стремящейся связать клинические феномены с формализуемыми механизмами, пусть и на уровне моделей, а не окончательных доказательств (Friston, 2010; Huys, Maia, Frank, 2016). МКБ-11 в ряде разделов усиливает акцент на клинической применимости, функциональной оценке и контекстной трактовке расстройств, что в целом согласуется с идеей, что диагноз является не только ярлыком, но и моделью состояния, необходимой для прогнозирования и выбора вмешательства. Экзоспекция становится возможной именно на

фоне такого понимания психики как системы, поскольку внешний наблюдатель по определению лучше работает с системами, динамикой и вероятностными зависимостями, чем с уникальными «случаями» в феноменологическом смысле.

Четвёртое условие — технологическое, но его значение выходит за рамки техники. Развитие искусственного интеллекта, особенно методов глубокого обучения и современных архитектур обработки языка, речи и изображений, создаёт возможность анализа тех аспектов психики, которые исторически считались исключительно качественными. Речь, нарратив, связность мышления, просодия, динамика диалога — это те области, где психиатрия традиционно опиралась на клиническую интуицию и феноменологическое описание. Однако современные модели обработки естественного языка и аудиосигналов позволяют выделять структурные признаки, измерять их устойчивость и изменения во времени, сопоставлять их с клиническими профилями и использовать как элементы вероятностной оценки состояния (Insel, 2017). Важно подчеркнуть, что речь не идёт о «прочтении мыслей» или прямом доступе к переживанию. Речь идёт о том, что внешние проявления психического процесса могут быть представлены как данные, а данные — как объект формализованного анализа. Именно этот переход от качественного впечатления к формализуемым паттернам делает возможным новый режим наблюдения, который в данной книге обозначается как экзоспекция.

Пятое условие связано с институциональным и социальным контекстом. XXI век предъявляет к психиатрии требования прозрачности, доказательности и справедливости, которые усиливаются в публичной сфере и особенно в судебной практике. Судебно-психиатрическая экспертиза фактически является местом, где психиатрия вынуждена говорить языком, понятным правовым институтам: языком критериев, аргументации и проверяемых процедур. Однако интерспективная природа психиатрии делает этот перевод трудным. В условиях, когда разные комиссии могут давать различные заключения по сходным материалам, доверие к дисциплине становится уязвимым, а общественный запрос на стандартизацию усиливается. Параллельно развивается общий тренд на цифровую верификацию, когда решения в медицине и праве всё чаще требуют опоры на данные и на воспроизводимые методы. Экзоспекция появляется как ответ на этот запрос, но она может быть реализована только тогда, когда существует технологическая возможность для создания внешнего аналитического агента и инфраструктура, позволяющая собирать и хранить данные в защищённой и процессуально пригодной форме (Torol, 2019).

Шестое условие методологическое состоит в осознании того, что экзоспекция возможна лишь при сохранении чёткой границы между анализом и решением. История медицины показывает, что внедрение инструментов измерения приводит к изменению статуса врача не потому, что прибор «заменяет» клинициста, а потому, что он перераспределяет функции: прибор обеспечивает регистрацию и вычисление, врач — интерпретацию, клиническое суждение и ответственность. В психиатрии такая схема долгое время была невозможна, поскольку отсутствовал прибор, способный работать с психическими проявлениями.

ями. Современный ИИ потенциально заполняет эту нишу, но только при условии, что он будет рассматриваться как аналитический контур, а не как автономный субъект решения. Это принципиально важно и для клиники, и для экспертизы. Экзоспекция возможна именно сейчас потому, что одновременно возникла и возможность технологического анализа, и необходимость этико-правового разграничения ролей, сформулированная современной биоэтикой и правовой теорией ответственности (Beauchamp, Childress, 2019).

Наконец, экзоспекция становится возможной именно сейчас потому, что психиатрия накопила достаточный объём структурированного знания, которое может быть использовано для обучения и калибровки внешних систем. Нозологические модели МКБ-10/11, клинические руководства, стандартизированные интервью и психометрические инструменты создали метаязык, позволяющий описывать психические феномены в относительно устойчивых категориях. Психиатрия подготовила формальный каркас, на который могут быть наложены новые методы анализа. В этом смысле экзоспекция не является разрывом с традицией; она является её продолжением на новом уровне, где клинические категории и феноменологические описания становятся не только предметом человеческого понимания, но и объектом внешней аналитической обработки.

Таким образом, возможность экзоспекции определяется не одним фактором, а совпадением исторических линий: цифровизации жизненных процессов, роста объёма доступных данных, развития методов машинного анализа, изменения теоретического понимания психических расстройств, усиления общественного и правового запроса на воспроизводимость и, наконец, наличия классификационных систем, обеспечивающих язык и структуру для формализации. В этих условиях искусственный интеллект впервые получает шанс выступить как внешний наблюдатель психического состояния, а психиатрия — шанс дополнить интерспективную традицию экзоспективным контуром, способным повысить объективность и системность клинического и экспертного знания.

Цели, задачи и структура монографии

Цель настоящей монографии заключается в том, чтобы предложить научному и практическому сообществу концептуально строгую и клинически применимую рамку экзоспекции психики человека, понимаемой как внешний, формализованный и воспроизводимый режим наблюдения психического состояния, осуществляемый при помощи систем искусственного интеллекта. Эта цель включает одновременно теоретическое и практическое измерения. Теоретическое измерение связано с необходимостью описать экзоспекцию не как набор технологических инструментов, а как новый эпистемологический слой психиатрического знания, возникающий на границе клинической феноменологии, философии науки и современной вычислительной методологии (Jaspers, 1913; Kendell, 1975). Практическое измерение связано с задачей показать, каким образом экзоспекция может быть встроена в реальные процессы клиниче-

ской диагностики, мониторинга и судебно-психиатрической экспертизы, не разрушая гуманистического основания дисциплины и не подменяя профессиональную ответственность врача и психолога алгоритмическими предписаниями (Beauchamp, Childress, 2019).

Постановка цели в таком двойном виде не является компромиссом между академическим и прикладным стилем; она отражает внутреннюю природу обсуждаемого предмета. Экзоспекция, будучи возможной именно благодаря техническому развитию искусственного интеллекта, неизбежно оказывается междисциплинарной. Она не может быть полноценно осмыслена в рамках только клинической психиатрии, так же как не может быть корректно внедрена, если рассматривать её исключительно как инженерную задачу без клинического и этического контекста. Поэтому монография изначально строится как единое пространство, где философские основания психиатрического знания и практические регламенты работы с данными связаны общей логикой: от анализа исторической зависимости психиатрии от интерспекции к формулированию требований к внешнему наблюдателю и далее к описанию того, как этот наблюдатель может работать с различными классами расстройств и с наиболее ответственными областями практики.

Задачи настоящей работы определяются тем, что сама возможность экзоспекции предъявляет к психиатрии и психологии новые требования. **Во-первых**, необходимо прояснить, что именно в психиатрии следует понимать под субъективностью и почему эта субъективность является системной, а не случайной. Это требует обращения к феноменологическим основаниям психопатологии, к истории классификаций и к проблеме воспроизводимости клинических решений, включая различия в диагностике при использовании одних и тех же критериев (Jaspers, 1913; Spitzer, 1983; First, 2014). **Во-вторых**, требуется определить экзоспекцию как понятие, отделив её от близких терминов, которые существуют в психиатрии и цифровой медицине: мониторинга, объективизации, поведенческого анализа, психометрии, цифрового фенотипирования. Если экзоспекция будет понята лишь как технологический мониторинг, она утратит свой методологический смысл; если же её трактовать как универсальную замену клиническому пониманию, она превратится в идеологию. Поэтому задача состоит в том, чтобы дать экзоспекции определение, которое одновременно является строгим и ограничивающим, то есть таким, которое фиксирует границы применимости подхода (Insel, 2017).

В-третьих, необходимо описать требования к экзоспективному субъекту и обосновать тезис о том, почему человек в принципе не может быть внешним наблюдателем психики другого человека в строгом смысле. Это не означает отрицания клинической эмпатии; это означает признание того, что эмпатия и интерпретация неизбежно включают субъективные фильтры, тогда как задача экзоспекции состоит в создании воспроизводимого аналитического контура. Здесь задача монографии заключается в том, чтобы объяснить, почему отсутствие психики у ИИ при всех рисках алгоритмических смещений является эпистемологическим преимуществом, и почему именно в этом смысле ИИ спосо-

бен выступать как внешний наблюдатель, а не как «врач-заменитель» (Bishop, 2006; Topol, 2019).

В-четвёртых, требуется рассмотреть вопрос о данных и о том, какие формы наблюдаемого фенотипа психики действительно могут быть использованы для экзоспекции. В психиатрии данные всегда были смешанными: субъективный отчёт пациента, наблюдение врача, описания родственников, анамнестические сведения, результаты психологических тестов, иногда лабораторные и инструментальные показатели. XXI век добавляет к этому цифровые и физиологические маркеры, позволяющие наблюдать динамику поведения, речи, сна и активности. Однако превращение этих сигналов в клинически релевантные показатели требует строгого отбора, операционализации и критического анализа, иначе экзоспекция рискует стать набором произвольных корреляций. Поэтому задача состоит в том, чтобы не только перечислить потенциальные источники информации, но и показать, как они должны быть методологически встроены в клиническую рамку и соотнесены с нозологическими моделями МКБ-10/11.

В-пятых, необходимо продемонстрировать применимость экзоспекции на уровне ключевых групп психических расстройств и психологических проблем. Для этого требуется связать обсуждение экзоспективных признаков с клиническими феноменами, с динамикой состояния и с практическими задачами диагностики и мониторинга. При этом монография сознательно ориентируется на то, чтобы не противопоставлять экзоспективный подход существующим диагностическим системам, а использовать их как язык и каркас, который может быть усилен внешней аналитикой. Такая позиция принципиальна: экзоспекция должна усиливать клиническую применимость МКБ-10/11, позволяя более строго фиксировать динамику и структуру феноменов, но не претендуя на немедленную замену классификационного мышления (First, 2014; World Health Organization, 2019).

В-шестых, отдельной задачей является разработка основания для применения экзоспекции в судебной психиатрии и судебной психологии, поскольку именно здесь максимальна цена ошибки и наиболее заметна проблема расхождений экспертных заключений. Эта задача требует особой строгости, так как судебная экспертиза предъявляет не только клинические, но и процессуальные требования: прозрачность аргументации, воспроизводимость процедур, объяснимость выводов, возможность независимой проверки. Монография стремится показать, что экзоспекция может стать не «судьёй», а инструментом повышения стандартизации и трассируемости экспертной логики, снижая влияние субъективных колебаний и обеспечивая более однозначную структуру обоснования заключения (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014). При этом подчёркивается, что юридическая ответственность и нормативный выбор остаются человеческими, а экзоспекция должна служить средством повышения научной добросовестности, а не инструментом технологической власти.

Наконец, **практическая задача** монографии заключается в том, чтобы предложить специалистам — психиатрам и психологам — понятный путь входа

в экзоспективную практику. Это включает изменение клинического мышления в направлении большего внимания к структуре данных, формированию корректных запросов к ИИ-системам, интерпретации экзоспективных отчётов и интеграции результатов внешнего анализа с клиническим опытом. Такое руководство необходимо, поскольку без него экзоспекция рискует остаться либо абстрактной философской идеей, либо инженерной разработкой без клинической ответственности. В этом смысле монография задумана как мост между академической теорией и практикой, где теория не является украшением, а практика — не является упрощением.

Структура книги построена таким образом, чтобы эта последовательность задач была реализована как единая повествовательная линия. В первых отделах рассматриваются эпистемологические основания, без которых экзоспекция не может быть корректно определена. Здесь анализируется интерспекция как исторический фундамент психиатрии, выявляются пределы интерспективного знания и обсуждается проблема объективности в гуманитарных и медицинских науках. Далее логика книги переходит к формулированию экзоспекции как нового режима познания психики, где даётся определение понятия, обосновывается необходимость внешнего наблюдателя и рассматривается искусственный интеллект как экзоспективный агент. Следующий структурный блок посвящён данным и каналам наблюдения, поскольку экзоспекция невозможна без строго определённых источников информации и без понимания того, что именно считается наблюдаемым фенотипом психического состояния. После этого монография переходит к экзоспективной диагностике: обсуждаются общие принципы, а затем — применение подхода к ключевым группам расстройств, соотносимым с нозологическими рамками МКБ-10/11. Особое место занимает судебная экспертиза, где экзоспекция рассматривается как способ стандартизации и повышения аргументативной прозрачности. Завершающие отделы носят практический и нормативный характер: в них описывается, как специалист может внедрять экзоспекцию в работу, и какие этические, правовые и профессиональные условия должны быть соблюдены для предотвращения злоупотреблений и для сохранения человеческой ответственности.

Таким образом, книга организована так, чтобы читатель последовательно прошёл путь от осознания кризиса субъективной психиатрии к пониманию того, как экзоспекция может стать методологически обоснованным ответом на этот кризис. При этом структура монографии рассчитана на разные аудитории: практикующий психиатр и психолог получают в ней язык и инструменты для внедрения экзоспективного подхода, судебный эксперт — рамку для стандартизации и повышения проверяемости выводов, исследователь — концепт и аргументацию, пригодные для цитирования и дальнейшей разработки, а специалист по ИИ — клинически релевантную постановку задач и критерии ответственности, без которых инженерное решение не может считаться научно и профессионально приемлемым.

Для кого написана эта книга

Настоящая монография адресована не одной профессиональной группе и не одному уровню подготовки, поскольку сама идея экзоспекции по своей природе междисциплинарна и затрагивает одновременно клиническую практику, научную методологию, судебно-экспертную сферу и инженерную разработку систем искусственного интеллекта. Экзоспекция не может быть полноценно осмыслена в пределах одной традиции — только психиатрической, только психологической или только технологической — без утраты существенной части смысла. Психика человека является объектом, который в клиническом знании описывается языком феноменологии и нозологий, в правовой сфере — языком ответственности и нормативных критериев, а в вычислительной сфере — языком данных, моделей и алгоритмов. Эта книга написана как попытка соединить эти языки в единую рамку, сохраняя научную строгость и практическую применимость, а также обеспечивая возможность дальнейшей исследовательской разработки и профессионального обсуждения (Jaspers, 1913; Kendell, 1975; Topol, 2019).

Прежде всего, книга предназначена для психиатров, работающих в амбулаторной и стационарной практике, в консультативной службе, в системе мониторинга психического здоровья и в экспертной деятельности. Для клинициста экзоспекция важна не как абстрактная философская идея, а как инструмент, потенциально способный расширить диагностическое поле, усилить отслеживание динамики состояния и повысить воспроизводимость клинических выводов там, где традиционная интерспекция демонстрирует пределы. Психиатрическая работа неизбежно связана с вероятностными решениями, с коморбидностью, с неполнотой данных и с необходимостью делать выводы в условиях ограниченного времени. В этих условиях внешний аналитический контур может стать средством повышения устойчивости клинического мышления, если он будет корректно интегрирован в практику и соотнесён с существующими нозологическими рамками, в том числе с МКБ-10/11, которые продолжают оставаться основным международным языком клинической классификации. Книга адресована тем психиатрам, которые видят в объективизации не угрозу клиническому опыту, а возможность методологического усиления, позволяющего лучше контролировать собственные диагностические решения и снижать влияние неизбежных когнитивных и аффективных искажений (Kahneman, 2011).

Второй важной аудиторией являются клинические психологи, психотерапевты и специалисты в области психологической диагностики. Экзоспекция затрагивает психологию не в меньшей степени, чем психиатрию, поскольку многие признаки, потенциально значимые для внешнего наблюдения, лежат в сфере речи, поведения, нарратива, эмоциональной регуляции и межличностной динамики. Психологическая диагностика исторически развивалась как область, стремящаяся к стандартизации через психометрию, тестовые методики и структурированные интервью, однако и она остаётся уязвимой к вариативности ин-

терпретации и к зависимости результатов от контекста взаимодействия. Для психолога экзоспекция представляет собой возможность дополнить традиционные методы внешним анализом динамических и поведенческих параметров, а также интегрировать результаты с клинической картиной, сохраняя при этом центральное значение смыслового и личностного понимания (Gadamer, 1960). Книга адресована тем, кто готов рассматривать искусственный интеллект не как конкурента психологическому пониманию, а как новый тип инструмента, повышающего точность наблюдения и позволяющего работать с динамикой психического состояния в более структурированном виде.

Особая группа читателей — судебные эксперты: судебные психиатры, судебные психологи и специалисты, участвующие в комплексных психолого-психиатрических экспертизах. Судебная сфера является тем местом, где кризис субъективной психиатрии становится максимально заметным и социально значимым, поскольку экспертное заключение превращается в юридический факт. Для судебного эксперта экзоспекция является не технологическим дополнением, а потенциальным способом повысить стандартизацию экспертной аргументации, сделать выводы более трассируемыми и снизить влияние случайной вариативности, связанной с различиями комиссий, индивидуальных подходов и клинических школ (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014). Вместе с тем именно судебная практика предъявляет к экзоспекции наиболее жёсткие требования: объяснимость, процессуальная допустимость, независимая проверяемость, контроль смещений и строгие ограничения на использование данных. Поэтому книга адресована судебным специалистам не как обещание «идеального алгоритма», а как научно обоснованная постановка вопроса о том, каким образом внешний аналитический контур может быть встроен в экспертную процедуру, оставаясь инструментом, а не субъектом решения, и не нарушая юридических принципов ответственности и прав человека (Beauchamp, Childress, 2019).

Следующая аудитория — исследователи: специалисты по психопатологии, философии психиатрии, методологии науки, психометрии, нейронаукам и *computational psychiatry*. Для исследовательского сообщества книга предлагает не только терминологическое введение понятия экзоспекции, но и рамку для обсуждения более широкого вопроса о том, каким образом дисциплина, исторически основанная на интерпретативном знании, может укреплять свою научную состоятельность через развитие внешних инструментов наблюдения. В этом смысле монография адресована тем, кто заинтересован в операционализации психических феноменов без редукции их человеческого содержания, а также в построении моделей, способных быть проверяемыми и сопоставимыми. Экзоспекция в предлагаемом здесь понимании является не частной технологией, а метатеоретической конструкцией, которая может стать предметом критики, уточнения, эмпирической проверки и дальнейшего развития (Friston, 2010; Huys, Maia, Frank, 2016). Для исследователей важно и то, что книга удерживает связь с клиническими классификациями, рассматривая МКБ-10/11 как язык, необходимый для сопоставимости клинических и исследовательских выводов.

Наконец, монография адресована специалистам в области искусственного интеллекта, разработчикам медицинских систем, инженерам данных и архитекторам цифровых решений в здравоохранении. Для этой аудитории книга имеет принципиально иной смысл: она предлагает клинически релевантную постановку задачи и одновременно задаёт нормативные ограничения, без которых любая техническая разработка в сфере психического здоровья обречена либо на низкую применимость, либо на высокие риски злоупотребления. В современной практике ИИ часто развивается быстрее, чем клиническая методология успевает сформировать стандарты его использования. Это создаёт опасность того, что алгоритмы будут внедряться как «чёрные ящики», без понимания клинической ответственности, без учёта контекстов, без контроля смещений и без процессуальной прозрачности. Книга адресована тем инженерам и исследователям ИИ, которые готовы строить системы не только точные в статистическом смысле, но и клинически осмысленные, объяснимые и этически допустимые (Doshi-Velez, Kim, 2017; Obermeyer, Powers, Vogeli, Mullainathan, 2019). Именно поэтому в тексте постоянно удерживается различие между анализом и решением, между выявлением паттернов и клинической интерпретацией, между вероятностной оценкой и юридическим выводом.

При этом монография не исключает более широкого круга читателей, связанных с организацией здравоохранения, управлением качеством медицинской помощи и разработкой стандартов клинической и экспертной деятельности. Психиатрия в XXI веке всё чаще функционирует внутри больших систем, где сопоставимость и стандартизация решений становятся организационной необходимостью. Экзоспекция в этом контексте может рассматриваться как один из путей повышения качества и прозрачности процессов, но только при условии, что её внедрение будет осуществляться не как техническая модернизация ради самой модернизации, а как методологически осмысленное изменение архитектуры диагностического знания.

Таким образом, эта книга написана для тех, кто воспринимает психиатрию и клиническую психологию как дисциплины, находящиеся в состоянии исторического перехода. Она адресована практикам, которым необходимы новые инструменты без утраты клинической ответственности; экспертам, которым требуется повышение воспроизводимости выводов при максимальной цене ошибки; исследователям, заинтересованным в строгих моделях психического состояния; инженерам, готовым создавать ИИ-системы, учитывающие клиническую реальность и этические границы. Экзоспекция в предлагаемом здесь понимании может быть принята или отвергнута, уточнена или подвергнута критике; однако книга написана с убеждением, что обсуждение данного понятия стало неизбежным, поскольку современная психиатрия уже вступила в эпоху, где внешние аналитические контуры перестают быть гипотезой и становятся практическим вызовом.

ОТДЕЛ I. ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭКЗОСПЕКЦИИ

Глава 1. Психиатрия как знание, основанное на интерспекции

1.1. Интерспекция как исторический фундамент психиатрии

Психиатрия как клиническая дисциплина возникла и развивалась в условиях, радикально отличных от условий становления большинства медицинских специальностей. Её предметом с самого начала стали не орган и не функция, поддающиеся непосредственной регистрации, а человеческая субъективность, выраженная в речи, поведении, аффекте, переживаниях и смысловых структурах. Уже на ранних этапах становления психиатрии обнаружилось, что психическое страдание не может быть описано исключительно через внешние признаки в том виде, в каком соматическая медицина описывает телесные синдромы. Человек, обращающийся за помощью, не просто предъявляет симптом, но сообщает о внутреннем опыте, который нельзя увидеть напрямую, нельзя измерить линейкой и нельзя полностью вывести из соматических параметров. Именно поэтому психиатрическое знание исторически сформировалось как знание интерпретативное, в значительной мере основанное на интерспекции — то есть на способности врача использовать собственную психику как инструмент распознавания, понимания и классификации психических феноменов другого человека (Jaspers, 1913).

Важно уточнить, что термин «интерспекция» в данном контексте не следует понимать в узком психологическом смысле как самоотчёт субъекта о собственных переживаниях. В психиатрии интерспективность означает более широкий эпистемологический механизм: клиницист, наблюдая пациента, неизбежно соотносит увиденное и услышанное со своим собственным опытом субъективности, с внутренними моделями нормального и патологического, с собственной способностью распознавать значения, намерения и эмоциональные оттенки. Этот процесс включает эмпатическое «считывание», внутреннюю симуляцию, морально-культурную оценку и профессиональную интерпретацию. Иными словами, интерспекция в психиатрии — это не столько «самонаблюдение», сколько использование внутренней психической организации врача как основного аналитического инструмента, позволяющего строить заключение о психике другого (Dilthey, 1910; Jaspers, 1913).

Историческое закрепление интерспекции как основания психиатрии связано с тем, что в течение длительного времени отсутствовал альтернативный путь объективизации психических явлений. Соматическая медицина развивалась в тесной связи с анатомией, физиологией и инструментальными методами исследования, постепенно создавая измерительные устройства, лабораторные тесты и визуализационные технологии. Психиатрия же, несмотря на постоянные попытки найти биологические корреляты психических расстройств, оставалась дисциплиной, где решающим звеном являлась клиническая беседа и наблюдение, то есть взаимодействие двух субъектов в социально-языковом

пространстве. Даже в эпоху интенсивного развития нейронаук и психофармакологии психиатрическая диагностика продолжала опираться на феноменологическое описание: симптом фиксировался не как биомаркер, а как клинически распознаваемое явление, описываемое в терминах поведения и субъективного отчёта (Kraepelin, 1913; Bleuler, 1911).

На раннем этапе формирования психиатрии интерспективность проявлялась, прежде всего, в том, что диагноз строился вокруг «психологических» категорий, тесно связанных с общечеловеческим опытом: печаль, страх, подозрительность, возбуждение, отчаяние, спутанность, отчуждение. Эти явления распознавались врачом потому, что они были в некотором смысле знакомы ему как человеку, хотя и проявлялись у пациента в патологически усиленном, деформированном или разрушенном виде. Психиатрия в этом отношении развивалась на границе между медициной и философией, поскольку она должна была определить, какие формы субъективного опыта считать болезненными, какие вариантом нормы, а какие — следствием социальных обстоятельств. Эпистемологическое ядро психиатрии формировалось как ядро «понимающего знания», где врач выступает не только наблюдателем, но и интерпретатором смыслов, а клиническое мышление неизбежно включает элементы герменевтики (Gadamer, 1960).

Одним из ключевых исторических шагов стала попытка сделать психиатрическое знание более научным через систематизацию наблюдений и выделение устойчивых клинических картин. Работы Эмиля Крепелина сыграли решающую роль в формировании нозологического подхода, основанного на течении и исходе заболевания (Kraepelin, 1913). Однако даже у Крепелина, стремившегося к максимальной клинической объективности, первичным материалом оставались наблюдения поведения, речи и эмоционального выражения, а значит — интерспективное распознавание психических феноменов. Нозологическая систематизация не устраняла интерспекцию, а лишь структурировала её результат: врач продолжал «видеть» психическое расстройство через клиническую сцену, но теперь сопоставлял её с типологией, выстроенной на основании накопленного опыта наблюдения.

Параллельно развивалась феноменологическая линия психиатрии, кульминацией которой стала общая психопатология Карла Ясперса. Её значение состояло не только в описании психопатологических феноменов, но и в методологическом признании того, что психиатрия имеет двойственный характер: она включает объяснение (*Erklären*), ориентированное на причинные связи, и понимание (*Verstehen*), ориентированное на смысловые структуры и субъективный опыт (Jaspers, 1913). Ясперс тем самым ввёл в психиатрию эпистемологическую честность: он не пытался подменить интерспективное основание дисциплины иллюзией полной объективности, а, напротив, показал, что понимание является неизбежным элементом клинического знания. В этом смысле интерспекция стала не скрытым механизмом психиатрии, а её осознанным методом, имеющим свои правила, границы и критерии корректности.

Интерспективное основание психиатрии проявлялось и в развитии психоаналитической традиции, где клинический материал рассматривался как продукт отношений, а не только как совокупность симптомов. Психоанализ радикализировал тезис о том, что врач неизбежно вовлечён в исследование психики пациента, поскольку сам контакт является частью психической реальности, подлежащей анализу (Freud, 1912). Хотя психоаналитическая методология отличается от нозологического подхода и имеет собственные основания, она усилила понимание того, что психиатрическая и психотерапевтическая практика не может быть полностью отделена от личности специалиста. Здесь интерспекция становится не только инструментом распознавания симптомов, но и средством понимания бессознательных структур, что ещё больше укрепляет роль внутреннего опыта врача как источника знания о другом человеке (Kernberg, 1975).

В отечественной традиции интерспективность психиатрии проявлялась в развитии клинико-психопатологического метода, где центральным оставалось наблюдение, описание психического статуса и анализ симптомов в их динамике. Российская психиатрия исторически сочетала нозологическое мышление с вниманием к структуре психических функций и к социально-личностному контексту. Патопсихология, развивавшаяся в отечественной школе, придала этому направлению дополнительную строгость, вводя экспериментально-психологические методы как форму внешней проверки клинических гипотез, но и здесь интерспекция сохраняла свою роль, поскольку интерпретация результатов тестирования и экспериментальных проб неизбежно соотносилась с клиническим пониманием личности и состояния (Лурия, 1973; Zeigarnik, 1962). В этом смысле даже там, где вводились элементы объективизации, они не отменяли интерспективного ядра, а лишь предоставляли дополнительные опоры для клинического суждения.

Следует подчеркнуть, что интерспекция как исторический фундамент психиатрии не является «ошибкой» дисциплины или признаком её научной неполноценности. Напротив, именно интерспективность позволила психиатрии сохранять клиническую адекватность в условиях отсутствия биомаркеров и инструментальных критериев. Она обеспечила тонкость различений, способность работать с уникальностью человеческого опыта и возможность терапии, основанной на понимании. Проблема возникает не в том, что психиатрия интерспективна, а в том, что интерспективность имеет пределы воспроизводимости и проверяемости, которые становятся критически важными в современной практике, особенно в судебно-экспертной сфере. Таким образом, задача настоящей работы не состоит в отрицании интерспекции; напротив, она предполагает её тщательное историко-методологическое осмысление как основания, которое должно быть сохранено, но дополнено внешним аналитическим контуром (Kendell, 1975; Beauchamp, Childress, 2019).

Исторический анализ показывает, что интерспекция выполняла в психиатрии функции измерительного прибора до тех пор, пока не появилась возможность создать иной инструмент. В этом смысле интерспекция является не просто психологическим механизмом, а социально-историческим условием суще-

ствования психиатрии как дисциплины. Она формировала язык описания, структуру клинического мышления и критерии профессиональной компетентности. Врач-психиатр оценивался по способности «видеть» психопатологию, распознавать феномены, удерживать сложный контекст и формировать интегральное заключение. Это сформировало особый тип профессиональной идентичности, где личность врача и его клинический опыт становятся частью метода. Именно поэтому переход к экзоспекции в XXI веке не может быть простым внедрением технологии: он неизбежно затрагивает исторически сложившуюся эпистемологию психиатрии и требует ясного понимания того, что именно должно быть дополнено, а что — сохранено как ядро дисциплины.

На этом основании в последующих подразделах главы будет показано, каким образом личность врача участвует в формировании диагноза, почему эмпатия одновременно является силой и источником искажений, и каким образом интерспективная природа психиатрии приводит к диагностическим смещениям и вариативности. Эти вопросы необходимы для того, чтобы экзоспекция была введена не как внешняя надстройка, а как методологически оправданное продолжение исторического пути психиатрии, направленное на повышение объективности и системности без утраты гуманистического основания.

1.2. Роль личности врача в формировании диагноза

Рассмотрение интерспекции как исторического фундамента психиатрии неизбежно приводит к следующему шагу: к анализу того, каким образом личность врача включена в сам акт диагностики. В отличие от большинства областей соматической медицины, где клиницист, при всей значимости опыта и клинического мышления, имеет возможность опереться на измерительные системы, которые стандартизируют наблюдение, психиатрия сохраняет принципиально межсубъектный характер. Диагноз здесь формируется не только на основании данных о пациенте, но и на основании того, каким образом эти данные становятся доступными — через разговор, наблюдение, интерпретацию и клиническое суждение, осуществляемое конкретным специалистом. Это означает, что психиатрический диагноз всегда является продуктом взаимодействия двух психик, и личность врача выступает не внешним условием, а одним из внутренних факторов формирования диагностической картины (Jaspers, 1913; Gadamer, 1960).

Данный тезис легко недооценить, пока он рассматривается как общая декларация. Однако его практические следствия крайне конкретны. Личность врача влияет на диагностику на уровне выбора вопросов, на уровне распределения внимания, на уровне смысловой интерпретации ответов, на уровне того, какие элементы повествования пациента воспринимаются как существенные, а какие — как шум. Даже структура самого интервью редко является нейтральной: она отражает профессиональную школу, привычки клинициста, его представления о «главном» и «второстепенном», а также его готовность выдерживать неопределённость. В психиатрии неопределённость является не исключе-

нием, а нормой, поскольку психические состояния часто проявляются в неполной, изменчивой и контекстно-зависимой форме. Способ врача выдерживать неопределённость, не заполняя её преждевременной категоризацией, является личностной характеристикой не в меньшей степени, чем профессиональной (Kahneman, 2011; Croskerry, 2003).

Роль личности врача особенно заметна в тех клинических ситуациях, где симптоматика опосредована отношениями и коммуникативным стилем пациента. Один и тот же пациент может предъявить разные аспекты своей психической жизни разным специалистам. Это не обязательно связано с сознательной симуляцией или диссимуляцией; чаще это связано с тем, что общение само является психологическим событием. Пациент «настраивается» на собеседника, считывает его реакции и адаптирует свою речь, темп, степень откровенности, даже выражение аффекта. Врач, в свою очередь, может стимулировать определённую форму самораскрытия или, напротив, невольно блокировать её. В результате диагностическая картина формируется как феномен взаимодействия, а не как простая сумма симптомов. Эта мысль хорошо известна психотерапевтическим традициям, но в психиатрии она часто остаётся латентной, хотя действует с не меньшей силой (Rogers, 1957; Freud, 1912).

С методологической точки зрения влияние личности врача можно описать как наличие «наблюдательного фильтра». Этот фильтр включает в себя когнитивные схемы, аффективные реакции и культурно-нормативные представления. Когнитивный компонент связан с тем, что специалист опирается на внутренние прототипы расстройств и на эвристики распознавания. Такие эвристики неизбежны: без них клиническое мышление стало бы парализованным, поскольку количество возможных дифференциально-диагностических вариантов и комбинаций симптомов превышает возможности строгого алгоритмического перебора в человеческом сознании. Однако именно эвристики создают систематические смещения: преждевременное «закрепление» за одной гипотезой, подтверждающее смещение, эффект доступности, когда яркие или недавние случаи влияют на текущий диагноз, и эффект репрезентативности, когда клиницист предпочитает диагноз, который «похож» на типичную картину, даже если данные неоднозначны (Tversky, Kahneman, 1974; Croskerry, 2003).

Аффективный компонент фильтра связан с тем, что психиатр не является нейтральным прибором: он реагирует на пациента эмоционально, даже если эти реакции не осознаются. В клинике это выражается в симпатии и антипатии, в раздражении, тревоге, сочувствии, усталости, чувстве угрозы или, напротив, в склонности идеализировать пациента. В экспертной практике эмоциональная реактивность может принимать более сложные формы, поскольку материал дела и социальный контекст часто содержат элементы морального давления: тяжесть деяния, общественный резонанс, отношение к жертве, ожидания следствия или суда. Всё это способно влиять на то, как врач интерпретирует «критичность», «управляемость», «искренность» и другие категории, которые в судебной психиатрии приобретают юридическую значимость. Именно поэтому профессиональная этика эксперта традиционно требует дистанции и процедур-

ной строгости, однако личность эксперта остаётся источником вариативности даже в рамках формально единых правил (Gutheil, Simon, 2004).

Культурно-нормативный компонент фильтра проявляется в том, что психиатрическое суждение неизбежно включает представление о норме. Хотя современные классификации, включая МКБ-10/11, стремятся минимизировать моральные оценки и опираться на клиническую значимость страдания, нарушения функционирования и устойчивость симптомов, граница между вариантом нормы и патологией в ряде областей остаётся контекстной. Например, оценка своеобразия личности, религиозных убеждений, культурно обусловленных форм поведения, а также оценка социальной адекватности требуют чувствительности к культурному контексту. Врач, принадлежащий к определённой культуре и социальному слою, может иначе воспринимать выраженность эмоциональности, нормы общения, допустимость агрессии или формы самопрезентации. Это особенно важно в многонациональных обществах и в ситуациях миграции, где клинические феномены могут быть выражены иначе или описаны иным языком (Kirmayer, Ryder, 2016). Следовательно, личность врача включает и культурно сформированную оптику, которая становится частью диагностического процесса.

Ещё один ключевой аспект — профессиональная идентичность врача и её связь с диагностическим стилем. Психиатрическая практика содержит разные роли: врач может быть ориентирован на биологическую модель и фармакотерапию, может быть ориентирован на психодинамическое понимание, может быть более когнитивно-поведенчески структурирован, может быть ориентирован на социальную психиатрию и функциональную оценку. Эти различия не всегда осознаются как «личностные», но они тесно связаны с индивидуальными ценностями, с опытом обучения, с тем, какие клинические случаи были наиболее значимыми, и с тем, какие результаты лечения врач считает «успехом». В результате один специалист будет склонен акцентировать нозологическую точность и соответствие критериям, другой — акцентировать функциональный диагноз и уровень адаптации, третий — видеть за симптомами прежде всего травматическую историю, четвёртый — рассматривать симптомы как проявление нейробиологической дисрегуляции. Эти стили не являются произвольными: они укоренены в научных традициях. Однако на уровне конкретного пациента они порождают вариативность диагноза и вариативность формулировок клинического заключения (Kendell, 1975; First, 2014).

Динамика влияния личности врача особенно ясно проявляется в переходных и пограничных состояниях, где диагностические категории не отделены «жёсткими» границами. Примером может служить дифференциация между расстройствами шизофренического спектра и аффективными психозами, между личностной патологией и хроническими формами травматизации, между расстройствами аутистического спектра и шизоидными особенностями, между обсессивно-компульсивными феноменами и психотическими переживаниями, между соматоформными проявлениями и тревожными расстройствами. Во всех этих случаях решающим становится не один симптом, а интегральная интер-

претация структуры состояния, его динамики, критики и функционального уровня. Именно здесь личность врача — его клиническая школа, терпимость к неопределённости, стиль общения, склонность к категоризации — становится ключевым элементом того, какая рамка будет выбрана для описания состояния пациента. Классификационные критерии МКБ-10/11 задают общую структуру, но не устраняют того, что «перевод» живой клинической реальности в диагностическую категорию осуществляется человеком, а не системой измерений.

Особую форму влияния личности врача составляет эффект власти и ответственности, который в психиатрии выражен сильнее, чем во многих других специальностях. Психиатрическое заключение затрагивает не только лечение, но и социальный статус, профессиональные возможности, вопросы дееспособности, права на вождение, владение оружием, опеку над детьми, а в судебной психиатрии — вопросы свободы и наказания. Осознание этой власти и ответственности неизбежно влияет на врача. У одних специалистов возникает тенденция к «защитной» диагностике, когда предпочтение отдаётся более осторожной формулировке или более «тяжёлой» категории, чтобы минимизировать риск пропустить опасность. У других, напротив, возникает тенденция к минимизации патологии, чтобы избежать стигматизации и неоправданного ограничения прав. Эти различия часто объясняются как «профессиональная позиция», но они имеют и личностный корень: уровень тревожности врача, отношение к риску, моральные убеждения, опыт столкновения с негативными исходами, пережитые профессиональные травмы. В современной литературе подобные явления рассматриваются в рамках теории клинического риска и когнитивных смещений в принятии решений (Croskerry, 2003; Kahneman, 2011).

Необходимо подчеркнуть: признание роли личности врача не является обвинением врача в субъективности. Это признание является условием научной честности. Психиатрия исторически строилась как дисциплина, где «инструмент» диагностики включает человеческую психику, а значит, этот инструмент должен быть описан, калиброван и защищён от собственных систематических ошибок. Психиатрическая традиция выработала множество механизмов частичной компенсации: супервизию, консилиумы, клинические разборы, стандартизированные интервью, психометрические шкалы, требования документирования психического статуса. Все эти меры направлены на уменьшение произвольности и на повышение согласованности. Однако они не устраняют принципиального факта: итоговая клиническая формулировка остаётся продуктом субъективного синтеза, а субъективный синтез неизбежно включает личность синтезирующего субъекта (Jaspers, 1913; Kendell, 1975).

Именно в этом месте становится понятным, почему экзоспекция не может быть представлена как «альтернатива врачу». Экзоспекция, если она будет развита как метод, должна стать способом внешней калибровки интерспективного процесса. Она может снизить вариативность, связанную с личностью врача, не устраняя личность врача из процесса, а создавая второй контур наблюдения: контур, который фиксирует параметры поведения, речи, динамики состояния и контекстных факторов в стандартизируемой форме, а затем предоставля-

ет врачу материал для интерпретации. Врач в таком подходе сохраняет роль носителя клинического понимания и ответственности, но получает возможность опереться на внешнюю систему, которая уменьшает влияние случайных колебаний его собственного состояния, усталости, эмоциональной реактивности и эвристических смещений. Таким образом, анализ роли личности врача в формировании диагноза является не критикой клинициста, а методологическим обоснованием того, почему психиатрии требуется внешний наблюдатель психического состояния как элемент научной зрелости дисциплины (Topol, 2019; Beauchamp, Childress, 2019).

В последующих подразделах главы будет показано, что субъективность не равна ошибке: она содержит клиническую силу, но имеет пределы. Будет также рассмотрено, каким образом эмпатия, опыт и клиническая интуиция выступают одновременно ресурсом и источником систематических искажений, а контрперенос и слепые зоны становятся механизмами, через которые личность врача влияет на диагностическое решение. Это позволит далее перейти к вопросу о том, какие именно свойства должен иметь экзоспективный контур, чтобы снижать влияние личностных факторов, не разрушая при этом гуманистическую природу психиатрии.

1.3. Субъективность, эмпатия и клинический опыт: сила и пределы

Субъективность в психиатрии традиционно рассматривается как неизбежное и в известной мере даже ценное свойство клинического знания. В отличие от дисциплин, оперирующих преимущественно измеряемыми физическими величинами, психиатрия имеет дело с внутренним опытом человека, выраженным через язык, поведение, эмоциональные реакции и межличностное взаимодействие. Именно поэтому субъективное восприятие врача, его способность к эмпатии и накопленный клинический опыт на протяжении десятилетий считались не просто допустимыми, но и центральными инструментами диагностики. Однако в условиях усложнения психиатрической реальности и роста ответственности профессиональных решений эти же инструменты обнаруживают свои концептуальные и практические пределы.

Эмпатия, понимаемая как способность врача временно сонастроиться с эмоциональным состоянием пациента и интуитивно уловить его внутренний мир, исторически была одним из ключевых оснований клинической психиатрии. Начиная с феноменологической традиции, эмпатическое «вчувствование» рассматривалось как необходимое условие понимания психопатологических переживаний, которые невозможно свести к внешнему наблюдению симптомов (Jaspers, 1913). Через эмпатию врач получает доступ к субъективной логике пациента, к его мотивациям, страхам и ценностям, что особенно важно при оценке аффективных состояний, личностных особенностей и расстройств самосознания. Клинический опыт, в свою очередь, позволяет врачу выстраивать сложные ассоциативные связи между текущей клинической картиной и ранее

наблюдавшимися случаями, формируя своего рода профессиональную интуицию.

Сила этих факторов становится очевидной в повседневной практике. Опытный психиатр способен за ограниченное время уловить нюансы речевого поведения, эмоциональной реактивности и межличностного контакта, которые ускользают от формализованных диагностических критериев. Именно клинический опыт позволяет адекватно интерпретировать неоднозначные или пограничные состояния, не укладывающиеся в строгие рамки классификаций МКБ-10/11. Более того, эмпатия играет важную терапевтическую роль, формируя доверие и повышая приверженность лечению, что косвенно влияет и на диагностическую точность.

Однако та же субъективность, которая обеспечивает глубину клинического понимания, одновременно является источником системных ограничений. Эмпатия по своей природе избирательна и неравномерна. Она зависит от личностных особенностей врача, его текущего эмоционального состояния, уровня профессионального выгорания и даже от культурных и ценностных различий между врачом и пациентом. В результате один и тот же клинический материал может вызывать принципиально разные эмпатические отклики у разных специалистов, что ведёт к расхождениям в диагностических суждениях. Клинический опыт, в свою очередь, подвержен эффекту когнитивных искажений, таких как склонность к подтверждению собственной гипотезы или чрезмерное обобщение на основе ограниченного числа наблюдений (Kahneman, 2011).

Особую проблему представляет тот факт, что субъективность врача редко осознаётся как переменная, требующая контроля. В традиционной клинической парадигме личность специалиста выступает своего рода «чёрным ящиком», влияние которого на диагностическое решение принимается как данность. При этом многочисленные исследования свидетельствуют о низкой воспроизводимости психиатрических диагнозов, особенно в сложных и экспертно значимых случаях, что указывает на структурную роль субъективных факторов (Spitzer, 1974). В условиях судебно-психиатрической экспертизы эти различия приобретают критическое значение, поскольку от интерпретации врача зависят юридические выводы о вменяемости, способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.

Таким образом, субъективность, эмпатия и клинический опыт следует рассматривать как двойственные феномены. С одной стороны, они обеспечивают глубину и человечность психиатрического знания, позволяя работать с уникальностью каждого пациента. С другой стороны, именно они ограничивают возможность стандартизации, воспроизводимости и объективной проверки диагностических выводов. В современных условиях, когда психиатрия всё чаще сталкивается с задачами, требующими высокой степени доказательности и сопоставимости решений, данные ограничения становятся всё более очевидными.

Осознание этих пределов не означает отказа от эмпатии или обесценивания клинического опыта. Напротив, оно создаёт предпосылки для поиска инструментов, способных дополнить субъективное клиническое знание внешни-

ми, формализуемыми и воспроизводимыми источниками анализа. Именно на этом этапе возникает необходимость перехода от исключительно интерспективной модели познания психики к интеграции экзоспективных подходов, которые позволяют вынести часть аналитической нагрузки за пределы личности врача. В таком контексте субъективность перестаёт быть единственным основанием диагностики и занимает своё место в более широкой системе профессионального мышления, где её сила уравнивается объективирующими механизмами анализа.

1.4. Контрперенос, слепые зоны и диагностические искажения

Проблема контрпереноса занимает особое место в эпистемологии психиатрического знания, поскольку она наиболее наглядно демонстрирует, каким образом внутренний мир врача становится активным участником диагностического процесса. Если эмпатия представляет собой относительно осознаваемый и профессионально культивируемый инструмент понимания пациента, то контрперенос, напротив, относится к тем уровням взаимодействия, которые чаще всего остаются частично или полностью неосознаваемыми. Именно поэтому его влияние на клиническое суждение оказывается столь значительным и в то же время трудно поддающимся контролю.

Первоначально понятие контрпереноса возникло в психоаналитической традиции и рассматривалось как эмоциональная реакция аналитика на перенос пациента (Freud, 1910). В дальнейшем содержание этого термина существенно расширилось и стало включать весь спектр эмоциональных, когнитивных и телесных реакций специалиста, возникающих в контакте с пациентом (Heimann, 1950). В современной психиатрии контрперенос следует понимать шире, чем в рамках психоанализа: он выступает как универсальный феномен клинического взаимодействия, затрагивающий любого врача, независимо от его теоретической ориентации и профессионального опыта.

Контрперенос может проявляться в виде симпатии, раздражения, тревоги, защитной дистанции или, напротив, чрезмерной вовлечённости. Эти реакции нередко воспринимаются врачом как «естественные» или «интуитивно оправданные», однако именно через них формируются скрытые слепые зоны клинического восприятия. Врач может недооценивать выраженность симптомов у пациента, вызывающего сочувствие, или, напротив, переоценивать патологию у субъекта, чьё поведение провоцирует отторжение. В экспертной практике подобные искажения особенно опасны, поскольку они напрямую отражаются на юридически значимых выводах.

Слепые зоны клинического восприятия представляют собой не просто индивидуальные ошибки, а структурное следствие интерспективной модели психиатрии. Поскольку основным инструментом анализа остаётся психика самого врача, неизбежно возникает пересечение двух субъективных систем — пациента и специалиста. В этом пересечении формируется пространство, где часть информации усиливается, часть искажается, а часть вовсе остаётся недо-

ступной восприятию. Эти механизмы могут быть связаны как с личной историей врача, так и с его профессиональной социализацией, принадлежностью к определённой диагностической школе или устойчивыми когнитивными установками.

Диагностические искажения, возникающие в результате контрпереноса, редко носят грубый характер. Гораздо чаще они проявляются в виде смещения акцентов, выбора одной диагностической гипотезы при игнорировании альтернативных или в интерпретации амбивалентных данных в пользу уже сформированного мнения. Подобные эффекты хорошо описываются в рамках когнитивной психологии как ошибки атрибуции, эвристики доступности и эффекты первичной гипотезы (Kahneman, 2011). В психиатрии эти когнитивные искажения накладываются на эмоциональный компонент взаимодействия, что делает их особенно устойчивыми.

Особого внимания заслуживает тот факт, что профессиональный опыт не только не устраняет данные искажения, но в ряде случаев может усиливать их. Опытный врач чаще опирается на интуитивные суждения и паттерны распознавания, сформированные в ходе многолетней практики. С одной стороны, это повышает скорость и эффективность клинического мышления, но с другой — снижает чувствительность к уникальным и нетипичным проявлениям психопатологии. Возникает феномен профессиональной ригидности, при котором новые данные интерпретируются через призму уже существующих концептуальных схем.

В судебно-психиатрической экспертизе проблема контрпереноса и слепых зон приобретает принципиальное значение. В отличие от терапевтической практики, здесь отсутствует возможность длительного наблюдения и коррекции первоначального впечатления. Экспертное заключение формируется в условиях ограниченного времени и часто под воздействием материалов уголовного дела, которые сами по себе могут вызывать выраженные эмоциональные реакции. В таких условиях риск неосознаваемых искажений многократно возрастает, а их последствия выходят далеко за пределы медицинской сферы.

Осознание роли контрпереноса и диагностических искажений привело к развитию различных форм супервизии, коллегиального обсуждения и комиссионной экспертизы. Однако эти механизмы, будучи основанными на том же интерспективном принципе, не устраняют проблему полностью, а лишь перераспределяют её между несколькими субъектами. Если комиссии состоят из специалистов сходной профессиональной школы или культурного контекста, их коллективные решения могут воспроизводить одни и те же искажения, создавая иллюзию объективности.

Именно здесь становится очевидной фундаментальная граница интерспективной психиатрии как формы знания. Пока психическое состояние человека оценивается преимущественно через психику другого человека, полностью исключить влияние контрпереноса и слепых зон невозможно. Это не является упреком в адрес врачей, а отражает онтологическое ограничение человеческого познания. В этом смысле необходимость экзоспективного подхода вытекает не

из стремления заменить клиническое мышление, а из потребности дополнить его внешним аналитическим контуром, который не включён в эмоциональное поле взаимодействия.

Переход к экзоспекции предполагает возможность вынести часть диагностической процедуры за пределы субъективной психики врача и тем самым снизить влияние неосознаваемых искажений. Искусственный интеллект, лишённый аффективной реакции и личной истории, не подвержен контрпереносу в человеческом смысле этого слова. Его аналитические процедуры могут быть воспроизводимыми, проверяемыми и независимыми от индивидуальных эмоциональных состояний. Тем самым создаётся принципиально новый уровень диагностики, в котором интерспективные и экзоспективные элементы не исключают, а взаимно дополняют друг друга, формируя более устойчивую и объективно ориентированную систему психиатрического знания.

Глава 2. Пределы интерспекции в клинической и экспертной практике

2.1. Воспроизводимость психиатрических диагнозов

Проблема воспроизводимости психиатрических диагнозов является одним из ключевых индикаторов пределов интерспекции как доминирующего способа познания психической патологии. Под воспроизводимостью в данном контексте понимается степень совпадения диагностических выводов при независимой оценке одного и того же клинического случая разными специалистами, а также устойчивость диагноза при повторном обследовании пациента во времени. В классических медицинских дисциплинах высокая воспроизводимость считается необходимым условием научной состоятельности знания; в психиатрии же данный критерий на протяжении десятилетий остаётся проблематичным и неоднозначным.

Исторически психиатрия развивалась как область, где диагноз формируется на основе клинической беседы, наблюдения и интерпретации субъективного опыта пациента. Такая модель по определению предполагает вариативность, поскольку каждый врач использует собственную систему понятий, профессиональных акцентов и личных интуиций. Уже в середине XX века стали появляться исследования, демонстрирующие существенные расхождения в диагностике одних и тех же состояний между различными клиницистами, особенно в области психозов, аффективных и личностных расстройств (Kendell, 1975). Эти расхождения нельзя было объяснить лишь недостатком подготовки или ошибками отдельных специалистов; они указывали на более глубокие методологические ограничения.

Попытки повысить воспроизводимость привели к созданию операционализированных диагностических критериев, кульминацией чего стало внедрение современных классификаций, прежде всего МКБ-10 и позднее МКБ-11. Эти системы задумывались как инструменты стандартизации клинического языка и минимизации субъективных интерпретаций. Однако, несмотря на значительное

улучшение формальной согласованности диагнозов, проблема воспроизводимости была решена лишь частично. Строгие критерии позволяют повысить межэкспертное согласие на уровне категориальных диагнозов, но не устраняют вариативность при оценке тяжести, динамики, коморбидности и клинической значимости отдельных симптомов (Regier et al., 2013).

Особенно уязвимой в этом отношении остаётся зона пограничных состояний, где симптомы распределены континуально и не образуют чётких синдромальных комплексов. В таких случаях решение о наличии или отсутствии расстройства во многом определяется интерпретацией врача, его порогами клинической значимости и личным пониманием нормы. Даже при использовании одинаковых критериев разные специалисты могут приходить к различным выводам, опираясь на разные элементы клинической картины. Таким образом, формальная стандартизация не устраняет интерспективный характер диагностики, а лишь структурирует его.

Воспроизводимость диагностики осложняется и временным фактором. Психические расстройства по своей природе динамичны, их проявления меняются в зависимости от контекста, стадии заболевания, лечения и психосоциальных условий. Повторное обследование одного и того же пациента, проведённое даже тем же специалистом, может привести к изменению диагностической формулировки. В ряде случаев это отражает реальную клиническую динамику, однако нередко связано с изменением интерпретации тех же самых феноменов. Это особенно заметно при ретроспективной оценке состояния, например, при анализе психического статуса на момент совершения правонарушения, где непосредственное наблюдение невозможно.

Судебно-психиатрическая практика делает проблему воспроизводимости ещё более острой. Здесь диагностическое расхождение перестаёт быть сугубо научным или клиническим вопросом и приобретает прямое социальное и правовое значение. Различия в экспертных заключениях по одному и тому же делу, включая противоположные оценки вменяемости, подрывают доверие к психиатрии как к источнику объективного знания. В подобных ситуациях становится очевидно, что интерспекция, даже в комиссионной форме, не обеспечивает достаточного уровня независимости и повторяемости выводов.

С точки зрения эпистемологии, низкая воспроизводимость свидетельствует о том, что объект познания — психическое состояние — в значительной степени конструируется в процессе наблюдения. Диагноз оказывается не столько отражением устойчивой «вещи», сколько результатом взаимодействия между пациентом и наблюдателем. Это не означает, что психические расстройства не существуют как реальные феномены, но указывает на то, что способы их фиксации и описания остаются недостаточно отделёнными от субъективного контекста наблюдения.

В этом смысле проблема воспроизводимости является не частной методической трудностью, а симптомом системного ограничения интерспективной модели психиатрии. Пока основным инструментом диагностики остаётся человеческое восприятие, полностью стандартизировать и воспроизвести диагно-

стический процесс невозможно. Любая попытка повышения объективности, не выходящая за рамки интерспекции, сталкивается с тем, что разные субъекты неизбежно вносят разные интерпретации, даже если формально используют одни и те же диагностические критерии.

Осознание этих пределов подготавливает почву для перехода к экзоспективным подходам, которые позволяют вынести часть диагностической процедуры за пределы индивидуального восприятия врача. Экзоспекция не отменяет клинического диагноза, но создаёт возможность дополнить его внешними, воспроизводимыми параметрами — поведенческими, речевыми, физиологическими и временными. В таком подходе воспроизводимость перестаёт быть исключительно проблемой согласия между экспертами и начинает опираться на повторяемость данных и алгоритмов их анализа. Именно здесь возникает перспектива перехода от «согласованности мнений» к воспроизводимости процессов, что является принципиально новым этапом в развитии психиатрического знания.

2.2. Разброс клинических интерпретаций как научная проблема

Разброс клинических интерпретаций в психиатрии представляет собой не частный дефект практики и не следствие индивидуальных ошибок, а устойчивую научную проблему, укоренённую в самом способе получения знания о психике. Если воспроизводимость диагнозов отражает количественную сторону расхождений, то вариативность интерпретаций указывает на качественное различие в понимании одного и того же клинического материала. Именно на этом уровне обнаруживаются фундаментальные пределы интерспекции, которые невозможно устранить исключительно за счёт повышения формальной стандартизации.

Клиническая интерпретация в психиатрии всегда включает в себя несколько уровней: описание феноменов, их группировку в синдромы, оценку патогенеза, прогноза и клинической значимости, а также соотнесение наблюдаемого с категориями классификации. Каждый из этих уровней допускает альтернативные трактовки. Даже при согласии относительно наличия тех или иных симптомов клиницисты могут радикально различаться в том, какие из них считать ведущими, какие — вторичными, а какие — контекстуальными. В результате клиническое мышление формирует разные «картины болезни», которые сосуществуют, не будучи строго опровергаемыми или подтверждаемыми.

С научной точки зрения такая ситуация означает, что психиатрическое знание часто не удовлетворяет критерию интерсубъективной проверяемости. Описание случая может быть убедительным и клинически «правдоподобным», но при этом не обладать свойствами, позволяющими независимо воспроизвести ту же интерпретацию другим исследователем. В гуманитарных науках подобная ситуация является допустимой и даже ожидаемой, однако в медицине, особенно там, где решения имеют прямые последствия для судьбы человека, она становится методологически проблемной.

Причины разброса интерпретаций многоуровневые. Одной из ключевых является зависимость клинического мышления от теоретической парадигмы, в рамках которой обучался и работает специалист. Психодинамическая, биологическая, когнитивно-поведенческая и феноменологическая традиции по-разному структурируют клинический материал, придавая разный вес тем или иным аспектам психического функционирования. В результате один и тот же пациент может рассматриваться как носитель расстройства личности, аффективной патологии или реактивного состояния, в зависимости от теоретической оптики интерпретатора. Эти различия не сводятся к «ошибкам», поскольку каждая из интерпретаций может быть внутренне последовательной и клинически обоснованной.

Дополнительным источником вариативности выступает контекст наблюдения. Клиническая интерпретация формируется не в вакууме, а в условиях конкретного учреждения, временных ограничений, ожиданий пациента и задач, стоящих перед врачом. Амбулаторный приём, стационарное наблюдение и судебная экспертиза предъявляют к клиницисту различные требования и, тем самым, направляют его внимание на разные элементы психического состояния. То, что в одной ситуации будет интерпретировано как вариант нормы или адаптации, в другой может получить статус симптома или синдрома.

Существенную роль играет и феномен ретроспективной реконструкции. Психиатр часто имеет дело не только с текущим состоянием пациента, но и с попыткой интерпретировать прошлые эпизоды, опираясь на фрагментарные данные, воспоминания и документы. В таких случаях интерпретация неизбежно приобретает нарративный характер, где отдельные факты встраиваются в логическую историю заболевания. Разные клиницисты могут выстраивать различные нарративы, одинаково правдоподобные, но ведущие к разным выводам.

С точки зрения научной методологии, разброс интерпретаций указывает на отсутствие стабильного уровня описания, независимого от наблюдателя. Психиатрические феномены существуют в пространстве смыслов, а не только измеримых величин, и потому оказываются чувствительными к контексту интерпретации. Это делает невозможным простое заимствование моделей объективности из «жёстких» наук, где объект исследования сохраняет свои свойства независимо от наблюдателя. В психиатрии же наблюдатель является активным участником процесса конституирования объекта познания.

Попытки решить проблему за счёт расширения диагностических шкал, чек-листов и структурированных интервью, безусловно, повышают формальную согласованность интерпретаций, однако не устраняют их концептуальное разнообразие. Стандартизированные инструменты сами по себе требуют интерпретации, а их результаты включаются в более широкий клинический контекст, где вновь вступают в силу субъективные решения врача. Таким образом, интерспекция остаётся центральным механизмом, даже когда она опосредована формальными процедурами.

Разброс клинических интерпретаций становится особенно заметным в ситуациях, где требуется бинарное или квазибинарное решение, например, при

определении наличия расстройства, степени его выраженности или клинико-юридической значимости. Здесь многозначность интерпретаций вступает в конфликт с необходимостью однозначного вывода. Именно в этих точках психиатрия сталкивается с кризисом доверия со стороны общества и смежных дисциплин, ожидающих от неё большей определённости и предсказуемости.

В этом контексте экзоспекция предлагает иной путь работы с интерпретационным разбросом. Вместо попыток полностью устранить субъективность, она предполагает вынесение части интерпретационного процесса за пределы индивидуального клинического сознания. Экзоспективные данные, представленные в виде временных рядов, поведенческих и речевых паттернов, физиологических коррелятов, создают дополнительный уровень описания, менее зависимый от теоретической ориентации и личного опыта врача. В таком подходе интерпретации не исчезают, но получают внешние якоря, позволяющие ограничить их произвольность и повысить научную сопоставимость.

Таким образом, разброс клинических интерпретаций следует рассматривать не как недостаток отдельных специалистов, а как структурную характеристику интерспективной модели психиатрии. Признание этой проблемы является необходимым шагом к переосмыслению способов получения психиатрического знания и подготовке перехода к экзоспективным формам анализа, которые способны дополнить клиническое мышление новыми, воспроизводимыми основаниями.

2.3. Интерспекция в психологии и психиатрии: сходства и различия

Интерспекция как метод познания психического занимает ключевое место как в психологии, так и в психиатрии, однако её статус, функции и эпистемологические последствия в этих дисциплинах существенно различаются. Формальное сходство методов — клиническая беседа, анализ субъективных переживаний, реконструкция внутреннего опыта — нередко маскирует принципиальные различия в задачах, уровнях ответственности и критериях истинности, которые определяют границы применимости интерспективного знания в каждой из областей.

В психологии интерспекция исторически выступала как один из базовых методов, начиная с классических работ структуралистской школы, где субъективный отчёт рассматривался как легитимный источник данных о содержании сознания. Несмотря на последующую критику и развитие объективированных подходов, включая бихевиоризм и когнитивную психологию, интерспекция не была вытеснена полностью, а была трансформирована. В современном психологическом знании субъективный опыт рассматривается как феномен, подлежащий описанию, интерпретации и корреляции с поведенческими или экспериментальными показателями. При этом принципиально важным остаётся то, что психологическая интерспекция, как правило, не претендует на установление медицинских или юридически значимых фактов, а её выводы носят вероятностный и гипотетический характер.

В психиатрии интерспекция выполняет иную функцию. Здесь она становится не просто способом понимания субъективного мира человека, но основанием для медицинских решений, включая постановку диагноза, выбор терапии и, в ряде случаев, вынесение экспертных заключений с правовыми последствиями. Психиатрическая интерспекция включает в себя не только восприятие рассказов пациента, но и постоянную рефлекссию врача относительно достоверности, критичности и клинической значимости получаемой информации. Таким образом, интерспекция в психиатрии оказывается встроенной в систему власти знания, где субъективное переживание пациента опосредуется интерпретацией специалиста и трансформируется в клинический факт.

Сходство интерспекции в психологии и психиатрии проявляется в признании ограниченной доступности психики внешнему наблюдению. В обеих дисциплинах внутренний опыт не может быть непосредственно измерен и поэтому требует опосредованных форм реконструкции. Эмпатия, клиническое слушание, анализ нарратива и невербальных проявлений служат инструментами приближения к этому опыту. Кроме того, и психолог, и психиатр сталкиваются с феноменом искажения субъективных отчётов, обусловленных защитами, социальными ожиданиями, культурными факторами и особенностями саморефлексии.

Однако различия становятся принципиальными, когда речь заходит о критериях валидности интерпретации. В психологии допустима множественность объяснительных моделей, сосуществование различных теоретических интерпретаций одного и того же феномена без необходимости окончательного разрешения противоречий. Интерспективное знание здесь часто понимается как контекстуально обусловленное и зависящее от исследовательской перспективы. В психиатрии же интерпретация должна быть сведена к определённому клиническому решению, соотнесённому с диагностическими категориями, такими как расстройства, описанные в МКБ-10/11. Это требует от интерспекции гораздо большей определённости, чем та, которую она в принципе способна обеспечить.

Ещё одно различие связано с объектом интерспективного анализа. В психологии объектом чаще выступает функционирующая, относительно сохранный психика, даже если речь идёт о трудностях адаптации или субъективном дистрессе. В психиатрии интерспекция нередко направлена на оценку патологических изменений, затрагивающих саму способность к самонаблюдению и критике. При психотических, тяжёлых аффективных и органических расстройствах интерспекция пациента становится ненадёжным источником информации, а интерспекция врача, в свою очередь, вынуждена компенсировать этот дефицит за счёт собственных интерпретаций. Таким образом, психиатрическая интерспекция часто работает с искажённой или фрагментированной субъективностью.

Принципиальным является и различие в уровне ответственности. Ошибки психологической интерпретации, как правило, имеют ограниченные последствия и подлежат коррекции в процессе дальнейшей работы. В психиатрии же

интерспективные ошибки могут приводить к неверному диагнозу, неадекватному лечению, стигматизации или ограничению прав пациента. Это усиливает напряжение между субъективной природой интерспекции и объективными ожиданиями, предъявляемыми к психиатрическому знанию со стороны медицины, права и общества.

Методологически психология оказалась более готовой признать ограниченность интерспекции и интегрировать её с экспериментальными, поведенческими и нейропсихологическими данными. В психиатрии же интерспекция долгое время сохраняла статус центрального метода, даже по мере развития нейровизуализации, психофармакологии и нейронаук. Это привело к тому, что психиатрическая интерспекция стала перегруженной функциями, для которых она методологически не предназначена.

В контексте экзоспекции данное различие приобретает особое значение. Экзоспекция не отменяет ценность интерспекции ни в психологии, ни в психиатрии, но переопределяет её место. В психологии экзоспективные данные могут служить дополнительным инструментом корреляции субъективного опыта с поведенческими и физиологическими параметрами. В психиатрии же они потенциально способны взять на себя часть функций, связанных с оценкой состояния, динамики и тяжести расстройств, тем самым снижая нагрузку на интерспективные механизмы врача.

Таким образом, анализ сходств и различий интерспекции в психологии и психиатрии показывает, что кризис интерспективного знания наиболее остро проявляется именно в психиатрии, где требования к объективности и воспроизводимости существенно выше. Это создаёт методологическое основание для обращения к экзоспекции как к новому режиму познания психики, способному дополнить интерспекцию там, где её пределы становятся критическими.

2.4. Судебная психиатрия как зона максимальной цены ошибки

Если клиническая психиатрия допускает определённую «пластичность» интерпретаций, компенсируемую динамическим наблюдением и возможностью коррекции диагноза во времени, то судебная психиатрия устроена принципиально иначе: здесь выводы врача фиксируются в форме заключения, приобретающего юридическую силу и становящегося частью механизма государственного принуждения. Именно поэтому судебная психиатрия является областью максимальной цены ошибки, где любая неточность интерспективного анализа, любая диагностическая иллюзия, любой эффект личностной предвзятости или эмоционального контекста могут иметь необратимые последствия для судьбы человека, безопасности общества и доверия к правосудию (Gunn, 1977; Appelbaum, 2008).

Специфика судебной психиатрии заключается в том, что её предметом является не просто психическое состояние как таковое, а психическое состояние в юридически значимой рамке. Правовые категории — вменяемость, дееспособность, способность осознавать характер и общественную опасность сво-

их действий, способность руководить ими — не совпадают с клиническими категориями и не выводятся из них прямолинейно. Они требуют реконструкции сложной связи между психопатологическими феноменами и конкретным поступком, совершённым в конкретных обстоятельствах, в конкретное время, с конкретными мотивами и социальными последствиями. Судебный психиатр постоянно работает на границе двух рациональностей: медицинской и юридической, каждая из которых предъявляет собственные требования к доказательности, языку описания и критериям истинности (Morse, 2006; Eastman, 2011).

Интерспекция в судебной психиатрии сталкивается с радикальным усложнением уже на уровне сбора материала. В клинике пациент чаще всего приходит с жалобой, то есть с хотя бы минимально разделяемой рамкой «мне плохо» или «я нуждаюсь в помощи». В экспертизе субъект часто вовлечён в ситуацию конфликта интересов, и его сообщение о себе становится потенциально инструментальным: он может стремиться избежать наказания, смягчить юридическую оценку, получить более благоприятные условия содержания, или, напротив, демонстративно отрицать симптоматику из страха стигмы либо из-за личностных установок. Следовательно, словесный нарратив обследуемого утрачивает презумпцию искренности и превращается в объект критического анализа, где каждое высказывание должно быть соотнесено с внешними данными, логикой поведения и внутренней согласованностью психического статуса (Rogers, 2008; Resnick, 1997).

Отсюда вытекает фундаментальная эпистемологическая проблема: судебная психиатрия требует от инспекции того, чего она не может гарантировать по своей природе, а именно высокой воспроизводимости выводов в условиях ограниченного времени, неполной информации и активного сопротивления объекта исследования. Клиническая инспекция может позволить себе опору на длительное наблюдение, на терапевтический альянс, на постепенное раскрытие симптоматики. Судебная инспекция часто вынуждена строить заключение в условиях однократного контакта или короткой серии интервью, при этом сталкиваясь с неоднозначностью данных, разнородностью источников и давлением процессуальных сроков. В этих условиях возрастает роль неявных эвристик, профессиональных привычек и личностных установок эксперта, что делает судебную психиатрию особенно уязвимой для когнитивных искажений (Tversky, Kahneman, 1974; Crokerry, 2003).

Особую опасность представляет смещение от феноменологического описания к преждевременной интерпретации. Классическая психопатология призывала начинать с «видимого» и «слышимого», отделяя первичное описание переживания от его объяснения и этиологизации (Jaspers, 1913). Судебная практика постоянно провоцирует обратное: эксперт невольно стремится «собрать» целостную версию события, увязать симптомы с мотивом, подогнать психическое состояние под правовой вопрос. Возникает риск нарративной детерминации, когда событие начинает объяснять психопатологию, а психопатология — событие, образуя замкнутый круг. В результате экспертная инспекция может стать не исследованием психической реальности, а реконструкцией

правдоподобного сценария, удобного для процессуальной логики, но не обязательно соответствующего клинической истине (Hacking, 1999; Eastman, 2011).

Цена ошибки в судебной психиатрии многоуровневая. На индивидуальном уровне она выражается в неправомерном лишении свободы, назначении принудительных мер медицинского характера, ограничении гражданских прав или, наоборот, в недооценке риска, что может привести к повторному насилию, саморазрушительным действиям или социально опасным поступкам. На институциональном уровне ошибка разрушает доверие к экспертному знанию, порождает общественные конфликты и усиливает поляризацию между медициной и правом. На научном уровне она закрепляет ложные корреляции между диагнозами и поведением, подпитывает стигматизацию психических расстройств и подменяет клиническую дискуссию морализаторством (Appelbaum, 2008; Fazel, Grann, 2006).

Особенно важно подчеркнуть, что судебная психиатрия является пространством, где клинические классификации МКБ-10/11 используются не как чисто медицинские инструменты, а как языки, через которые юридическая система «узнаёт» психическую патологию. Но классификация, как бы она ни была совершенна, не гарантирует правильности экспертного вывода. Диагноз в МКБ — это статистически и конвенционально определённая категория, описывающая набор симптомов и критериев, но не дающая прямого ответа на вопрос о способности к пониманию и волевому контролю в момент деяния. Более того, разные диагностические уровни — синдромологический, нозологический, функциональный — могут расходиться, и именно в судебной психиатрии это расхождение превращается в источник риска. Например, наличие психотической симптоматики не тождественно утрате критики в юридически значимом смысле, а выраженная личностная патология может сопровождаться сохранной интеллектуальной оценкой, но нарушением регуляции поведения. Следовательно, эксперт, опирающийся лишь на категорию диагноза, неизбежно упрощает реальность.

Дополнительным фактором уязвимости судебной интерспекции является групповая динамика комиссионных экспертиз. Коллективное обсуждение, с одной стороны, должно снижать индивидуальные искажения, однако на практике может усиливать конформизм, авторитарное влияние более опытного специалиста, эффект доминирующей гипотезы и «психологию консенсуса». В таких условиях интерспекция превращается не только в индивидуальный акт понимания, но и в социальный процесс производства заключения, где истина может уступать место согласованности, а сомнение — восприниматься как слабость. Риски группового мышления в экспертных комиссиях описаны в различных областях высоких ставок и в полной мере применимы к судебной психиатрии, где цена «ошибки консенсуса» столь же высока, как цена индивидуальной ошибки (Janis, 1972; Croskerry, 2003).

Ключевым феноменом, обостряющим проблему, является симуляция и диссимуляция. Судебная психиатрия фактически вынуждена развивать «эпистемологию недоверия», то есть методологию, предполагающую возможность

намеренного искажения данных обследуемым. Но такая эпистемология имеет обратную сторону: постоянная подозрительность может привести к систематическому недооцениванию истинной симптоматики, к «атрибутивной ошибке», когда клинические проявления объясняются манипуляцией, а не болезнью. Баланс между критичностью и открытостью — одна из самых трудных профессиональных задач, и именно здесь интерспекция эксперта становится наиболее зависимой от его личностных установок, профессионального опыта и эмоциональной устойчивости (Rogers, 2008; Resnick, 1997).

Показательно, что в судебной психиатрии постоянно присутствует запрос на «объективацию» — на такие формы данных, которые не могут быть полностью сведены к словам обследуемого или интуиции врача. Речь идёт о структурированных интервью, шкалах, оценке согласованности показаний, анализе медицинской документации, свидетельских материалов, видеозаписей, цифровых следов поведения. Однако даже эти источники не устраняют интерспективный компонент, поскольку конечное решение всё равно принимает человек, интерпретирующий данные. И всё же тенденция очевидна: судебная психиатрия, будучи зоной максимальной цены ошибки, первой обнаруживает пределы интерспекции как монопольного способа познания психики и первой формирует потребность во внешнем наблюдателе, способном стандартизировать и воспроизводимо обрабатывать разнородные источники информации (Morse, 2006; Appelbaum, 2008).

Именно в этом месте логика монографии делает необходимым переход к следующему разделу. Экзоспекция, в предлагаемом здесь понимании, не является попыткой заменить судебного психиатра или подменить клиническое суждение «машинным вердиктом». Её смысл — в снижении доли неконтролируемой субъективности там, где ставки максимальны, а ошибки системно неизбежны. Судебная психиатрия, как дисциплина, демонстрирует не «несостоятельность» психиатрии, а её эпистемологическую перегруженность: от неё ожидают объективности физики при методах гуманитарного понимания. Экзоспекция может стать тем недостающим звеном, которое позволит сохранить гуманитарную глубину психиатрии, одновременно усилив её измеримость, воспроизводимость и прозрачность там, где цена ошибки перестаёт быть сугубо клинической и становится судьбоносной (Jaspers, 1913).

Глава 3. Объективность в гуманитарных и медицинских науках

3.1. Понятие объективности: философский и научный анализ

Вопрос об объективности в гуманитарных и медицинских науках неизбежно начинается с признания: слово «объективность» принадлежит одновременно философии, методологии науки и профессиональной этике исследователя, а потому редко имеет одно-единственное значение. В практическом обиходе под объективностью часто понимают «непредвзятость», «точность», «строгость» или «соответствие фактам», однако эти интуитивные формулы скрывают концептуальную сложность. На уровне эпистемологии объективность выступа-

ет не как свойство отдельного высказывания, а как режим производства знания, предполагающий определённые способы наблюдения, фиксации, проверки и согласования результатов внутри сообщества (Daston, Galison, 2007). В этом смысле вопрос об объективности в психиатрии и смежных дисциплинах — это не только вопрос о том, «правильно ли мы описываем психику», но и вопрос о том, какие процедуры делают наши описания научно состоятельными, воспроизводимыми и социально ответственными.

Классическая философская интуиция связывала объективность с независимостью истины от субъекта познания. Ещё кантовская традиция предложила различать условия возможности опыта и «вещь-в-себе», тем самым переводя спор об объективности в плоскость не метафизического доступа к реальности, а структур, делающих опыт общезначимым (Kant, 1781). В дальнейшем «объективность» всё чаще понималась как интерсубъективная валидность: знание считается объективным постольку, поскольку оно доступно проверке другими, не зависит от частной точки зрения и допускает устойчивое согласование наблюдений разных субъектов при соблюдении одних и тех же процедур (Nagel, 1986). В гуманитарных дисциплинах, где объектом исследования является смысл, действие и переживание, эта формула никогда не могла быть принята без оговорок: смысл не лежит «вне» субъекта так же, как физический объект, а переживание не существует как чисто внешняя величина, доступная наблюдателю без участия интерпретации (Dilthey, 1883; Gadamer, 1960). Тем не менее именно здесь возникает важный поворот: объективность в гуманитарной сфере может быть переопределена не как устранение интерпретации, а как её дисциплинирование, то есть как подчинение интерпретации правилам, допускающим критику, сравнение и повторяемость в пределах заданного метода.

История науки показывает, что идеал объективности не был неизменным. В XIX веке формируется мощный норматив «механической объективности», предполагающий исключение субъективного вмешательства исследователя и опору на «саморегистрацию» явления — прибор, протокол, изображение, статистику (Daston, Galison, 2007). В XX веке этот идеал подвергается двоякой критике. С одной стороны, логический эмпиризм пытался сделать объективность функцией логического языка, операциональных определений и верифицируемости, то есть свести знание к системе предложений, связанных правилами подтверждения (Carnap, 1936; Hempel, 1965). С другой стороны, историко-научный анализ показал, что наблюдение неизбежно «теоретически нагружено»: мы видим и фиксируем мир через понятийные схемы, научные традиции и инструменты, которые сами являются продуктом истории (Kuhn, 1962). Поэтому объективность не может быть сведена к «чистому наблюдению»; она должна включать осознание рамок, внутри которых наблюдение становится возможным, и процедуры, позволяющие этим рамкам противостоять или, по крайней мере, делать их явными.

Отсюда возникает принципиальное различие между объективностью как «отсутствием субъекта» и объективностью как «контролем субъективности». В реальной науке субъект не устраняется, а преобразуется в элемент системы

контроля: исследователь обязан не перестать быть человеком, а научиться обращаться со своими когнитивными и аффективными особенностями как с потенциальными источниками ошибки. В клинических дисциплинах этот тезис приобретает особую значимость, поскольку наблюдение и интерпретация неотделимы от человеческого взаимодействия. Лечащий врач и эксперт не могут превратиться в нейтральный измерительный прибор, однако могут построить практику так, чтобы личностный фактор перестал быть «слепым» и стал управляемым: через стандартизированные процедуры, сверку с независимыми источниками, формализованные критерии, документирование и критический анализ альтернативных гипотез (Croskerry, 2003; Kahneman, 2011). В этом смысле объективность в медицине — это не обещание безошибочности, а обязательство строить решения так, чтобы ошибки были обнаруживаемы, обсуждаемы и исправляемы.

На уровне методологии науки принято различать несколько аспектов объективности, и хотя мы избегаем их перечисления как формального списка, для дальнейшей логики монографии важно удерживать три взаимосвязанные линии. Первая линия — онтологическая: существует ли независимая от нас реальность, к которой относятся наши утверждения. Вторая — эпистемическая: какими средствами мы обеспечиваем надёжность познания, то есть оправдание утверждений и их устойчивость к критике. Третья — социальная: как устроены институциональные и коммуникативные механизмы, которые делают знание коллективно проверяемым и, следовательно, «объективируемым» в рамках научного сообщества (Longino, 1990). Эти линии не сводимы друг к другу. Можно признавать независимую реальность и при этом производить плохо проверяемое знание; можно иметь технически строгие методы и при этом попадать в ловушки группового мышления; можно обеспечивать коллективную проверяемость, но работать с объектами, которые по своей природе не допускают простой редукции к измеряемым величинам. Психиатрия находится в точке пересечения всех трёх линий: она вынуждена говорить о реальности психических расстройств, оправдывать свои диагностики и одновременно поддерживать доверие общества к экспертным решениям.

Философия медицины добавляет сюда ещё одно напряжение: медицина оперирует одновременно описательными и нормативными категориями. «Заболевание» не является чисто дескриптивным понятием, потому что включает оценку вреда, страдания, дисфункции и социального неблагополучия (Boorse, 1977; Wakefield, 1992). В психиатрии это напряжение особенно заметно: критерии расстройства неизбежно затрагивают ценностные представления о нормальности, автономии, ответственности и допустимых формах поведения. Следовательно, объективность в психиатрии не может быть понята как простое соответствие измеряемым фактам; она должна включать ясное разграничение описания, объяснения и оценки. Там, где это разграничение размывается, наука превращается либо в морализаторство, либо в технократическую симуляцию точности, когда сложные ценностные вопросы маскируются под «нейтральные» числа (Putnam, 2002).

В гуманитарной традиции существовал соблазн противопоставить объяснение и понимание: естественные науки якобы объясняют, гуманитарные — понимают (Dilthey, 1883). Но для психиатрии подобное противопоставление оказывается недостаточным. Психиатрическое знание исторически строилось как гибрид: оно включает феноменологическое описание переживаний и смыслов, клиническое наблюдение поведения, биологические гипотезы, фармакологические эффекты и социально-правовые рамки. Уже в классической психопатологии подчёркивалось, что понимание переживания (*Verstehen*) и причинное объяснение (*Erklären*) не взаимоисключают друг друга, а относятся к разным уровням анализа (Jaspers, 1913). Следовательно, объективность психиатрии должна быть «многослойной»: феноменологическая точность в описании субъективного опыта, методологическая строгость в диагностических критериях и эмпирическая проверяемость там, где речь идёт о прогнозе, эффективности лечения и рисках.

В философии науки XX века важным идеалом объективности стала фальсифицируемость как принцип демаркации научного знания: утверждение считается научным, если можно описать условия, при которых оно было бы опровергнуто (Popper, 1959). В медицине и особенно в психиатрии этот идеал имеет ограниченную прямую применимость, потому что клинические понятия часто являются вероятностными и контекстно зависимыми. Тем не менее попперовский мотив остаётся продуктивным: он требует формулировать диагностические гипотезы так, чтобы они могли столкнуться с опровергающими данными, а не превращались в объяснение «на все случаи». Практический эквивалент фальсифицируемости в клинике — это готовность врача держать альтернативные диагнозы открытыми, фиксировать критические признаки, проводить повторные оценки и не выдавать интерпретативную уверенность за эмпирическую необходимость (Kahneman, 2011; Croskerry, 2003). Этот мотив особенно важен для судебной психиатрии, где заключение фиксируется во времени и приобретает необратимые последствия.

Ещё один крупный поворот в понимании объективности связан с признанием роли измерительных систем и инструментов. В «жёстких» науках объективность часто реализуется через прибор, который расширяет органы чувств и стандартизирует доступ к явлению. Однако прибор не является нейтральным: он воплощает теорию, выбирает параметры, задаёт шкалу и тем самым формирует сам объект измерения (Hacking, 1983). В медицине это проявляется особенно отчётливо. Глюкометр, ЭКГ, МРТ и лабораторные маркеры не просто «показывают» реальность, но создают устойчивую систему корреляций, на базе которой строится клиническое решение. В психиатрии исторически не хватало именно такого класса инструментов, способных переводить динамические, контекстные и часто языковые феномены в воспроизводимые параметры без полной утраты их клинического смысла. Именно эта нехватка и породила долговременную зависимость психиатрии от интерспекции как основного способа фиксации психического состояния: врач был вынужден выступать одновремен-

но «прибором», «интерпретатором» и «судьёй», совмещая измерение и вывод в одном акте.

Здесь становится понятным, почему спор об объективности в психиатрии не может быть решён простым требованием «быть более точными» или «строго следовать критериям». Критерии, подобные тем, что представлены в МКБ-10/11, действительно являются попыткой институциональной объективизации: они создают общий язык, фиксируют минимальные признаки, задают структуру синдромов и расстройств, обеспечивают сопоставимость описаний между клиниками и странами. Но эти критерии не отменяют того, что симптомы добываются через речь, наблюдение и контекстное понимание, а значит, неизбежно проходят через субъективный фильтр врача. Более того, критерии в клинике работают не как алгоритм, а как инструмент мышления: они направляют внимание, но не заменяют феноменологической работы. Поэтому объективность психиатрии в реальности оказывается «объективностью второго порядка»: это не прямой доступ к объекту, а система процедур, которые уменьшают вариативность интерпретации и делают её прозрачной для проверки.

Философский анализ объективности в гуманитарных и медицинских науках приводит к решающему выводу, который станет опорным для дальнейших глав. Объективность не следует понимать как отказ от субъективного; напротив, она требует признать субъективное как неизбежное и потенциально ценное, а затем встроить его в дисциплинированную систему контроля, где субъективность перестаёт быть единственным источником данных и единственным механизмом вывода. Для психиатрии это означает: задача объективности заключается не в том, чтобы «вычеркнуть» эмпатию, понимание и клинический опыт, а в том, чтобы дополнить их такими формами внешней фиксации, которые позволяют проверять, сопоставлять и воспроизводить выводы за пределами конкретной личности врача. Отсюда логически вытекает следующий вопрос главы: почему именно психиатрия исторически отставала от дисциплин, где объективность обеспечивалась инструментально и статистически, и какие условия должны быть выполнены, чтобы подобная инструментальная объективизация стала возможной без утраты клинического смысла психического (Daston, Galison, 2007; Hacking, 1983).

3.2. Почему психиатрия отставала от “жёстких” наук

Разговор о том, почему психиатрия исторически «отставала» от естественных наук, неизбежно рискует превратиться либо в обвинение, либо в самооправдание. Однако в эпистемологическом анализе речь должна идти не о моральной оценке дисциплины, а о различии объектов, языков описания, измерительных возможностей и социальных функций знания. Психиатрия возникла и развивалась как область, где предметом рассмотрения является не только биологический организм, но и переживающий субъект, включённый в культуру, право, мораль и повседневные практики. Именно эта «двойная принадлежность» — к медицине и гуманитарному знанию — сделала психиатрию интел-

лектуально богатой, но методологически уязвимой, поскольку на протяжении долгого времени она была вынуждена добывать данные и строить выводы преимущественно в среде смыслов, а не в среде прямых измерений (Jaspers, 1913; Dilthey, 1883).

Традиционное представление о «жёстких» науках подразумевает несколько взаимосвязанных признаков: наличие параметров, поддающихся количественной фиксации; устойчивые и воспроизводимые экспериментальные процедуры; приборы, стандартизирующие наблюдение; а также возможность строить теории, которые дают предсказания с проверяемой точностью (Hacking, 1983; Popper, 1959). В медицине «жёсткость» достигается там, где клинический феномен удаётся связать с физиологическим параметром, лабораторным маркером, визуализируемой структурой или чётко измеряемой функцией. Психиатрия, в отличие от кардиологии или эндокринологии, десятилетиями оставалась в положении, где ключевые феномены — настроение, тревога, бредовая убеждённость, нарушения самосознания, качество контакта, «связность мышления» — либо вообще не имели прямых инструментальных коррелятов, либо эти корреляты были слишком вариативны, контекстны и неспецифичны, чтобы стать опорой диагностической процедуры. Тем самым психиатрия была вынуждена сохранять центральную роль клинического интервью и наблюдения, то есть методов, заведомо зависящих от личности врача, языка, культурного контекста и конкретной ситуации взаимодействия (Gadamer, 1960; Kahneman, 2011).

Первый фундаментальный фактор «отставания» связан с природой самого объекта. Психическое расстройство описывается через субъективный опыт и его внешние проявления, но субъективный опыт не является объектом непосредственного наблюдения; он доступен через речь, метафору, нарратив, невербальные сигналы и поведенческие паттерны, которые всегда интерпретируются (Jaspers, 1913). Даже когда симптом формулируется как «наблюдаемый», в психиатрии это наблюдение редко бывает прямым в смысле физики. Например, «психомоторная заторможенность» воспринимается в темпе речи, паузах, общей моторике, снижении спонтанности, но каждая из этих характеристик содержит культурную норму и контекст: то, что в одной среде выглядит как заторможенность, в другой может быть стилем общения или проявлением социального ожидания. Поэтому даже базовый клинический факт здесь уже включает скрытую норму и интерпретативное решение, а не только регистрацию параметра.

Второй фактор — ограниченная операционализация и историческая зависимость понятий. В «жёстких» науках прогресс часто связан с тем, что понятия удаётся связать с измерительными процедурами: температура становится измеряемой через термометрию, давление — через манометрические шкалы, электрическая активность — через приборы регистрации. В психиатрии многие ключевые понятия долго оставались «семейно-сходными» и расплывчатыми: они удерживались традицией, клиническими школами и описательными конвенциями, но не имели однозначной операциональной привязки, одинаково принимаемой в разных странах и школах (Kuhn, 1962). В результате понятия

служили клинике, но не всегда служили воспроизводимой науке: разные специалисты могли использовать одно и то же слово, вкладывая разные критерии. Попытки унификации через диагностические руководства, включая МКБ-10/11, существенно улучшили сопоставимость, но не устранили философскую проблему: критерии стандартизируют описание, однако не превращают само психическое в легко измеряемый объект.

Третий фактор — ограниченность эксперимента и этики вмешательства. Психиатрия исторически не могла использовать многие формы экспериментального контроля, доступные физиологии или фармакологии, без существенных этических рисков. Нельзя произвольно индуцировать психоз ради проверки гипотезы; нельзя систематически лишать человека сна или социального контакта, чтобы «воспроизвести» синдром; нельзя манипулировать травматическим опытом в лаборатории как независимой переменной. Эти ограничения не являются недостатком дисциплины: они выражают моральный статус человека как субъекта, а не объекта. Однако они объективно затрудняют построение причинных моделей в строгом смысле и вынуждают психиатрию опираться на естественные наблюдения, клинические серии, эпидемиологию и сравнительные дизайны, где контроль над переменными ограничен (Popper, 1959; Nempel, 1965).

Четвёртый фактор — гетерогенность причинности и множественность уровней объяснения. Даже там, где психиатрия приближается к биологии, она сталкивается с многоуровневой причинностью: генетические предрасположенности, нейроразвитие, стрессовые события, семейные паттерны, социальная депривация, культурные сценарии, личностные особенности и смысловые интерпретации могут одновременно участвовать в формировании клинического состояния (Engel, 1977). В «жёстких» дисциплинах причинная модель часто стремится к минимальному набору параметров с высокой предсказательной силой; в психиатрии же причинная структура нередко представляет собой сеть взаимодействий, где нет единственного «главного» фактора, а разные траектории приводят к фенотипически сходным синдромам. Такая множественность порождает неизбежный методологический компромисс: либо мы упрощаем модель до биомедицинских переменных, теряя клинический смысл и контекст, либо сохраняем контекст, но получаем слабую формализацию и снижение воспроизводимости. Исторически психиатрия чаще выбирала второе, потому что клиника требовала понимания человека, а не только регистрации параметров.

Пятый фактор — роль языка как носителя данных. В психиатрии язык не просто средство сообщения о факте, а часть самого феномена. Мы наблюдаем мышление и самосознание через речь; мы фиксируем бредовую убеждённость через аргументацию, тематические поля, устойчивость суждений; мы оцениваем депрессию не только по жалобам, но и по стилю повествования, снижению будущностной перспективы, характеру самооценки и смысловой тоналности (Besk, 1967). Следовательно, психиатрическое знание неизбежно включает герменевтический компонент: нужно не только услышать слова, но и понять их значение, функцию и контекст. Герменевтика, однако, исторически

воспринималась как менее «научная», чем измерение, и это создавало хроническое напряжение между клинической адекватностью и научной формализацией (Gadamer, 1960). Там, где язык — основной канал данных, стандарт объективности не может быть механически перенесён из лабораторных наук; его необходимо переопределять с учётом дисциплинирования интерпретации.

Шестой фактор — нормативность и социальная нагруженность диагнозов. Психиатрический диагноз всегда находится рядом с вопросами нормы, ответственности, опасности, способности к труду, возможности быть субъектом права и доверия. Это особенно очевидно в судебной психиатрии, но присутствует и в клинике: диагноз определяет доступ к лечению, социальные льготы, стигму, ограничения, а иногда и принудительные меры. Поэтому психиатрия функционирует в поле, где научная классификация немедленно становится социальным действием (Foucault, 1961). В «жёстких» науках ошибка может быть критичной, но чаще остаётся внутри научной системы; в психиатрии ошибка часто выходит наружу и приобретает правовые и моральные последствия. Это стимулирует осторожность, но одновременно провоцирует институциональные компромиссы: иногда диагноз становится «удобной» административной формой, а не чисто научной категорией. Когда классификация частично обслуживает социальное управление, неизбежно возникает риск размывания научного содержания или, напротив, искусственного ужесточения критериев ради юридической определённости (Putnam, 2002).

Седьмой фактор — историческая конкуренция парадигм и отсутствие единого «естественного» основания классификации. На протяжении XX века психиатрия существовала между биологическими, психодинамическими, феноменологическими, поведенческими и социальными подходами. Каждая парадигма создавала собственные объяснительные модели и собственные критерии значимости фактов. В условиях такой конкуренции дисциплина часто развивалась как набор школ, а не как единая кумулятивная наука, где новые результаты однозначно интегрируются в общий корпус знания (Kuhn, 1962). Попытки создать «общий язык» через международные классификации (МКБ-10, МКБ-11) частично стабилизировали коммуникацию, но не сняли парадигмального напряжения: классификация — это компромисс между традициями, доказательной базой и практическими потребностями систем здравоохранения. Компромисс повышает совместимость, но не гарантирует «жёсткости» в смысле физики.

Восьмой фактор — проблема измерительной инфраструктуры и масштаба данных. «Жёсткие» науки исторически наращивали точность через развитие приборов и накопление больших массивов измерений. Психиатрия долгое время не имела сопоставимой инфраструктуры: данные были локальными, описательными, зависимыми от конкретной клиники, а записи — преимущественно текстовыми и слабо стандартизированными. Даже там, где применялись психометрические шкалы, они часто фиксировали субъективные самоотчёты или экспертные оценки, то есть оставались внутри интерспективного поля, лишь придавая ему форму числовых баллов (Cronbach, Meehl, 1955). Число

само по себе не делает знание объективным; объективность возникает тогда, когда число связано с воспроизводимой процедурой измерения, устойчивой к вариативности наблюдателя и контекста. В психиатрии такая устойчивость формировалась медленно, поскольку процедуры оценки нередко оставались «полуформальными», а источники данных — преимущественно коммуникационными.

Однако важно подчеркнуть: «отставание» психиатрии не означает стагнации. Скорее, психиатрия выполняла иную функцию: она сохраняла клиническую чувствительность к уникальности человека и к смысловой структуре страдания, даже тогда, когда инструментальная база была слабой. Это особая историческая роль дисциплины. Если бы психиатрия преждевременно редуцировала психическое к грубым физиологическим показателям, она могла бы приобрести иллюзию жёсткости ценой утраты предмета. Поэтому психиатрия развивалась как область, где высока цена «ложной объективности» — ситуации, когда видимость точности скрывает потерю клинического смысла (Daston, Galison, 2007). И именно поэтому сегодняшняя задача не сводится к механическому переносу стандартов естественных наук: необходимо создать такие формы инструментального знания, которые сохраняют феноменологическую точность и клиническую релевантность, но при этом уменьшают вариативность интерпретации и усиливают воспроизводимость.

В этом контексте становится понятным, почему следующий раздел — об инструментальном знании и измерительных системах — является не техническим дополнением, а центральным эпистемологическим мостом. Если психиатрия отставала не из-за «ошибки мышления», а из-за недостатка измерительных средств, способных работать с языковыми, поведенческими и динамическими феноменами психики, то вопрос о том, какие именно измерительные системы могут возникнуть сегодня, становится вопросом о возможности нового режима знания. И именно здесь — на стыке цифровых данных, вычислительных методов и клинической интерпретации — открывается пространство для экзоспекции как попытки построить внешний наблюдательный контур психического состояния, дополняющий интерспекцию, но не отменяющий её (Hacking, 1983; Longino, 1990).

3.3. Инструментальное знание и роль измерительных систем

Переход от «мягкого» знания, удерживаемого традицией описаний и клиническим мастерством, к знанию инструментальному является одним из центральных эпистемологических механизмов, благодаря которым естественные науки стали тем, чем они являются сегодня. Под инструментальным знанием в данном контексте следует понимать не просто совокупность «данных», и даже не просто использование приборов, а особый тип когнитивной организации опыта, в котором наблюдение дисциплинируется стандартизированной процедурой, а феномен переводится в измеримый, сопоставимый и воспроизводимый параметр. В этом смысле инструментальное знание является не до-

бавкой к теории, а фундаментом нового режима объективности: оно обеспечивает возможность отделить «то, что происходит в объекте», от «того, что происходит в наблюдателе» (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007).

В гуманитарных и медицинских науках вопрос об инструментальном знании осложнён тем, что измерение здесь неизбежно соприкасается с интерпретацией. Однако именно поэтому роль измерительных систем становится ключевой: измерительная система — это механизм, который превращает интерпретацию из свободного искусства в управляемую, проверяемую и публично сопоставимую процедуру. В философии науки давно отмечено, что «факты» не существуют в вакууме: они производятся внутри определённых практик, где фиксируется, какие различия считаются существенными, какие шкалы признаются легитимными и какие условия считаются достаточными для повторения результата (Latour, Woolgar, 1979; Hacking, 1983). Следовательно, измерительная система — это не нейтральная «техника», а социально и методологически оформленная инфраструктура знания, которая делает возможным коллективное доверие к результату.

С этой точки зрения объективность в науке может быть рассмотрена как особый режим межсубъектной согласуемости, который достигается не «отсутствием субъекта», а ограничением и стандартизацией субъективного вклада. Объективность здесь не означает, что наблюдатель исчезает; она означает, что вклад наблюдателя становится предсказуемым, контролируемым и, в идеале, одинаковым для разных наблюдателей. Именно это и обеспечивают измерительные системы: они вводят процедуры калибровки, протоколы регистрации, стандарты отбора сигналов и правила интерпретации, которые позволяют свести вариативность человеческого восприятия к допустимому минимуму. Эта логика особенно важна для психиатрии, где наблюдение, традиционно основанное на речи и поведении пациента, на реакции врача и на контексте беседы, демонстрирует высокую зависимость от индивидуальных особенностей специалиста и ситуационных факторов (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

Если рассматривать измерительную систему строго, то она включает по меньшей мере четыре слоя, которые в «жёстких» науках обычно не разделяются, потому что давно институционализированы. **Первый слой** — это онтология измеряемого: то есть ответ на вопрос, что именно считается «величиной» и почему. В физике это может быть длина, масса, температура; в психиатрии это должны быть параметры состояния, которые допускают внешнюю фиксацию: темп речи, латентность ответа, вариабельность сердечного ритма, структура сна, моторная активность, частота социальных взаимодействий, индекс связности нарратива, устойчивость убеждений в диалоге, динамика когнитивного контроля. Но онтология измеряемого в психиатрии неизбежно смешанная: часть параметров биологична, часть поведенческая, часть лингвистическая, часть контекстная. Следовательно, измерительная система должна быть многоканальной по определению, иначе она воспроизводит старую редукцию психики к одному «главному» уровню (Engel, 1977).

Второй слой — процедура извлечения и регистрации сигнала, то есть ответ на вопрос, как именно феномен превращается в фиксируемое событие. В классической медицине это лабораторный анализ, ЭКГ, визуализация; в психиатрии в качестве сигналов всё чаще выступают «цифровые следы»: аудио и текст речи, видеопоток мимики и моторики, данные носимых устройств, паттерны сна и активности, закономерности взаимодействия с цифровой средой. Однако главное здесь не «новизна» каналов, а то, что процедура регистрации должна быть стандартизирована. Если запись голоса делается в разных условиях, на разные микрофоны, с разной дистанцией, то вариативность технического шума может превысить вариативность клинического сигнала, и тогда измерение будет создавать иллюзию точности, не увеличивая объективность. Следовательно, психиатрическое измерение требует не только выбора параметра, но и дисциплины протокола: одинаковой среды, одинакового сценария задач, одинаковых правил обработки (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007).

Третий слой — это модель преобразования сигнала в показатель. В «жёстких» науках связь между сигналом и показателем часто прозрачна: столбик ртути поднимается, стрелка отклоняется, числовое значение считывается. В современной цифровой диагностике, особенно в психиатрии, преобразование осуществляется через алгоритмы обработки: фильтрацию, извлечение признаков, статистическое моделирование и машинное обучение. Здесь возникает существенная эпистемологическая новизна: показатель становится продуктом вычислительного контура, а не прямого наблюдения. Поэтому объективность должна включать не только стандартизацию регистрации, но и стандартизацию вычисления: воспроизводимость кода, фиксированность версий моделей, прозрачность параметров, протоколы валидации и контроль дрейфа (Longino, 1990). Если эти требования не соблюдены, то алгоритмическое измерение может стать новым источником скрытой субъективности, перенесённой из врача в разработчика и инфраструктуру данных.

Четвёртый слой — это интерпретационный протокол: правила, по которым показатель превращается в клиническое суждение. Здесь и проявляется ключевой момент: измерение само по себе не есть диагноз. Оно создаёт пространство сопоставимых параметров, но клиническая значимость возникает только тогда, когда показатель включён в систему критериев, контекстов и дифференциальных соображений. Психиатрия не может позволить себе прямой аналог «температура выше 38 — значит инфекция», потому что большинство психических феноменов полидетерминированы и контекстно-зависимы. Следовательно, интерпретационный протокол должен быть вероятностным и многомерным, а также совместимым с классификационными рамками МКБ-10/11, где диагноз определяется не одним параметром, а устойчивым набором признаков и их длительностью, выраженностью и влиянием на функционирование.

Именно на этой структуре видно, что измерительная система — это не «прибор», а архитектура, в которой согласованы онтология, протокол регистрации, алгоритм преобразования и клиническая интерпретация. В классической медицине подобная архитектура создавалась столетиями и стала настолько

привычной, что кажется «естественной». В психиатрии же проблема состоит в том, что многие параметры психического состояния долгое время не имели внешней измеримости, и поэтому дисциплина вынуждена была удерживать диагностику внутри клинического суждения. В этом смысле психиатрия, оставаясь глубоко клинической, исторически была слабее институционально-измерительной: она обладала сильной феноменологической традицией, но слабой приборной инфраструктурой (Jaspers, 1913). Современная цифровизация впервые создаёт возможность формировать измерительную инфраструктуру, сопоставимую по масштабу с другими областями медицины, поскольку многие внешние проявления психики — речь, моторика, сон, социальное поведение — естественным образом оставляют регистрируемые следы.

Однако для гуманитарной и клинической дисциплины особенно важно различать два типа инструментализации. Первый тип можно назвать редукционистским: он пытается заменить сложный клинический феномен одним числом и построить на этом ложную «жесткость». История психиатрии знает соблазн такого подхода: стремление найти единственный биомаркер «депрессии» или «шизофрении» и превратить диагностику в механическую процедуру. Но при нынешнем состоянии знания этот путь нередко приводит либо к разочарованию, либо к наукообразной псевдоточности, поскольку отдельные биологические показатели демонстрируют значительную неспецифичность и вариативность (Kapur, Phillips, Insel, 2012). Второй тип инструментализации можно назвать системным: он рассматривает измерение как способ усилить клиническое понимание, расширить наблюдение во времени, уменьшить влияние случайности и сделать выводы более проверяемыми, но не отменяет феноменологический слой. Экзоспекция, в логике данной монографии, принадлежит ко второму типу: она не стремится «перепрыгнуть» через клинику, а стремится снабдить клинику внешним контуром наблюдения, который уменьшает неопределённость.

В психиатрии принципиальную роль играет ещё один аспект измерительных систем — временная структура данных. Многие психические расстройства определяются не только набором симптомов, но и их длительностью, фазностью, рецидивированием, контекстной привязкой, суточной динамикой, реактивностью на события и лечение. Классическое интервью фиксирует эту динамику ретроспективно, через память пациента и клиническую реконструкцию. Но память и реконструкция, особенно при тревоге, депрессии, психозе или зависимости, подвержены систематическим искажениям. Измерительная система, способная собирать временные ряды, создаёт качественно новый тип знания: она позволяет описывать не только «что есть», но и «как меняется», а именно динамика является одной из главных клинических подсказок в дифференциальной диагностике между, например, биполярным спектром и рекуррентной депрессией, тревожным расстройством и депрессивной маской, психотическим эпизодом и диссоциативными феноменами (Goodwin, Jamison, 2007). Тем самым измерительная система в психиатрии должна быть по своей природе

динамической, иначе она фиксирует лишь срез, который может вводить в заблуждение.

Кроме того, измерительная система в психиатрии неизбежно является системой смыслов, поскольку многие параметры становятся значимыми только в контексте. Например, снижение активности может быть признаком депрессии, но может быть следствием соматической болезни, социальной депривации, профессионального выгорания или культурного режима поведения. Следовательно, измерение должно включать контекстные переменные: жизненные события, режим труда и сна, сезонность, социальную нагрузку, терапевтические вмешательства. В противном случае приборная объективность будет имитировать точность, но фактически закрепит ошибку интерпретации на новом уровне. Именно здесь возникает ключевой эпистемологический тезис: объективность в психиатрии не равна «безконтекстности»; напротив, она требует формализованного контекста. То, что ранее удерживалось в голове врача как «клиническое впечатление», должно стать частью протокола наблюдения как набор внешне фиксируемых условий.

Важным следствием этого подхода является переопределение статуса шкал и тестов. Психометрия XX века уже сделала шаг к инструментализации психического, предложив стандартизированные опросники и рейтинговые шкалы. Однако многие психометрические инструменты, оставаясь важными, по своей природе «внутриинтерспективны»: они фиксируют самоотчёт или экспертную оценку, то есть по-прежнему зависят от субъективного канала. Их сила — в стандартизации формулировок и сравнении во времени, но их предел — в зависимости от мотивации, инсайта, стигмы и стратегий ответа. Экзоспективные измерительные системы не отменяют психометрию, но расширяют её, добавляя каналы, менее зависимые от прямого самоотчёта: акустические характеристики голоса, поведенческие паттерны, физиологические индексы автономной регуляции, параметры сна и активности. Это расширение делает возможным «треугольную валидацию» состояния: когда субъективный отчёт, клиническое наблюдение и инструментальная регистрация сходятся или расходятся, создавая диагностически значимую структуру согласия и несогласия (Cronbach, Meehl, 1955).

Вместе с тем следует признать, что измерительная система не является гарантией истины; она является механизмом дисциплины. Она может дисциплинировать ошибку так же, как дисциплинирует точность. Если система построена на смещённых данных, если она некорректно переносится между культурами и языками, если алгоритм обучен на нерепрезентативной выборке, то она может придать систематическому искажению статус «объективного факта». В философии науки это описывается как проблема встроенных предпосылок и социальной проверки знания: объективность достигается не только прибором, но и критической процедурой публичной валидации, сопоставления, репликации и институционального контроля (Longino, 1990; Daston, Galison, 2007). Для психиатрии это означает, что измерительная система должна быть встроена в профессиональные нормы: прозрачность методологии, воспроизводимость ре-

зультатов, независимая оценка, межцентровые исследования, сопоставимость с классификациями МКБ-10/11, а также этическая и правовая корректность применения.

Таким образом, инструментальное знание в психиатрии не является «техническим проектом», добавляемым к клинике; оно является эпистемологической реконфигурацией клинического мышления. Врач, работающий в режиме интерспекции, опирается на опыт и эмпатию, реконструируя состояние из разговора и наблюдения. Врач, работающий в режиме расширенной объективности, должен уметь мыслить измерительными системами: понимать, что именно измеряется, каков источник шума, каков риск смещения, как интерпретировать расхождение между каналами, и где проходит граница допустимого вывода. Это и есть переход к новой форме профессионализма, в которой клиническая мудрость соединяется с инструментальной дисциплиной.

В логике данной монографии из этого следует центральный вывод: поскольку психика проявляет себя во множестве внешних феноменов, а современная цифровая среда впервые создаёт техническую возможность их систематической регистрации, измерительные системы становятся необходимым звеном между традиционной клинической интерспекцией и новым режимом знания, который мы называем экзоспекцией. В следующем разделе 3.4 будет обосновано, почему сама структура психиатрического объекта — сочетание субъективного опыта, поведения и контекста — делает «внешнего наблюдателя» не метафорой, а методологической необходимостью, и почему таким наблюдателем может выступать не человек, а вычислительная система, способная удерживать многоканальные данные без аффективного искажения и без потери динамики.

3.4. Необходимость внешнего наблюдателя психики

Постановка вопроса о внешнем наблюдателе психики может показаться парадоксальной, если исходить из классического убеждения, что психическое по своей природе «внутренне» и доступно лишь через самопереживание субъекта или через интерпретативное понимание со стороны другого человека. Однако именно в этой парадоксальности и заключается ключевая эпистемологическая проблема психиатрии: объектом её знания являются явления, которые одновременно принадлежат миру субъективного опыта и проявляются вовне в поведении, речи, физиологической регуляции и социальной коммуникации. Эта двойственная природа психики делает традиционную интерспективную модель познания одновременно необходимой и принципиально ограниченной. Необходимой — потому что без понимания смысла переживания нельзя говорить о клинической психопатологии в духе феноменологии (Jaspers, 1913). Ограниченной, потому что инструменты доступа к этому переживанию неизбежно проходят через субъекта и наблюдателя, каждый из которых несёт систематические искажения.

Интерспекция пациента, как показал ещё классический психологический и философский анализ, не является прозрачным зеркалом психической реальности. Во-первых, субъективный отчёт зависит от словаря и культурной модели самопонимания; субъект описывает себя не напрямую, а через доступные ему категории и социально выученные способы говорить о чувствах и мыслях (Wittgenstein, 1953). Во-вторых, отчёт зависит от мотивации и ситуации: стыд, страх, ожидания, вторичная выгода, желание понравиться или, напротив, демонстративность меняют содержание и форму рассказа. В-третьих, отчёт зависит от самой патологии: депрессия и тревога систематически искажают оценку прошлого и будущего, психотические состояния изменяют критерии реальности, зависимости перестраивают рационализацию, а когнитивные нарушения ограничивают способность к последовательному нарративу (Beck, 1967; Kahneman, 2011). Следовательно, пациентская инспекция не может быть единственным основанием знания, поскольку она не просто «неполна», но структурно уязвима к ошибкам, которые не являются случайными.

Интерспекция врача, в психиатрии часто понимаемая шире — как клиническое «вчувствование», эмпатическое понимание и профессиональное суждение, — также не является нейтральной. Феноменологическая традиция подчеркивала необходимость осознанной рефлексии, чтобы отделить понимание от проекции и улавливать именно структуру переживания пациента (Jaspers, 1913). Психоаналитическая традиция добавила к этому идею контрпереноса и показала, что эмоциональные реакции специалиста могут быть одновременно источником информации и источником слепоты, если они не распознаются и не контролируются (Freud, 1912; Heimann, 1950). Когнитивная психология и исследования принятия решений в медицине дополнительно продемонстрировали, что человеческое клиническое суждение подвержено систематическим когнитивным искажениям — от эффекта якоря и подтверждения до доступности и ретроспективной рационализации (Tversky, Kahneman, 1974; Kahneman, 2011). В итоге мы имеем двойную уязвимость: пациент ошибается не потому, что «лжёт», а потому, что его психическая система ограничена и искажена; врач ошибается не потому, что «некомпетентен», а потому, что человеческое познание в условиях неопределённости устроено так, что неизбежно строит гипотезы и затем защищает их.

В «жёстких» науках подобная двойная уязвимость компенсируется включением внешнего наблюдателя в форме измерительного прибора и стандартизированного протокола. Там, где человеческий глаз и человеческое впечатление слишком вариативны, вступает в действие устройство, которое фиксирует одно и то же явление одним и тем же способом, а затем выдаёт результат в сопоставимой шкале. Это не устраняет интерпретацию, но переносит центр тяжести с субъективного впечатления на процедуру, которую можно воспроизвести и проверить (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007). Для психиатрии долгое время подобный перенос казался невозможным: психическое не «лежит» как объект в пространстве, оно не измеряется линейкой, и его нельзя непосредственно сфотографировать. Но развитие поведенческой науки, психо-

метрики и, в последние десятилетия, цифровых технологий постепенно изменило условия задачи. Психическое состояние оставляет систематические следы в поведении, в речи, в структуре внимания и памяти, в психомоторике, во сне и в вегетативной регуляции. Эти следы не тождественны переживанию, но они связаны с ним закономерными корреляциями, и именно эта связность открывает путь к внешнему наблюдателю.

Необходимость внешнего наблюдателя психики следует понимать как необходимость третьего контура знания, который не заменяет ни субъективный отчет, ни клиническую интерпретацию, но вводит независимую линию фиксации — линию, которая способна удерживать феномен во времени, уменьшать влияние случайности и выявлять закономерности, неочевидные для человеческой памяти. В современной эпистемологии это соответствует идее триангуляции: когда разные источники данных и разные методы наблюдения сопоставляются, чтобы повысить валидность вывода и отделить устойчивый сигнал от метод-специфического шума (Cronbach, Meehl, 1955). В психиатрии такая триангуляция особенно важна, поскольку значительная часть клинического материала имеет характер «высокого шума» — он зависит от контекста, отношения, ожиданий, языка, культуры и фазы состояния.

Ключевым препятствием на пути к внешнему наблюдателю долгое время оставалась проблема: кто именно может быть внешним наблюдателем психики, если любой человек-наблюдатель тоже обладает психикой, и значит неизбежно привносит свои эффекты? Здесь мы приближаемся к фундаментальному тезису, который подготовлен предыдущими разделами. Если объектом познания является психика, то человеческий наблюдатель — это не нейтральная камера, а система, которая сама производит смыслы, эмоции, защиты и искажения. Следовательно, «внешность» наблюдателя в строгом смысле недостижима для человека, потому что человек не может выйти за пределы человеческой психики. Он может тренировать рефлексивность, снижать искажения, следовать протоколам и супервизии, но он не может быть «вне» того самого механизма, который наблюдает. Это ограничение не отменяет ценности клинического понимания, но оно делает принципиальной необходимость внешнего контура — контура, который, по крайней мере, не является носителем аффекта, идентификации и моральной реакции, и который способен удерживать множественные параметры одновременно без селективного внимания.

В этом месте возникает важное различие между «объективностью» и «внешностью». Внешность не означает метафизического отделения от психики; она означает функциональное отделение от тех механизмов, которые вносят искажения в наблюдение. Если внешняя система не испытывает страха, симпатии, раздражения, усталости, не формирует личной привязанности и не имеет мотивации к самооправданию, то значительная часть типичных клинических искажений действительно может быть устранена или по крайней мере снижена. Такая система, разумеется, может иметь другие искажения — технические, статистические, культурные, связанные с данными и моделями, — но принципиально важно, что эти искажения другого рода и поэтому поддаются другим ме-

тодам контроля: валидации, тестированию, калибровке, мониторингу дрейфа и сравнительным исследованиям (Longino, 1990). В терминах эпистемологии науки речь идёт о том, что психиатрия нуждается не в «идеальном судье», а в дополнительной форме надёжности, которая достигается организацией практик проверки, а не личной добродетелью наблюдателя.

Необходимость внешнего наблюдателя особенно отчётливо проявляется там, где цена ошибки максимальна и где клиническое впечатление традиционно сталкивается с конфликтом интересов, давлением контекста и неизбежной неполнотой информации. Судебная психиатрия, которая будет подробно рассмотрена в ОТДЕЛЕ V, является именно такой областью: здесь любое заключение влияет на свободу, судьбу и безопасность, а эксперт работает в поле противоречивых ожиданий, ограничений времени, недостатка данных и иногда — намеренного искажения фактов со стороны обследуемого или окружения. В таких условиях внешний наблюдатель психики нужен не как «машина истины», а как система стандартизации и реконструкции, позволяющая снизить вариативность интерпретаций и повысить прозрачность аргументации (Morse, 2011). Там, где человеческое суждение неизбежно, оно должно быть максимально документировано и опираться на воспроизводимые основания.

Однако внешняя наблюдательная система важна не только в экспертизе. Клиническая психиатрия в целом сталкивается с ограничением «момента»: интервью фиксирует состояние здесь и сейчас, но многие расстройства определяются динамикой. МКБ-10/11, при всех различиях, построены на принципе синдромальной диагностики, где значимы длительность, устойчивость, повторяемость и функциональные последствия. В обычной практике эти параметры восстанавливаются по памяти пациента и по фрагментарным данным родственников. Внешний наблюдатель, работающий в режиме длительного мониторинга, способен превратить динамику из рассказа в временной ряд, а временной ряд — в объект клинического анализа. Это особенно важно для пограничных состояний и спектральных расстройств, где диагностические границы размыты и где именно профиль динамики часто является главным ключом к правильной тактике лечения.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о том, что именно должен наблюдать внешний наблюдатель, чтобы не превратиться в карикатуру на объективность. Психика — не сумма биосигналов; она включает смысл, намерение, отношения и культурную форму. Следовательно, внешний наблюдатель психики не может быть редуцирован к одному каналу данных и не может претендовать на исчерпывающий «снимок» внутреннего опыта. Его задача — создавать параметрическое описание проявлений психического состояния, которое затем сопоставляется с клинической феноменологией и диагностическими критериями. В этом смысле внешний наблюдатель не «вытесняет» клинику, а расширяет её наблюдательный аппарат. Он фиксирует то, что человек обычно не фиксирует или фиксирует плохо: микродинамику речи и пауз, колебания активности, сдвиги в циркадных ритмах, вариативность автономной регуляции, изменения в паттернах коммуникации. Всё это является «внешним фенотипом» психики, ко-

торый не заменяет субъективный мир, но коррелирует с ним и позволяет оценивать состояние более надёжно, особенно при повторных измерениях и при сравнении с индивидуальной базовой линией.

Здесь мы подходим к ещё одному принципиальному аргументу: внешний наблюдатель необходим, потому что психиатрический объект не является фиксированной сущностью, которая «одинакова у всех», а является системой, проявляющей индивидуальную норму и индивидуальные отклонения. Именно поэтому традиционная психиатрия столь зависима от опыта врача: он интуитивно создаёт «норму данного пациента», исходя из беседы и биографии. Но интуиция не всегда надёжна и плохо передаётся. Внешний наблюдатель, собирающий длительные данные, позволяет построить персональную норму количественно: не в смысле «нормы для всех», а в смысле устойчивых паттернов конкретного человека. Тогда отклонение становится не только сравнением с популяцией, но и сравнением с самим собой во времени. Это особенно важно в раннем выявлении рецидивов, в мониторинге лечения и в профилактике кризисов, включая суицидальный риск, где время реакции критично, а клиническая встреча часто запаздывает относительно развития состояния (Joiner, 2005).

Таким образом, необходимость внешнего наблюдателя психики имеет не идеологический, а строго эпистемологический характер. Она вытекает из трёх взаимосвязанных фактов. Во-первых, психическое состояние доступно напрямую только субъекту, но субъектный доступ систематически искажается как нормальными механизмами самозащиты и языка, так и самой патологией. Во-вторых, клиническое понимание врача остаётся незаменимым, но оно структурно вариативно и подвержено когнитивным и аффективным искажениям. В-третьих, современные условия — цифровизация поведения и коммуникации, развитие сенсоров и вычислительных методов — впервые позволяют создать измерительные системы, способные фиксировать внешние проявления психики многоканально и динамически, тем самым формируя независимую линию наблюдения. Внешний наблюдатель нужен именно как третий контур, который переводит психиатрию из режима единственного свидетельства (пациент + врач) в режим сопоставимых оснований, где диагноз и вывод становятся не только результатом профессионального искусства, но и результатом проверяемой инфраструктуры наблюдения.

Это подводит нас к следующему отделу монографии, где будет введено понятие экзоспекции как нового режима познания психики. В ОТДЕЛЕ II будет показано, что экзоспекция не является продолжением психометрии или цифрового мониторинга в узком смысле, а представляет собой эпистемологический сдвиг: формирование внешнего наблюдателя, способного удерживать параметры психического состояния без человеческих аффективных и когнитивных искажений, но при обязательном участии врача как интерпретатора, носителя клинической ответственности и смысла.

ОТДЕЛ II. ЭКЗОСПЕКЦИЯ КАК НОВЫЙ РЕЖИМ ПОЗНАНИЯ ПСИХИКИ

Глава 4. Понятие экзоспекции психики человека

4.1. Определение экзоспекции: рабочая и расширенная формулировки

Переход от эпистемологической постановки проблемы к введению термина «экзоспекция» требует предельной строгости в определениях. В психиатрии язык никогда не является нейтральным: он не только описывает реальность, но и конструирует операциональные границы наблюдаемого, задаёт форму протоколов, определяет допустимые основания вывода и, в конечном счёте, регулирует ответственность специалиста. Исторически психиатрия опиралась на «понимающее» знание и феноменологическую установку: внутренний мир пациента рассматривался как первичный источник смысла, а клиническое интервью — как основной инструмент доступа к этому миру (Jaspers, 1913). Одновременно в течение XX века нарастал запрос на измеримость и воспроизводимость, что привело к развитию психометрии, диагностических руководств и стандартизации клинических критериев, включая МКБ-10/11 как международные классификационные системы. Тем не менее, сама структура психиатрического знания оставалась преимущественно интерспективной: даже стандартизированный диагноз, по сути, представляет собой итог человеческого наблюдения, интерпретации и клинического решения. Экзоспекция вводится в этой монографии как понятие, описывающее качественно иной режим познания психики, в котором центральной становится возможность внешнего наблюдения, фиксации и анализа параметров психического состояния с опорой на технические и вычислительные системы, а не только на субъективный отчёт и клиническое впечатление.

Под экзоспекцией в рабочем смысле предлагается понимать систематическое внешнее наблюдение психического состояния человека через измеряемые и регистрируемые проявления — поведенческие, речевые, физиологические и контекстуальные — с последующей вычислительной обработкой, формированием параметрического профиля состояния и его сопоставлением с клиническими моделями психопатологии и диагностическими критериями, в том числе МКБ-10/11. Эта рабочая формулировка намеренно прагматична: она фиксирует три необходимых элемента, без которых термин теряет смысл. Во-первых, речь идёт именно о внешнем наблюдении, то есть о данных, которые могут быть зафиксированы независимо от субъективного рассказа и независимо от эмоционально-ситуационной динамики контакта «пациент—врач». Во-вторых, речь идёт о параметризации: наблюдаемое должно быть выражено в сопоставимых признаках, позволяющих отслеживать динамику и сравнивать состояния, иначе мы получим лишь новый вариант описательного нарратива. В-третьих, речь идёт о клинической соотнесённости: экзоспекция не является «психологией данных» как самостоятельной дисциплиной, она существует

внутри психиатрической ответственности и должна переводиться в язык клинических решений, не отменяя, а дисциплинируя интерпретацию.

Однако рабочее определение неизбежно остаётся неполным, если не раскрыть философско-научный смысл экзоспекции как режима познания. В расширенной формулировке экзоспекция определяется как эпистемологическая и методологическая система, предназначенная для снижения вариативности и субъективных искажений в психиатрическом знании путём введения внешнего наблюдателя психики в форме алгоритмизируемого, воспроизводимого и проверяемого контура сбора и анализа данных, который дополняет интерспективное понимание и клиническое суждение, но не заменяет их. В этом смысле экзоспекция становится не просто «технологией мониторинга», а новым устройством доказательности: она создаёт третий контур между субъективным опытом пациента и интерпретативной компетенцией врача, аналогично тому, как измерительные системы в естественных науках исторически формировали стандарты объективности (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007). Подобный контур не ликвидирует неопределённость, но переводит её из области «личного впечатления» в область процедурной верификации, где спор решается не авторитетом, а сопоставлением данных, протоколов и моделей (Popper, 1959; Longino, 1990).

Расширенное определение важно ещё и потому, что оно сразу задаёт границы, без которых экзоспекция легко смешивается с рядом соседних направлений. Во-первых, экзоспекция не тождественна «цифровой фенотипизации» или «цифровой психиатрии» в описательном смысле, где акцент делается на сборе данных как таковом. Данные без эпистемологической архитектуры остаются информационным шумом и могут даже усилить иллюзию точности, если их интерпретация не закреплена клиническими и философскими критериями (Kahneman, 2011). Во-вторых, экзоспекция не сводится к психометрии: шкалы и опросники являются формой формализованной интерспекции, поскольку их материалом всё ещё является субъективный ответ, пусть и помещённый в стандартизированный формат. Экзоспекция, напротив, предполагает выход на измеряемые внешние проявления, которые могут быть регистрируемы помимо желания, памяти или интерпретативных привычек субъекта. В-третьих, экзоспекция не равна нейровизуализации или биомаркерам как таковым: она может включать биологические данные, но её отличительная черта — многоканальная интеграция и ориентация на клинически значимую динамику состояния, а не на единичный «объективный» показатель, который в психиатрии редко бывает специфичен и редко переводится в решение без контекста (Kendler, 2012).

В расширенной формулировке необходимо также уточнить, что «внешний наблюдатель» в экзоспекции — это не метафизическая фигура и не претензия на «видение внутреннего». Это функциональная позиция, занятая системой, которая способна фиксировать и анализировать проявления психического состояния без тех искажений, которые характерны для человеческого восприятия и памяти. Человеческое клиническое мышление неизбежно опирается на эври-

стики и подвержено эффектам подтверждения, якорения и доступности, особенно в условиях дефицита времени и высокой эмоциональной нагрузки (Tversky, Kahneman, 1974; Kahneman, 2011). Экзоспекция вводит иной тип ограничений: алгоритмическая система может ошибаться из-за смещения данных, некорректной разметки, дрейфа распределений или культурной несопоставимости обучающих выборок, но эти ошибки принципиально поддаются аудиту и тестированию, то есть обладают иной эпистемической природой по сравнению с неосознаваемыми человеческими слепыми зонами (Longino, 1990). Это различие не является декларацией превосходства машины; оно является обоснованием комплементарности, на которой строится вся логика монографии.

Отдельно следует уточнить, что экзоспекция, как она определяется здесь, является системой «параметрического профиля», а не системой «единичного диагноза». Диагноз в психиатрии, независимо от того, опирается ли он на МКБ-10/11, представляет собой категориальную форму описания, необходимую для коммуникации, статистики, юридической практики и организации лечения. Но клиническая реальность нередко спектральна и динамична: тревога, депрессия, психотические феномены, расстройства личности и нейроразвития образуют профили с разной выраженностью, разной временной организацией и разными сочетаниями. Экзоспекция предназначена, прежде всего, для построения и обновления такого профиля во времени, поскольку именно динамика и контекст часто несут больше клинического смысла, чем единичная фиксация «симптом—критерий—категория». В этом отношении экзоспекция ближе к логике современной клинической эпидемиологии и к идее многомерной валидности конструкта, чем к традиционному «одноразовому диагнозу» (Cronbach, Meehl, 1955).

Понимание экзоспекции как профилирования не отменяет нозологии, но меняет порядок аргументации. Традиционная диагностика часто движется от впечатления к категории: врач формирует гипотезу, затем подбирает подтверждающие и исключаяющие признаки и фиксирует итог. Экзоспекция предлагает обратный путь: от широкого, многоканального описания состояния — к вероятностной карте диагностических гипотез и к их уточнению через клиническую интерпретацию, интервью и дополнительные источники. Такая логика сближает психиатрию с идеалами научного вывода в условиях неопределённости, где гипотезы не объявляются истинными, а калибруются по данным и корректируются при поступлении новой информации (Porper, 1959). При этом остаётся ключевой принцип медицинской ответственности: даже если система предлагает вероятностную оценку, решение о диагнозе и лечении остаётся человеческим, поскольку включает этику, контекст, риски и юридические последствия.

Ещё одним существенным элементом расширенного определения является требование воспроизводимости процедуры, а не только результата. В клинической практике не редкость ситуации, когда два специалиста формально согласны по диагнозу, но приходят к нему разными путями, из разных акцентов и с разной чувствительностью к симптомам; это делает знание трудно передаваемым.

мым и плохо проверяемым. Экзоспекция, напротив, должна быть устроена так, чтобы путь от данных к выводу был прозрачен: какие каналы использовались, как были очищены и нормированы данные, как формировались признаки, какая модель применялась, какова неопределённость, каков диапазон ошибок. Здесь объективность понимается не как «безошибочность», а как возможность независимой проверки и повторения процедуры при сходных условиях — в духе современной философии науки, где научный статус знания определяется не авторитетом говорящего, а организацией практик критики и репликации (Longino, 1990; Daston, Galison, 2007). В этом смысле экзоспекция — это не «новая психиатрия», а новая инфраструктура психиатрического знания.

В рамках данной монографии принципиально важно также разграничить экзоспекцию как режим познания и экзоспективный отчёт как документ. Экзоспекция — это процесс, включающий наблюдение, измерение, вычислительный анализ, формирование профиля и клиническое толкование. Экзоспективный отчёт — это лишь фиксированное представление результата процесса, предназначенное для коммуникации между специалистами и для включения в медицинскую документацию или экспертные материалы. Такая дифференциация необходима, чтобы избежать типичной ошибки цифровой эпохи: смешивания формата отчёта с содержанием знания. Формат может выглядеть строго — графики, показатели, вероятности, — но без корректного режима получения и интерпретации он не становится доказательством. В клинической эпистемологии это соответствует различению «данных» и «свидетельства»: данные становятся свидетельством только в рамках правил вывода, контекста и проверяемости (Hacking, 1983).

Наконец, экзоспекция в расширенном смысле предполагает включение нормативного уровня: она не может быть ценностно нейтральной, поскольку психиатрия имеет дело с нормой и отклонением, страданием и функцией, ответственностью и свободой. Это обстоятельство было хорошо описано в традиции клинической философии медицины и в анализе «взгляда клиники», где диагностика выступает не только как распознавание, но и как социально организованная практика власти и заботы (Foucault, 1963). Экзоспекция может усилить эту власть, если будет применяться без этических ограничений, и может усилить заботу, если будет встроена в режим защиты пациента и профессиональной ответственности. Поэтому уже на уровне определения необходимо зафиксировать: экзоспекция — это инструментальная и вычислительная форма наблюдения, которая подчинена клинической цели (уменьшение страдания, повышение безопасности, улучшение прогноза) и юридико-этическим нормам (конфиденциальность, информированное согласие, недопустимость дискриминации). Иначе говоря, экзоспекция в этой книге мыслится не как автономная «машина истины», а как внешний наблюдательный контур, включённый в человеческую систему ответственности.

Таким образом, рабочее определение экзоспекции задаёт минимальный операциональный смысл: внешнее измеряемое наблюдение психического состояния, его параметризация и клиническая соотнесённость. Расширенное

определение задаёт эпистемологический статус: экзоспекция как воспроизводимый и проверяемый режим познания, вводящий внешний наблюдательный контур для снижения субъективных искажений и повышения прозрачности клинического вывода при сохранении первичности клинической ответственности. В следующем разделе будет показано, что это понятие становится понятным до конца лишь через сопоставление с интерспекцией: не как с «устаревшим методом», а как с фундаментальным человеческим способом доступа к психическому, который экзоспекция не отменяет, а структурно дополняет (Jaspers, 1913).

4.2. Экзоспекция и интерспекция: принципиальные различия

Понятие экзоспекции приобретает научную определённую лишь в сопоставлении с интерспекцией, поскольку последняя является не просто «старым методом», а исходной антропологической и клинической рамкой психиатрии. Интерспекция — это доступ к психическому через внутренний опыт субъекта и его вербализацию, а также через ту особую форму понимания, которую осуществляет врач, реконструируя смысловые связи переживаний, мотивов и намерений (Jaspers, 1913). Экзоспекция, напротив, строится как доступ к психическому через внешние проявления, фиксируемые и анализируемые вне зависимости от того, как субъект их описывает и осознаёт. На первый взгляд различие может показаться тривиальным: «внутреннее» против «внешнего». Однако в клинической эпистемологии это различие оказывается принципиальным, поскольку касается не только источника данных, но и типа доказательности, режима ошибок, способа стандартизации и даже статуса ответственности.

Интерспективное знание в психиатрии исторически несёт на себе печать феноменологического проекта: понять психическое явление «изнутри», не редуцируя его к физиологии и не подменяя смысл механикой (Jaspers, 1913). Этим объясняется достоинство интерспекции как клинического инструмента: она позволяет улавливать качественные различия переживаний, различать «как именно» тревога переживается, чем отличается «пустота» при депрессии от «утраты смысла», как субъект удерживает критичность к навязчивостям, какова субъективная убедительность бредовой идеи. Эти тонкости составляют ткань психиатрического интервью и психопатологического анализа. Но именно здесь же обнаруживаются пределы интерспекции: она зависит от способности пациента к самоописанию, от его памяти, мотивации, уровня инсайта, культурного языка эмоций, а также от того, какую форму принимает коммуникация в конкретном диалоге (Vygotsky, 1934; Rogers, 1951). Интерспекция, как правило, не может быть «повторена» в строгом смысле: повторное интервью уже является другим событием, а сам факт беседы меняет состояние и нарратив, что хорошо известно как в психотерапии, так и в клинике.

Экзоспекция возникает, как попытка создать внешний контур наблюдения, который бы не зависел целиком от качества самоотчёта и от уникальности межличностной ситуации. Её исходный тезис таков: психическое состояние,

будучи субъективным по содержанию, проявляет себя в устойчивых внешних коррелятах — в речи, голосе, моторике, режиме сна, вегетативной реактивности, паттернах социальной активности и в способах взаимодействия со средой. Эти корреляты могут быть зарегистрированы, параметризованы и сопоставлены во времени, что делает возможным иной тип клинического вывода: не через единичное впечатление, а через динамический профиль. В данном контексте важно подчеркнуть, что экзоспекция не «отменяет» субъективность психики; она меняет путь доказательства, вводя дополнительный слой данных между переживанием и клиническим решением. Это сближает психиатрию с общей логикой инструментального знания, где измерительные системы не заменяют объект, а создают воспроизводимые процедуры его наблюдения (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007).

Принципиальное различие между интерспекцией и экзоспекцией начинается с различия в онтологическом статусе материала. Интерспекция работает с феноменами как с переживаемыми смысловыми структурами. Экзоспекция работает с феноменами как с параметрами, т.е. с внешними «следами» психического в поведении и физиологии. В интерспекции феномен первичен, а признаки вторичны; в экзоспекции признаки первичны как данные, а феномен реконструируется как гипотеза. Эта смена порядка имеет далеко идущие последствия. В интерспекции клиническая истина часто принимает форму «понимания» и «узнавания» — врач распознаёт психопатологическую конфигурацию, соотнося её с опытом и теоретическими моделями. В экзоспекции клиническая истина неизбежно принимает форму вероятностного заключения: профиль признаков повышает или снижает правдоподобие определённых состояний, но редко даёт абсолютное доказательство. Такой вероятностный характер знания не является слабостью; он соответствует реальной природе клинической неопределённости и противостоит соблазну ложной категоричности (Porper, 1959).

Второе принципиальное различие связано с режимом ошибок. Интерспекция ошибается прежде всего через смысловые искажения: пациент может не осознавать, стыдиться, рационализировать, забывать; врач может быть подвержен контрпереносу, когнитивным эвристикам, влиянию контекста и ожиданий (Freud, 1912; Kahneman, 2011). Эти ошибки часто являются неявными: врач может не знать, что он ошибся, и не иметь доступа к процедуре самопроверки, кроме поздней ретроспективной корректировки. Экзоспекция ошибается иначе: её ошибки связаны с качеством данных, смещением выборок, некорректной разметкой, дрейфом среды, техническими шумами, а также с тем, что модель может улавливать не состояние как таковое, а его социальные или культурные маркеры. Принципиальная новизна экзоспекции заключается в том, что многие из этих ошибок становятся аудируемыми: можно проверить датасеты, сравнить метрики, воспроизвести модель, оценить чувствительность, специфичность, калибровку. Это не гарантирует истинности, но вводит иной этический и научный стандарт ответственности: ошибка должна быть локализуема и описываема

процедурно, а не только признаваема постфактум как «клиническая сложность» (Longino, 1990).

Третье различие относится к форме стандартизации. В психиатрии XX века стандартизация была достигнута главным образом через классификацию и критерии, то есть через языковое и процедурное согласование того, что считать расстройством. МКБ-10/11 описывают диагностические рубрики и требования к их установлению, стремясь повысить сопоставимость клинических решений и статистики. Но даже самая строгая классификация остаётся зависимой от того, как врач собирает сведения и как интерпретирует ответы. Экзоспекция вводит стандарт иной природы: стандарт не только терминов, но и каналов наблюдения, форматов данных и методов обработки. Если интерспекция стандартизирует язык диагноза, то экзоспекция стремится стандартизировать путь от наблюдения к выводу. Это различие объясняет, почему экзоспекция не может быть реализована только через «цифровую анкету» или «формализованный опрос»: она требует измерительных систем, протоколов их применения и методологии вычислительного анализа.

Четвёртое различие связано с временной структурой знания. Интерспекция по своей природе эпизодична: интервью, осмотр, контакт. Даже если пациент наблюдается длительно, каждый акт наблюдения остаётся локальным и зависимым от ситуации встречи. Экзоспекция принципиально ориентирована на непрерывность и временные ряды. В ней психическое состояние мыслится как динамический процесс, проявляющийся в паттернах, циклах, колебаниях и трендах. Это особенно важно для расстройств, где ключевой клинический смысл несёт именно динамика: аффективные колебания при биполярном спектре, вариативность тревожной симптоматики, изменение сна и активности, колебания психомоторики, нарастание дезорганизации речи. МКБ-11, в большей степени чем МКБ-10, обращает внимание на функциональные нарушения и контекст, но обе системы в своей диагностической форме остаются категориальными. Экзоспекция призвана дополнить категорию непрерывным профилем, что позволяет иначе трактовать «остаточные» и «подпороговые» состояния, а также ранние признаки рецидива.

Пятое различие затрагивает вопрос о субъекте знания и доверии. В интерспекции субъектом знания остаётся человек: пациент как носитель переживания и врач как интерпретатор. Доверие строится на отношениях, эмпатии, профессиональном авторитете и на той особой форме «клинического понимания», которую невозможно полностью формализовать (Rogers, 1951). В экзоспекции субъектом знания становится гибридная система: человек плюс измерительные и вычислительные контуры. Доверие приобретает институциональный характер: оно должно быть обеспечено прозрачностью процедур, доказательностью качества моделей, нормативными рамками. Это изменение нельзя недооценивать. Там, где интерспекция опирается на этику отношений, экзоспекция опирается на этику систем: на правила доступа к данным, на защиту конфиденциальности, на недискриминацию, на объяснимость и ограничение применимости результатов. Поэтому «принципиальные различия» — это не аб-

страктная философия, а проектирование новой профессиональной ответственности.

Шестое различие касается места смысла в диагностике. Интерспекция делает смысл центральным: психопатологический анализ строится вокруг того, что переживание «значит» для субъекта, как оно связано с биографией, травмой, конфликтом, ценностями. Экзоспекция рискует обеднить смысл, если будет сведена к регистрации коррелятов. Этот риск является одним из главных методологических вызовов. Если экзоспекция претендует на роль в психиатрии, а не только в поведенческой аналитике, она должна сохранять связь с уровнем смысловых структур, но делать это иначе: через реконструкцию нарратива, через анализ речевой связности и семантической организации высказываний, через моделирование контекста. Иными словами, экзоспекция может включать смысл, но не как непосредственное «понимание», а как объект формализуемого анализа, где смысловые признаки рассматриваются наряду с физиологическими и поведенческими (Vygotsky, 1934). Это принципиально отличает экзоспекцию от грубого редукционизма: она не утверждает, что психическое есть только физиология; она утверждает, что психическое проявляет себя в наблюдаемых структурах, включая языковые.

Седьмое различие связано с юридической и экспертной измеримостью. Интерспекция, даже когда она дисциплинирована протоколами, остаётся уязвимой для оспаривания в ситуации конфликта интересов, судебной экспертизы, вторичных выгод и симулятивного поведения. В таких условиях возрастает цена ошибки, и требование к обоснованию становится жёстче. Экзоспекция потенциально предоставляет дополнительные линии доказательства: не как «машинное заключение», а как независимый слой данных о динамике состояния, согласованности показаний, поведенческих паттернах и физиологических реакциях. Однако здесь же возникают и новые опасности: данные могут быть интерпретированы без учёта контекста, модели — перенесены на популяции, для которых они не валидированы, а отчёты — превращены в псевдообъективный аргумент. Тем самым различие между интерспекцией и экзоспекцией проявляется как различие не только инструментов, но и рисков: интерспекция рискует субъективностью, экзоспекция — технократической иллюзией.

Важнейшая мысль, которую необходимо удержать в завершение этого сопоставления, состоит в том, что экзоспекция и интерспекция не являются конкурирующими «школами». Они представляют разные режимы познания психики, каждый из которых обладает собственной истинностной силой и собственной уязвимостью. Интерспекция незаменима там, где нужно понимать переживание, мотивацию и смысл, а также строить терапевтический альянс. Экзоспекция незаменима там, где требуется непрерывность наблюдения, воспроизводимость процедур, раннее выявление изменений и снижение вариативности клинических интерпретаций. Современная психиатрия, если она претендует на усиление научного статуса без утраты гуманитарного измерения, должна не выбирать между ними, а создать архитектуру их сопряжения. Это сопряжение и составляет центральную идею последующих разделов, где будет показано, что

экзоспекция является эпистемологическим сдвигом именно потому, что добавляет к интерспективной традиции новый тип доказательности, не разрушая её основания (Jaspers, 1913; Daston, Galison, 2007).

4.3. Экзоспекция как эпистемологический сдвиг

Переход от интерспективной психиатрии к экзоспективной нельзя корректно описать как простое «добавление технологий» к привычному клиническому интервью. Речь идёт о сдвиге в самом способе обоснования знания о психике, то есть об изменении эпистемологического режима. В интерспективной традиции психиатрия закрепляла свою доказательность через феноменологическое описание и клиническое понимание: врач, опираясь на разговор, наблюдение и собственный опыт, реконструировал внутреннюю логику переживания и соотносил её с диагностическими категориями (Jaspers, 1913). Экзоспекция вводит иной фундамент: психическое становится объектом внешнего наблюдения, параметризации и вычислительной реконструкции, причём ключевую роль начинает играть не единичное клиническое впечатление, а воспроизводимая процедура перехода от данных к выводу (Daston, Galison, 2007). Таким образом, меняется не только «что мы знаем», но и «почему мы считаем это знанием», а также «какими средствами мы можем проверить или оспорить клиническое утверждение».

Эпистемологический статус интерспекции исторически был двусмысленным и в то же время продуктивным. С одной стороны, интерспективное знание гуманитарно по своему типу: оно работает со смыслами, намерениями и переживаниями, которые нельзя исчерпать измерением. С другой стороны, психиатрия как медицинская дисциплина всегда стремилась к статусу науки, требующей процедурной проверяемости и сопоставимости результатов. Это противоречие не является случайностью; оно заложено в самой природе объекта. Психика выступает одновременно предметом наблюдения и средством наблюдения: мы познаём психическое психическими же механизмами, то есть неизбежно включаем в знание субъективность наблюдателя (Jaspers, 1913). Экзоспекция возникает как попытка создать внешний контур познания, который не отменяет феноменологию, но дополняет её измерительной архитектурой, переводящей часть клинического вывода из области «понимания» в область «процедурного доказательства».

Первый слой этого сдвига связан с изменением того, что считается «данными». В интерспективной модели центральным источником данных выступает самоописание пациента и клинически интерпретируемое наблюдение за его поведением, причём эти данные заведомо «обработаны» человеческим смыслом ещё до того, как попадают в диагностическое рассуждение. Экзоспекция расширяет понятие данных за счёт регистрации цифровых следов психического: временных рядов сна и активности, вариативности вегетативных реакций, параметров речи и голоса, особенностей психомоторики, паттернов коммуникации и социального функционирования. Эти данные, в отличие от narra-

тива, обладают формальной структурой и допускают статистическое сравнение, что вводит в психиатрию новый тип эмпиризма — эмпиризм параметров и динамики, а не только эмпиризм феноменов и описаний (Hacking, 1983). При этом принципиально важно: экзоспекция не утверждает, что психическое тождественно измеряемому; она утверждает, что психическое оставляет устойчивые внешние корреляты, которые могут служить опосредованным свидетельством состояния, особенно в динамике и при повторных измерениях.

Второй слой сдвига связан с трансформацией критериев объективности. В интерспективной психиатрии объективность традиционно понималась как добросовестность клинициста, его профессиональная дисциплина, способность к эмпатическому пониманию и к удержанию теоретической рамки; именно поэтому школа, наставничество и клинический опыт считались ключевыми гарантиями качества (Rogers, 1951). Экзоспекция переводит часть критериев объективности из личностных качеств наблюдателя в свойства системы наблюдения. Здесь объективность начинает означать не столько «правильность взгляда», сколько воспроизводимость процедуры: одинаковые входные данные при одинаковых протоколах должны приводить к сопоставимым оценкам профиля состояния. Эта логика близка к тому, что в истории науки описывали как переход от «личной» к «механической» или «процедурной» объективности, когда доверие переносится с субъекта на метод (Daston, Galison, 2007). Психиатрия в этом смысле получает шанс приблизиться к стандартам доказательности, характерным для инструментальных дисциплин, не отказываясь от гуманитарного измерения, но ограничивая произвольность интерпретаций там, где это возможно.

Третий слой эпистемологического сдвига проявляется в изменении формы диагностического вывода. Классическая психиатрическая диагностика, даже опираясь на МКБ-10/11, во многом остаётся категорией, то есть решением о принадлежности состояния к рубрике, пусть и с учётом тяжести, длительности и контекста. Экзоспекция по своей природе тяготеет к профилю и континууму: состояние описывается как многомерное пространство параметров, включающее аффективный тонус, уровень психомоторной активации, качество сна, маркеры тревожной реактивности, характеристики речи и темпоральные паттерны. Категория диагноза не исчезает — она остаётся необходимой для клинической коммуникации, юридической ответственности и организационной медицины, — но категория перестаёт быть единственным носителем знания. Возникает напряжение между классификацией и профилированием, и именно это напряжение можно считать признаком нового эпистемологического режима: психиатрия начинает одновременно мыслить категориально (в терминах МКБ) и параметрически (в терминах динамических профилей). В практическом смысле это означает, что диагноз становится не «приговором-ярлыком», а верхним уровнем описания, тогда как основная диагностическая работа переносится на уровень состояния и его изменений во времени.

Четвёртый слой сдвига связан с тем, как организуется проверка гипотез и контроль ошибок. В интерспективной традиции ошибка часто обнаруживается через клиническое разочарование: лечение не работает, прогноз не оправды-

вается, повторный контакт выявляет иной синдром, экспертное заключение оспаривается. Однако процедура выявления ошибки здесь нередко непрозрачна, а источники расхождения трудно локализовать, поскольку они распределены между пациентом, врачом, контекстом и языком описания (Kahneman, 2011). Экзоспекция предлагает иной подход: ошибка рассматривается как свойство модели и данных, подлежащее количественной оценке и аудиту. В этом смысле психиатрия получает инструменты, типичные для статистического и вычислительного знания: калибровку вероятностных оценок, оценку переносимости моделей между популяциями, анализ дрейфа данных, сравнение результатов при разных протоколах (Pearl, 2009). Это не устраняет ошибок — напротив, выявляет новые типы ошибок, связанные с технологической инфраструктурой, — но делает ошибку обсуждаемой на языке процедуры, а не только на языке авторитета и «клинического чутья». Такой переход концептуально созвучен критерию фальсифицируемости и идее научной критики как механизма роста знания: гипотеза должна быть устроена так, чтобы можно было указать, при каких наблюдениях она терпит поражение (Popper, 1959).

Пятый слой сдвига относится к изменению самого предмета психиатрического внимания. Интерспекция фокусируется на субъективном опыте и на смысловых структурах; экзоспекция переводит часть внимания на «психическое как поведение во времени». Это не бихевиоризм в классическом смысле, поскольку экзоспекция не утверждает, что внутреннее несущественно; она утверждает, что внутреннее имеет внешнюю динамику и системные закономерности, доступные наблюдению. Здесь возникает новое понимание клинического объекта: психическое состояние мыслится как процесс, обладающий инерцией, нелинейностями, контекстной зависимостью и фазовыми переходами. Психиатрия начинает сближаться с языком системного анализа и моделирования динамики: эпизоды, рецидивы, ремиссии, продромы и реакции на терапию перестают быть только «описательными этапами» и становятся объектами количественного сравнения. Этот сдвиг особенно важен для областей, где МКБ-10/11 фиксируют категории, но клиническая реальность задаётся континуумом и вариативностью, например в тревожных расстройствах, депрессивном спектре, биполярности и расстройствах личности. Экзоспекция не отменяет клинической типологии, но подталкивает к её переосмыслению как к вероятностной карте состояний, а не к набору дискретных ячеек.

Шестой слой эпистемологического сдвига затрагивает роль языка и нарратива. В интерспекции язык является каналом доступа к переживанию: пациент рассказывает, врач понимает. В экзоспекции язык становится одновременно и каналом, и объектом измерения. Речь анализируется как структурный отпечаток мышления: связность, темп, латентность, семантическая когерентность, прагматические нарушения, особенности просодии — всё это может рассматриваться как внешние признаки, связанные с психическим состоянием. Такой подход возвращает психиатрию к идее, что психическое проявляется в форме, а не только в содержании; но теперь эта идея получает вычислительные методы, позволяющие отделить индивидуальную стилистику от изменений, связанных с

состоянием. В этом пункте важно помнить, что «измерение языка» не является прямым измерением смысла. Оно может быть лишь вероятностным свидетельством изменения когнитивной организации, внимания, аффекта и контроля. Поэтому экзоспекция требует методологической осторожности: язык — не прозрачное окно в психику, а культурно и индивидуально опосредованный инструмент, и его параметризация должна быть сопряжена с клиническим контекстом (Vygotsky, 1934).

Седьмой слой сдвига состоит в трансформации профессиональной роли врача. Интерспективная психиатрия исторически формировала врача как «главный измерительный прибор»: его опыт, эмпатия, способность к нюансам — это и есть основание диагностики. Экзоспекция не лишает врача роли, но меняет её структуру: врач становится интерпретатором отчётов и архитектором клинических решений в условиях многоканальных данных. Он должен уметь удерживать двойную рациональность — феноменологическую и вычислительную, — а также понимать границы применимости моделей. Это сродни тому, как в современной медицине клиницист использует лабораторные и инструментальные данные, не сводя диагноз к одному анализу. Однако в психиатрии ставка выше: данные часто косвенные, контекстно зависимые и чувствительные к социальным факторам, поэтому врач обязан сохранять критичность к «ореолу объективности» цифровых показателей. Экзоспекция, таким образом, требует нового клинического мышления: доверять данным как свидетельствам, но не подменять ими клиническое решение, остающееся этически и юридически человеческим.

Наконец, эпистемологический сдвиг, задаваемый экзоспекцией, можно описать в терминах более общей философии науки как смену парадигматического акцента. Психиатрия, будучи дисциплиной на границе гуманитарного и медицинского, долгое время удерживала «парадигму понимания» как фундаментальную. Экзоспекция вводит элементы «парадигмы моделирования», где знание строится как воспроизводимая реконструкция состояния по набору наблюдений. Это не означает революционного разрыва, но указывает на перераспределение центров тяжести: от единичного клинического случая к популяционным закономерностям, от статического описания к динамическому профилю, от авторитетной интерпретации к процедурной проверяемости (Kuhn, 1962; Lakatos, 1970). В этом смысле экзоспекция является не просто технологией, а формой научной рациональности, которая перестраивает саму карту того, что в психиатрии считается доказательством, как формируется согласие и какие типы вопросов становятся «правильно поставленными».

Однако важно подчеркнуть: эпистемологический сдвиг не равен обещанию полной объективности. Экзоспекция создаёт новый класс неопределённостей и новых угроз. Если интерспекция страдала от вариативности интерпретаций и от когнитивных искажений, то экзоспекция может страдать от систематических смещений данных, от непрозрачности алгоритмов, от ошибочного переноса моделей между культурами и клиническими контекстами, а также от соблазна «объективизировать» социальные нормы под видом психиатрических

показателей. Поэтому экзоспекция должна мыслиться не как замена интерспекции, а как её научное расширение, требующее новых стандартов валидации и новой этики ответственности. В этом заключается парадоксальная, но фундаментальная черта сдвига: психиатрия получает шанс стать более воспроизводимой и измеримой, но одновременно обязана стать более рефлексивной, более методологически строгой и более осторожной в претензиях на истину. Именно такая двойная дисциплина — дисциплина измерения и дисциплина смысла — и составляет ядро экзоспективного проекта, к которому мы подойдём в следующей подглаве, где будут уточнены границы применимости экзоспекции как режима познания психики.

4.4. Границы применимости экзоспекции

Понятие экзоспекции, введённое в предыдущих подглавах как особый режим внешнего наблюдения психики, неизбежно требует уточнения своих границ. В научной методологии границы применимости — это не второстепенный раздел и не «перечень ограничений», а центральный критерий зрелости концепции: дисциплина становится научной ровно в той мере, в какой она может определить условия валидности собственных утверждений и описать ситуации, в которых её инструменты либо дают систематически искажённый результат, либо принципиально неадекватны объекту (Popper, 1959). Экзоспекция тем более нуждается в такой демаркации, что она позиционируется как ответ на кризис субъективности психиатрии, а значит несёт риск ложного ощущения окончательной объективности, который может быть опаснее самой субъективности.

Границы применимости экзоспекции задаются, прежде всего, природой самого объекта — психики как феномена, имеющего одновременно внутреннюю (переживательную) и внешнюю (поведенческую, физиологическую, речевую) стороны. Экзоспекция оперирует внешними коррелятами: она наблюдает не «тревогу как переживание», а её вероятностный профиль по совокупности сигналов — динамике сна, вегетативным маркерам, паттернам речи и поведения, изменению социальной активности и контекстным факторам. Однако коррелят по определению не тождественен сущности. Между переживанием и внешним проявлением всегда существует «эпистемический зазор», который нельзя полностью устранить даже при бесконечно точных сенсорах, поскольку часть психической жизни принципиально приватна и не обязана иметь устойчивый поведенческий эквивалент (Nagel, 1974). Это означает, что экзоспекция по своей структуре не может претендовать на прямое измерение субъективного опыта; она может лишь строить реконструкции, пригодные для клинических задач при соблюдении условий валидности и при осознании зоны неопределённости.

Первое фундаментальное ограничение экзоспекции связано с проблемой смысла и контекста. Психическое проявляется во внешнем всегда «встроенным» в ситуацию: одна и та же физиологическая активация может быть про-

явлением тревоги, нормальной физической нагрузки, соматического заболевания или эффекта стимуляторов; одно и то же снижение активности может означать депрессивную ангедонию, социальное выгорание, реакцию на утрату, банальную перегрузку работой или культурно обусловленную норму. Экзоспекция, работающая с параметрами, особенно уязвима к контекстным ложноположительным выводам, если контекст не включён в модель как полноценная переменная. Здесь возникает принципиальная граница: без клинической интерпретации и без анкерования в истории жизни экзоспективные данные могут превращаться в набор «безымянных чисел», подменяющих смысл внешней формой. Поэтому экзоспекция применима лишь там, где существует возможность контекстного контроля: либо через сопутствующее клиническое интервью, либо через структурированный сбор данных о среде и событиях, либо через длительную динамику, позволяющую различить устойчивые паттерны от краткосрочных реакций.

Второе ограничение — культурная и языковая зависимость внешних проявлений. Психиатрия изначально сталкивается с проблемой универсалий и вариативности: диагностические категории МКБ-10/11 стремятся к глобальной применимости, но их клиническая реализация неизбежно преломляется через язык, нормы выражения эмоций, социальные сценарии и допустимые формы поведения. Экзоспекция усиливает этот риск, поскольку многие её ключевые источники — речь, мимика, коммуникация, цифровые следы — глубоко культурно обусловлены. Модель, обученная на одной популяции, может систематически ошибаться в другой не потому, что «психика другая», а потому, что проявления и коды выражения иные. Это вводит границу переносимости: экзоспективные системы требуют локальной валидации и адаптации, иначе они будут воспроизводить не психопатологию, а культурные различия, ошибочно интерпретированные как симптомы. В терминах современной эпистемологии это проблема «объективности без универсальности»: процедура может быть формально воспроизводимой, но не истинной в другом контексте (Daston, Galison, 2007).

Третье ограничение связано с тем, что экзоспекция уязвима к проблеме качества данных, а психиатрические данные особенно «шумные» и неполные. В соматической медицине измерительный шум часто компенсируется относительно устойчивой физиологией и стандартизированными протоколами. В экзоспекции данные собираются в естественной среде: носимые устройства снимают показатели с переменным качеством, записи речи зависят от условий, поведение в цифровой среде изменчиво и часто фрагментарно. Возникает феномен, хорошо известный в статистике и машинном обучении: если входные данные нестабильны или систематически смещены, то даже формально точная модель будет стабильно ошибаться (Pearl, 2009). Поэтому применимость экзоспекции ограничена ситуациями, где обеспечена минимальная инфраструктура качества: достаточная длительность наблюдения, стабильность протоколов, контроль артефактов, корректная привязка данных ко времени и событиям, а также прозрачность процедур обработки. Без этого экзоспекция превращается в

метод производства «точных» чисел из случайного шума, что может создавать иллюзию научности при фактической ненадёжности.

Четвёртое ограничение — проблема причинности. Экзоспекция по своей природе сначала даёт коррелятивное знание: она выявляет связи между паттернами данных и клиническими состояниями. Однако клиническое решение часто требует причинного понимания: что является механизмом симптомов, что — следствием, что — сопутствующим феноменом, а что — вмешиваемой точкой терапии. Корреляции полезны для скрининга, мониторинга и прогнозирования, но они не гарантируют корректного объяснения и не всегда пригодны для выбора вмешательства. В философии науки и статистике это различие давно считается базовым: предсказание не тождественно объяснению (Hempel, 1965). В психиатрии оно особенно критично, потому что вмешательства — психофармакологические и психотерапевтические — влияют на разные уровни системы: нейробиологию, поведение, смыслы, отношения, образ жизни. Если экзоспективная система предлагает вывод без причинного осмысления, она может быть полезна как индикатор состояния, но не как автономный «советник по лечению». Следовательно, граница применимости проходит там, где требуется причинная интерпретация: экзоспекция должна быть встроена в клиническую модель, а не подменять её.

Пятое ограничение касается феноменов, которые принципиально плохо поддаются внешней параметризации или склонны к маскированию. Психическая жизнь включает состояния, где внешние проявления минимальны, противоречивы или сознательно контролируются. В депрессии часть пациентов демонстрирует выраженное страдание при относительно сохранном поведении в обществе; при тревожных расстройствах возможны стратегии избегания и компенсации; при обсессивно-компульсивном расстройстве значительная часть симптоматики может оставаться «внутренней», не переходя в наблюдаемые ритуалы. В судебной и экспертной практике добавляется симуляция и диссимуляция: субъект может намеренно искажать проявления, а также управлять цифровыми следами. Экзоспекция, основанная на наблюдении внешнего, в таких случаях сталкивается с неустранимой границей: она может фиксировать признаки напряжения и несоответствия, но не может гарантировать достоверную реконструкцию внутренних мотивов и намерений без дополнительных источников. Следовательно, экзоспекция применима не как универсальный детектор «истины психики», а как один из модулей доказательства, требующий перекрёстной проверки.

Шестое ограничение — влияние наблюдения на наблюдаемое. В социальных и психологических науках давно известно, что сам факт измерения может менять поведение: люди иначе спят, иначе говорят и иначе действуют, когда знают, что их оценивают. В цифровой эпохе это принимает новую форму: мониторинг психического состояния может вызывать либо тревожную гиперфокусировку на симптомах, либо, наоборот, демонстративное «нормативное» поведение. Экзоспекция, особенно в формате непрерывного трекинга, тем самым создаёт контур обратной связи, который может усиливать или модифици-

ровать проявления. Это делает результаты зависимыми от психологического отношения человека к системе и от его доверия к ней. Следовательно, применимость экзоспекции ограничена условиями, где минимизирован эффект наблюдателя, либо где этот эффект включён в интерпретацию как часть клинического процесса. Иначе говоря, экзоспекция должна учитывать, что она не только измеряет психическое, но и входит в него как фактор среды.

Седьмое ограничение — нормативная природа психиатрических категорий. В отличие от многих соматических диагнозов, психиатрические рубрики описывают не только «нарушение функции», но и нарушение адаптации, страдание, социальную дезадаптацию, риск, контекстные критерии. МКБ-10/11 фиксируют клинические критерии, но всегда подразумевают оценку значимости симптомов: насколько они приводят к нарушениям функционирования, насколько страдание превышает культурную норму, насколько состояние устойчиво и не объясняется другими причинами. Экзоспекция, опираясь на измеримые показатели, может незаметно подменить нормативную оценку статистической: «отклонение от среднего» будет ошибочно восприниматься как «расстройство». Здесь проходит критическая граница: отклонение не равно патологии. Психиатрия не может быть сведена к статистике без утраты гуманитарной и клинической сущности. Следовательно, экзоспекция применима лишь при сохранении нормативно-клинического уровня решения, где врач оценивает страдание, смысл, функции и риски, а не только распределения параметров.

Восьмое ограничение касается этики и права как условий возможности самого наблюдения. Экзоспекция требует данных высокой чувствительности, а в психиатрии это не просто медицинская информация, но и материал, затрагивающий интимность личности, социальные отношения, профессию и юридические риски. Невозможно говорить о границах применимости, не признавая, что часть потенциально полезных каналов данных не должна использоваться без строгого согласия, без минимизации, без защищённой инфраструктуры и без ясного разграничения целей. В противном случае экзоспекция превращается в технологию контроля, а не помощи, что разрушает доверие к психиатрии и делает научный проект морально неприемлемым. В этом смысле этика не «надстройка», а внутренний методологический предел: нарушение этических условий делает любые результаты невалидными в клиническом смысле, поскольку они получены ценой разрушения терапевтического контракта и автономии субъекта (Beauchamp, Childress, 2019). Следовательно, применимость экзоспекции ограничена рамками, где соблюдаются принципы конфиденциальности, информированного согласия и пропорциональности сбора данных поставленной клинической задаче.

Девятое ограничение — организационно-профессиональное. Экзоспекция предполагает, что клиницист способен читать и критически оценивать экзоспективные отчёты, понимать их вероятностную природу, различать сигнал и артефакт, видеть риск систематических смещений и уметь интегрировать данные с клинической картиной. Если экзоспекция внедряется в систему здравоохранения без подготовки специалистов и без стандартов интерпретации, она

неизбежно усиливает хаос: один врач будет «верить алгоритму», другой — полностью его игнорировать, а третий — использовать выборочно, подтверждая собственные убеждения. Тогда экзоспекция не устраняет субъективность, а лишь меняет её форму. Следовательно, граница применимости проходит и по линии институциональной зрелости: экзоспекция требует стандартов, протоколов и культуры критического использования, аналогичных тем, что существуют для лабораторной диагностики и инструментальных методов в соматической медицине.

Эти ограничения не обесценивают концепцию экзоспекции; напротив, они очерчивают её научное ядро. Экзоспекция применима там, где психическое состояние действительно оставляет устойчивые внешние динамические следы; где можно собирать данные достаточного качества; где контекст включён в интерпретацию; где результаты рассматриваются как вероятностные и подлежащие клинической проверке; где соблюдены этические и правовые условия; где врач сохраняет роль ответственного интерпретатора и носителя решения. Экзоспекция менее применима там, где требуется реконструкция намерений и смыслов без внешних маркеров; где данные легко манипулируемы; где культурная переносимость не проверена; где «отклонение от нормы» ошибочно отождествляется с диагнозом; где мониторинг становится формой контроля.

В практической перспективе это означает, что оптимальная зона экзоспекции — не «замена диагностики», а усиление тех клинических функций, которые традиционно наиболее уязвимы в интерспективной психиатрии: мониторинг динамики, раннее выявление неблагоприятных изменений, повышение воспроизводимости описаний, поддержка клинического решения при многоканальных данных, структурирование экспертных выводов и снижение вариативности оценок при стандартизированных протоколах. Именно в этом ограниченном, но стратегически важном поле экзоспекция может стать тем, чем она заявлена быть: внешним наблюдателем психического состояния, который не отрицает человека, а создаёт второй контур контроля — контур воспроизводимой процедуры и измерительного знания.

Дальнейшее развитие аргументации требует перейти от границ применимости к вопросу о субъекте экзоспекции: почему человек не может быть полностью внешним наблюдателем собственных и чужих состояний, и какие свойства должен иметь экзоспективный агент, чтобы его наблюдение было не просто технологическим, но эпистемологически состоятельным. Именно этому посвящена следующая глава.

Глава 5. Экзоспективный субъект: почему человек не может быть внешним наблюдателем

5.1. Психика как одновременно объект и инструмент познания

Переход от обсуждения границ применимости экзоспекции к вопросу об экзоспективном субъекте требует смены угла зрения: если ранее речь шла о

том, что можно и чего нельзя наблюдать извне, то теперь необходимо понять, почему человек — даже при высокой профессиональной подготовке — принципиально ограничен в роли внешнего наблюдателя психики. Центральная причина состоит в особом онтологическом статусе психики: в человеческом познании психика выступает одновременно тем, что познаётся, и тем, чем познаётся. Иными словами, она является и объектом, и инструментом исследования, а это создаёт уникальную ситуацию эпистемологической замкнутости, не имеющую прямых аналогов в большинстве «жёстких» естественных наук (Kant, 1781; Husserl, 1913).

Любой акт клинического понимания, даже когда он направлен на другого человека, реализуется через внутренние механизмы субъекта-наблюдателя: через внимание, память, категоризацию, эмоциональный отклик, интуитивные модели причинности и социального смысла. Врач, психолог или эксперт воспринимает речь пациента, его мимику, поведение, историю жизни — но эти данные никогда не поступают «в чистом виде». Они проходят через систему фильтров, которые задаются культурой, языком, профессиональной школой, личной биографией, текущим эмоциональным состоянием и — что особенно важно — неявными когнитивными эвристиками. Именно поэтому психиатрическая интерпретация в реальной практике редко является механическим применением диагностических критериев МКБ-10/11; она является актом реконструкции, где данные и теории переплетены, а граница между «наблюдением» и «объяснением» постоянно смещается (Jaspers, 1913).

Эта двойственность психики как объекта и инструмента особенно ясна, если сравнить психиатрию с дисциплинами, где измерение отделимо от измеряемого. Когда физик измеряет температуру, термометр может быть сколь угодно сложным, но он остаётся внешним по отношению к явлению: он не переживает температуру, не страдает от неё и не строит моральных интерпретаций. Когда врач измеряет уровень глюкозы, прибор фиксирует концентрацию вещества, а интерпретация осуществляется на следующем уровне — клиническом, где уже действуют нормативные решения, но сам факт измерения в значительной мере независим от эмоциональной структуры измеряющего субъекта. В психиатрии же «измерительный прибор» — это во многом сама психика врача: его способность понимать смысл, распознавать аффект, удерживать контекст, строить гипотезы о мотивах и защитах, различать истинное и демонстративное. В этом смысле психиатрическая диагностика неизбежно содержит элемент герменевтики, то есть интерпретации смысла, а герменевтика по определению делает наблюдателя участником процесса (Dilthey, 1883; Gadamer, 1960).

Однако речь не идёт о банальном утверждении, что «все субъективно». Проблема глубже: если инструмент познания находится внутри системы, которую он пытается познать, то он не может занять позицию полной внешности. Классическая философия описывала этот парадокс как невозможность «выйти за пределы» условий собственного опыта, поскольку сами условия опыта формируют то, что считается фактом (Kant, 1781). Феноменология уточнила: сознание всегда направлено на нечто, но оно не может быть рассмотрено как объ-

ект так же, как рассматриваются вещи в мире, потому что оно является условием явленности этого мира (Husserl, 1913). В клинической психиатрии этот философский тезис получает практическое выражение: врач не может наблюдать психику «нейтрально», потому что сама нейтральность — это психическое состояние, которое требует усилий, тренировки и постоянно нарушается контрпереносом, усталостью, тревогой ответственности, моральными оценками и социальной позицией.

Двойственная роль психики проявляется и в интерспекции пациента. Традиционная психиатрия, особенно в её гуманистических и психотерапевтических линиях, опирается на предпосылку, что субъект способен сообщать о своём внутреннем состоянии, а врач способен эмпатически и профессионально это состояние реконструировать. Но пациент также использует психику как инструмент самоописания: он должен заметить переживание, назвать его, отделить от ситуации, связать с временем, выстроить нарратив. Это не автоматическая функция; она зависит от уровня рефлексии, культуры эмоционального словаря, защитных механизмов и самой психопатологии. При депрессии снижается способность видеть будущие перспективы и формулировать желания; при тревоге внимание фиксируется на угрозах; при психозе нарушается реальность-тестинг; при расстройствах личности описания могут быть насыщены оценкой и аффективной поляризацией. Иначе говоря, психика пациента одновременно является источником данных и механизмом их кодирования, а при психических расстройствах именно этот механизм повреждён. Поэтому интерспекция как метод имеет встроенную уязвимость: она требует исправности того, что часто и является объектом диагностики (Jaspers, 1913; Beck, 1976).

Из этого следует важный эпистемологический вывод: психиатрия, основанная на интерспекции, неизбежно сталкивается с «двойным искажением». Первое искажение возникает на стороне пациента, где внутренний опыт преобразуется в рассказ и поведение, причём преобразуется через психопатологические механизмы. Второе искажение возникает на стороне врача, где рассказ и поведение преобразуются в клиническую концептуализацию, причём преобразуются через личность врача, его теоретическую школу и когнитивные фильтры. В результате клинический диагноз, даже формально соответствующий рубрикам МКБ-10/11, оказывается продуктом двух взаимно влияющих психических систем. Это не делает диагноз произвольным, но делает его вероятностным и контекстно зависимым, что и проявляется в известной вариативности интерпретаций, обсуждавшейся в предыдущей главе.

Психика как инструмент познания обладает ещё одной особенностью: она не только фильтрует данные, но и непрерывно производит «гипотезы о другом». Человеческое социальное восприятие устроено так, что мы склонны немедленно приписывать смысл и намерения, достраивать недостающие элементы и формировать целостный образ личности по фрагментарным признакам. В когнитивной психологии это описывается через схемы, эвристики, эффекты первичности и подтверждения, а также через фундаментальную ошибку атрибуции (Tversky, Kahneman, 1974; Ross, 1977). В клинике это приобретает осо-

бую значимость: врач может произвольно «увидеть» в пациенте знакомый тип, заранее предположить расстройство, интерпретировать неопределённые признаки в пользу предпочтительной гипотезы. Строго говоря, это и есть проявление того, что инструмент познания не нейтрален: он активен, конструктивен и предсказателен, а значит не может быть чистым зеркалом объекта.

Эта конструктивность человеческой психики является одновременно силой и слабостью. Она обеспечивает клиническую интуицию, способность схватывать сложные паттерны и строить вероятностные модели на основе ограниченной информации. Но именно она создаёт систематические ошибки, особенно в условиях неопределённости и высокой ответственности, где тревога врача может повышать потребность в быстром закрытии неопределённости и снижать терпимость к диагностическим альтернативам. В экспертной практике, особенно судебной, эта тенденция усиливается: социальный запрос на определённость, давление системы и цена ошибки увеличивают риск того, что психика эксперта будет искать окончательный ответ там, где допустим лишь вероятностный вывод. Следовательно, сама человеческая психика как инструмент познания стремится к смысловой завершённости, тогда как научная добросовестность требует удержания неопределённости и границ метода.

Особое место в этой логике занимает проблема рефлексивности. Человек способен наблюдать собственные мысли и эмоции, но эта способность ограничена: мы не видим большую часть собственных мотивов, не осознаём многих автоматизмов внимания и часто рационализируем причины поведения задним числом. Психоаналитическая традиция описала эту область как бессознательное и защитные механизмы, подчёркивая, что значимая часть психической жизни недоступна прямому самоотчёту (Freud, 1915; Anna Freud, 1936). Современные когнитивные исследования также показывают, что люди часто неверно оценивают причины собственных решений, подменяя объяснение социально приемлемым нарративом (Nisbett, Wilson, 1977). Для психиатрии это означает, что даже при максимальной честности пациент может давать систематически неполные или искажённые данные, а врач, опирающийся на эмпатию и опыт, может не распознавать эти искажения, если они совпадают с его собственными схемами понимания.

Наконец, психика как инструмент познания всегда нормативна: она не просто фиксирует факт, но оценивает его с точки зрения ценностей, морали и социального порядка. Психиатрия как область медицины и одновременно как социальный институт особенно чувствительна к этому, потому что понятия «норма», «расстройство», «опасность», «ответственность», «способность к контролю» имеют не только клиническое, но и культурно-правовое измерение. Внутри психики врача эти измерения не разделены; они переплетены и могут вступать в конфликт. Отсюда возникают моральные искажения, которые будут обсуждаться в подглаве 5.3, но уже здесь важно отметить принцип: инструмент познания не только когнитивен, но и ценностно нагружен, а значит не может стать полностью внешним наблюдателем психики другого человека.

Таким образом, невозможность человека быть экзоспективным субъектом в строгом смысле вытекает не из недостатка профессионализма и не из «плохой подготовки», а из фундаментальной структуры человеческого познания. Психика, которая исследует психику, неизбежно находится в режиме самоприменения: она использует собственные механизмы интерпретации для оценки механизмов интерпретации другого. Это создаёт замкнутый контур, где наблюдатель не может быть полностью отделён от наблюдаемого, поскольку он использует тот же тип инструмента, что и объект исследования. Из этого следует методологическая необходимость: для повышения объективности психиатрии требуется внешний по отношению к человеческой психике наблюдатель — не в антропологическом смысле, а в эпистемическом, то есть наблюдатель, чья процедура анализа не включает аффективной идентификации, моральной реакции и бессознательных защит в качестве обязательных компонентов вывода. Именно эту роль и претендует занять экзоспекция в её технологической форме.

Однако признание ограничений человека как экзоспективного субъекта не означает отказ от человеческой клинической роли. Напротив, это задаёт новое распределение функций: человек остаётся носителем смысла, ответственности и этической оценки, тогда как внешняя система должна обеспечивать воспроизводимую фиксацию и анализ данных, снижая влияние тех искажений, которые обусловлены тем, что психика является одновременно объектом и инструментом познания. Переход от общего тезиса к конкретным ограничениям человеческого наблюдения требует анализа тех уровней, на которых психика врача и пациента производит систематические ошибки восприятия, памяти и интерпретации. Этому посвящена следующая подглава.

5.2. Ограничения человеческого наблюдения

Если в предыдущей подглаве обсуждалась принципиальная эпистемологическая замкнутость человеческого познания, то здесь необходимо перейти к более конкретному уровню и показать, каким образом эта замкнутость реализуется в практике наблюдения и клинической интерпретации. Ограничения человеческого наблюдения в психиатрии имеют не один, а несколько уровней: сенсорный, когнитивный, коммуникативный, временной и институциональный. Каждый из этих уровней сам по себе достаточно значим, однако их совокупное действие создаёт устойчивую систематическую погрешность, которая не устраняется ни опытом, ни добросовестностью, ни формальным следованием диагностическим критериям. Именно поэтому в рамках концепции экзоспекции вопрос об ограничениях наблюдения не является критикой врача, а выступает как методологическое основание для разработки внешних измерительных контуров.

Прежде всего человеческое наблюдение избирательно уже на уровне внимания. Клиническая встреча — это ситуация конкурирующих стимулов: слова пациента, его мимика, поза, паузы, тон голоса, содержание жалоб, биографический контекст, динамика контакта, параллельно — внутренний монолог

врача, формирование гипотез, контроль времени, иногда — необходимость документирования. Ограниченность внимания — базовое свойство когнитивной системы: человек не способен удерживать в фокусе одновременно большое число переменных, особенно если они относятся к разным модальностям (James, 1890). Практически это означает, что психиатр неизбежно выбирает, что считать «главным»: один врач делает акцент на аффекте, другой — на структуре мышления, третий — на поведенческих индикаторах, четвертый — на нарративе и социальном функционировании. Поскольку выбор «главного» частично определяется школой и личным опытом, наблюдение становится селективным и тем самым вариативным. Формально критерии МКБ-10/11 задают перечни признаков и временные рамки, однако они не диктуют, какие феноменологические детали считать диагностически ведущими в конкретном случае; эта работа остаётся за наблюдателем, а значит остаётся зависимой от структуры его внимания.

Связанный с вниманием механизм — ограниченность рабочей памяти. Наблюдение в психиатрии — это не только фиксация текущего поведения, но и удержание последовательности сказанного, сопоставление противоречий, оценка динамики симптомов в течение беседы. Рабочая память ограничена по объёму и чувствительна к когнитивной нагрузке; это делает клиническое мышление уязвимым к «провалам» в удержании деталей, особенно в длинных интервью или в ситуациях эмоциональной напряжённости (Badddeley, 1992). Отсюда возникает типичный клинический феномен: диагноз формируется на основе наиболее ярких и доступных элементов истории, тогда как менее выразительные, но важные признаки могут выпадать. Это не моральная ошибка, а закономерность когнитивной архитектуры человека.

К ограниченности внимания и памяти присоединяется проблема восприятия и интерпретации невербальных сигналов. Существует распространённая иллюзия, будто опытный клиницист «видит» психическое состояние по мимике и поведению столь же надёжно, как терапевт слышит хрипы. В реальности невербальные признаки многозначны, культурно опосредованы и сильно зависят от контекста. Замедленность движений может быть депрессивной психомоторной заторможенностью, но может быть следствием соматического заболевания, нейролептической побочности, дефицита сна, интоксикации или выраженной социальной тревоги. Повышенная жестикация может быть проявлением гипомании, но может отражать темперамент, культурный стиль общения или напряжение в контакте. Человек-наблюдатель вынужден интерпретировать невербальные данные через гипотезы, а значит воспринимать их не как «показания прибора», а как материал для смыслового вывода. Это неизбежно усиливает вариативность и повышает риск систематических ошибок, прежде всего при наличии ранней диагностической гипотезы, которая затем начинает направлять восприятие по принципу подтверждения (Tversky, Kahneman, 1974).

Эффект подтверждения, то есть склонность искать и интерпретировать информацию в пользу уже сформированной гипотезы, является одним из наиболее устойчивых когнитивных искажений и в клинической сфере приобре-

тает особую силу, потому что психиатрическое интервью по природе своей гибко и допускает различные направления уточняющих вопросов (Nickerson, 1998). Если врач в первые минуты формирует впечатление «депрессия», то последующие вопросы могут быть преимущественно направлены на аффективные симптомы и менее — на признаки биполярного спектра, психотической симптоматики, расстройств личности или органического процесса. Если впечатление «симуляция», то наблюдение может быть ориентировано на противоречия и демонстративность и менее — на истинные признаки расстройства, которые могут присутствовать одновременно. В контексте МКБ-10/11 это приводит к тому, что критерии используются не как нейтральная проверка гипотез, а как подтверждающий набор, в котором «находят» именно то, что искали. Так формируется иллюзия объективности при сохранении субъективного ядра процесса.

Другой фундаментальный предел человеческого наблюдения связан с тем, что значительная часть психопатологии проявляется не в точке «здесь и сейчас», а в динамике и распределении поведения во времени. Клиническая беседа — это короткий фрагмент жизни, иногда 30–60 минут. За этот фрагмент можно оценить контакт, речевую продукцию, текущий аффект, отдельные идеи и установки, но трудно надёжно оценить цикличность, суточные колебания, эпизодичность, триггеры, особенности сна, активность, социальное функционирование и реактивность симптомов. Между тем именно динамика во времени является ключом к различению многих синдромов: депрессия в структуре рекуррентного расстройства и депрессия как фаза биполярного расстройства могут быть феноменологически похожи, но отличаются по траектории, анамнезу, семейной отягощённости и паттернам реактивности (Goodwin, Jamison, 2007). Схожим образом тревожные симптомы при генерализованном тревожном расстройстве, паническом расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве требуют не только феноменологического описания, но и временной структуры, которую трудно восстановить исключительно из разового интервью. Следовательно, человеческое наблюдение ограничено не только по точности, но и по охвату: оно видит «срез», тогда как многие психические расстройства являются «процессом».

С этим тесно связана проблема реконструкции прошлого. Диагностические решения в психиатрии часто требуют восстановления состояния «тогда», особенно в экспертной практике, но и в клинике — при оценке дебюта, длительности и последовательности симптомов. Человеческая память реконструктивна: воспоминания не извлекаются как запись, а собираются заново, под влиянием текущего состояния, контекста и ожиданий (Bartlett, 1932). Пациент в депрессии может ретроспективно окрашивать прошлое в негативные тона, пациент в гипомании — недооценивать проблемность поведения, пациент с посттравматическим стрессовым расстройством — испытывать фрагментацию и навязчивые вспышки памяти. Врач, со своей стороны, также реконструирует историю, выделяя «сюжет» болезни, и эта сюжетность склонна к упрощению, потому что человеческое мышление предпочитает причинно-следственные ли-

нии и завершённые объяснения. В итоге наблюдение прошлого оказывается двойной реконструкцией: реконструкцией пациента и реконструкцией врача, и обе подвержены систематическим смещениям.

Существенный предел человеческого наблюдения задаёт язык. Психиатрия — область, где данные во многом вербальны: симптом описывается словами, а оценка основана на смысловых категориях. Однако язык является не просто средством передачи переживаний, он формирует сами переживания и способы их категоризации. Один и тот же внутренний опыт может быть назван по-разному и тем самым представлен в иной диагностической перспективе. Слова «тревога», «напряжение», «страх», «паника», «внутренний тремор», «сдавление в груди» — могут описывать разные феномены или один феномен в разных культурных и личностных кодах. Кроме того, многие пациенты описывают соматические эквиваленты психических состояний, особенно в культурах, где прямое обсуждение эмоций менее принято. Поэтому человеческое наблюдение, основанное на языке, зависит от совпадения словаря пациента и врача, от переводимости переживания в речевой формат, от уровня алекситимии, от навыков нарративной организации. Это означает, что наблюдение ограничено не «снаружи», а изнутри: сам канал передачи информации может исказить объект.

Ограничения наблюдения усиливаются в ситуациях, когда психопатология непосредственно затрагивает коммуникативную способность. При психотических расстройствах нарушается связность мышления и коммуникации, при кататонических состояниях — моторная экспрессия, при тяжёлой депрессии — энергетика речи и инициативность, при деменции — когнитивная организация. В этих случаях врач вынужден использовать косвенные признаки и сведения третьих лиц, а значит наблюдение становится опосредованным и уязвимым. Даже при формальном следовании МКБ-10/11 диагностический процесс становится процедурой восстановления «картины» по неполным данным, что неизбежно увеличивает вероятность расхождений между наблюдателями.

Ещё один предел человеческого наблюдения — систематические эффекты контекста и роли. Пациент в кабинете врача ведёт себя иначе, чем дома, на работе или в конфликтной ситуации. Контекст медицинского осмотра сам по себе индуцирует тревогу, стремление выглядеть «правильно», скрывать стигматизирующие переживания или, напротив, драматизировать страдание для получения помощи. В экспертных ситуациях добавляются мотивы симуляции и диссимуляции, а также стратегическое самоописание. Наблюдение врача фиксирует не «естественное» поведение, а поведение в специфической социальной сцене. Социальная психология давно описывает, что поведение человека значительно меняется в зависимости от наблюдаемости, статуса наблюдателя и ожиданий ситуации (Goffman, 1959). Поэтому клиническое наблюдение всегда является наблюдением за поведением-в-контексте, а не за психикой «в чистом виде». Это делает крайне важной задачу расширения наблюдения за пределы кабинета — к данным повседневной динамики, что непосредственно подводит к экзоспективным каналам.

Наконец, человеческое наблюдение ограничено институционально: временем приёма, нагрузкой, требованиями документации, нормативами, условиями стационара или амбулатории. Эти факторы редко обсуждаются в философских моделях, но они существенно определяют реальную точность диагностики. При высокой нагрузке повышается вероятность «эвристической диагностики», когда врач выбирает наиболее вероятный сценарий, минимизируя проверку альтернатив. При дефиците времени ухудшается качество сбора анамнеза, особенно в отношении эпизодов гипомании, травматических событий или субстанциального употребления. Это приводит к тому, что объективность оказывается не только проблемой метода, но и проблемой организации системы помощи.

В совокупности перечисленные ограничения показывают, что человеческое наблюдение в психиатрии не может быть полностью стандартизировано только через критерии классификаций. МКБ-10/11 задают язык описания и диагностические рамки, но не устраняют селективность внимания, реконструктивность памяти, зависимость от контекста, языковые искажения и временную ограниченность клинической сцены. Поэтому задача экзоспекции заключается не в том, чтобы «заменить» наблюдателя, а в том, чтобы создать внешние измерительные контуры, которые компенсируют именно те пределы, которые являются структурными для человеческого наблюдения: расширяют временной охват, формализуют фиксацию данных, уменьшают влияние ранних гипотез и обеспечивают воспроизводимость измерения.

Логическим продолжением этой подглавы является анализ того, как человеческие эмоции, идентификация и моральные оценки не просто сопутствуют наблюдению, но активно изменяют его параметры, направляя внимание и интерпретацию. Именно там наиболее отчётливо проявляется отличие человека-наблюдателя от потенциального экзоспективного агента, не включённого в аффективные и моральные контуры взаимодействия.

5.3. Эмоции, идентификация и моральные искажения

Ограничения человеческого наблюдения, рассмотренные в предыдущей подглаве, можно представить как «технические» свойства когнитивной системы: селективность внимания, ограниченность памяти, зависимость от контекста, трудность охвата динамики во времени. Однако в психиатрии существует пласт ограничений иного рода, который нельзя свести к когнитивной экономии. Речь идёт о том, что наблюдатель в клинической и экспертной ситуации является не только регистрирующим субъектом, но и эмоционально включённым участником взаимодействия. Врач и пациент оказываются связаны системой взаимных ожиданий, идентификаций, аффективных реакций, социально-нормативных оценок и имплицитных моральных суждений. Эти процессы не являются «ошибкой» психиатрии; напротив, они составляют человеческую ткань клинического контакта и во многом обеспечивают терапевтический альянс. Но с эпистемологической точки зрения именно они создают наиболее

устойчивые и трудно устранимые искажения наблюдения, поскольку действуют не на уровне данных, а на уровне рамки их интерпретации. В контексте экзоспекции это означает, что задача внешнего наблюдателя заключается не в отрицании эмпатии, а в создании такого режима познания, где эмпатия и моральная включённость не определяют траекторию вывода и не становятся источником скрытой нерепродуцируемости.

Эмоциональная включённость наблюдателя начинается задолго до формулировки диагноза. Уже первые минуты общения активируют бессознательные механизмы оценки «свой—чужой», доверие—недоверие, симпатия—антипатия, безопасность—угроза. Эти оценки опираются на минимальные сигналы: мимику, тон, манеру говорить, социальный стиль, совпадение культурных кодов. В социальной психологии давно показано, что первичное впечатление формируется быстро и затем склонно к стабилизации, влияя на последующую интерпретацию поведения (Asch, 1946). В клинической реальности это проявляется так: «приятный» пациент воспринимается как более достоверный и заслуживающий доверия, «сложный» — как потенциально манипулятивный или неблагодарный, а «холодный» — как менее страдающий. И хотя опытный специалист способен осознавать эти тенденции, полностью устранить их невозможно, потому что они встроены в механизмы социального восприятия. Более того, сама психиатрическая практика требует от врача реагировать эмоционально: без минимальной аффективной резонансности невозможно ни эмпатическое понимание, ни поддержание терапевтического контакта. Но именно эта неизбежность делает эмоции фактором эпистемологического риска: эмоциональный сигнал становится не просто фоном, а компонентом данных, причём неявным и трудно калибруемым.

Классическая психодинамическая традиция описала особый класс искажений через понятие контрпереноса. Контрперенос — это не только реакция на пациента как на личность, но и реакция на его внутренние конфликты, паттерны отношений, способы вовлечения другого в собственный психический сценарий (Freud, 1912; Heimann, 1950). В современной клинической мысли контрперенос рассматривается двояко: как потенциальный источник знания о пациенте и одновременно как источник искажения, если реакция врача становится некритичной и начинает направлять интерпретацию (Kernberg, 2004). Эпистемологически важно, что контрперенос не является случайной помехой; он представляет собой систематический канал «информации», который отличается высокой вариативностью между наблюдателями. Один и тот же пациент может вызвать у разных специалистов разные реакции: от сочувствия и защитного отношения до раздражения и дистанцирования. Следовательно, если контрперенос включается в диагностическое рассуждение, оно становится заведомо зависимым от личности наблюдателя. Именно здесь проходит одна из ключевых границ между интерспекцией и экзоспекцией: первая допускает включение субъекта наблюдения в структуру знания, вторая стремится вынести наблюдение за пределы аффективного взаимодействия, сохраняя при этом человеческую ответственность за итоговую интерпретацию.

Эмоции влияют на диагностику не только как «психодинамическое поле», но и как когнитивная переменная, изменяющая вероятность тех или иных выводов. Психологические исследования показывают, что аффект меняет характер обработки информации: в состоянии тревоги возрастает чувствительность к угрозе и повышается вероятность интерпретации неоднозначных сигналов как опасных; в состоянии раздражения усиливается склонность к атрибуции вины; в состоянии сочувствия снижается критичность и возрастает готовность объяснять поведение внешними обстоятельствами (Lerner, Keltner, 2000). В психиатрии это имеет прямое значение, поскольку многие клинические решения фактически являются решениями под неопределённостью. Если врач испытывает тревогу в контакте с пациентом, который демонстрирует импульсивность или агрессию, то риск-ориентированная рамка может «сдвинуть» вывод в сторону более тяжёлой оценки опасности и необходимости ограничительных мер. Если врач испытывает сочувствие к пациенту, пережившему травму, то рамка может сместиться к реактивному объяснению и недооценке других компонентов психопатологии. Эти механизмы не являются произвольными: они связаны с тем, что эмоции выполняют функцию ускоренного принятия решений в условиях недостатка данных. Но в экспертной и клинической практике именно ускорение порождает искажение.

Проблема идентификации углубляет аффективную включённость. Врач не является нейтральной точкой, он неизбежно соотносит пациента с собой, со своим жизненным опытом, с образами «нормального» и «допустимого», которые сформированы культурой и биографией. Идентификация может быть позитивной: «он похож на меня», «я понимаю этот страх», «у меня был похожий период». Она может быть и отрицательной: «это чуждый тип личности», «так бы я никогда не поступил». В обоих случаях идентификация влияет на оценку тяжести, мотивации, искренности и прогнозируемости поведения. Социальная психология и когнитивная наука описывают, что человек склонен объяснять поведение «своих» более благожелательно, а поведение «чужих» — более диспозиционно и обвинительно; это связано с механизмами групповой принадлежности и фундаментальной ошибкой атрибуции (Ross, 1977; Tajfel, Turner, 1979). В клинике это проявляется тонко: один и тот же поступок пациента может трактоваться как симптом, как личностная черта или как моральный выбор в зависимости от того, насколько наблюдатель идентифицируется с пациентом и насколько он воспринимает его как «своего» в культурном и социальном смысле.

Именно здесь возникает связка «идентификация—моральная оценка». Психиатрия исторически стремилась отделить симптом от вины и болезнь от порока; эта линия проходит от гуманистической критики стигматизации до современного медицинского дискурса (Foucault, 1961). Однако на практике моральные оценки неизбежно присутствуют, поскольку объект наблюдения — человеческое поведение, а поведение всегда находится в поле норм и ценностей. Когда пациент совершает социально неприемлемые действия — употребляет вещества, разрушает отношения, проявляет агрессию, нарушает закон — врач

вынужден различать, в какой мере это обусловлено расстройством, в какой мере — личностной организацией, в какой мере — сознательным выбором. Даже если врач декларирует нейтральность, сама структура вопроса содержит моральный компонент: где заканчивается патологическое и начинается ответственное. В судебной психиатрии этот компонент становится центральным, потому что оценка вменяемости напрямую связана с нормативной концепцией ответственности (Morse, 2006). Но и в обычной клинике моральная рамка влияет на то, какие симптомы воспринимаются как «подлежащие лечению», а какие — как «характер» или «лень», особенно в пограничных ситуациях, где феноменология пересекается с социальным поведением.

Моральные искажения особенно заметны там, где психопатология пересекается с конфликтом интересов. Пациент может желать освобождения от ответственности, льгот, инвалидности, освобождения от службы или наказания; пациент может, наоборот, скрывать симптомы, опасаясь стигмы и ограничений. В этих условиях наблюдатель невольно начинает оценивать не только клинические признаки, но и «правдоподобие» истории, «справедливость» запроса, «достойность» помощи. Этот слой оценок почти никогда не артикулируется в заключении, но он влияет на тон интервью, на глубину уточняющих вопросов и на степень доверия к показаниям. Парадоксально, но именно моральное чувство врача, которое в человеческом плане может быть важным ориентиром, эпистемологически становится источником скрытой нерепродуцируемости: другой наблюдатель с иными ценностными установками может прийти к иному выводу при тех же исходных данных.

В современной когнитивной науке моральные суждения часто описываются как преимущественно интуитивные и быстрые, а рационализация — как последующая попытка обосновать уже принятое интуитивное решение (Haidt, 2001). Если перенести это на психиатрическую практику, возникает неприятная, но методологически продуктивная гипотеза: часть клинических решений может быть морально-интуитивной по своей основе, а клинические аргументы — частично рационализирующими. Это не означает, что врач «неправ»; это означает, что в человеческом наблюдении существуют глубинные механизмы, которые не поддаются полной рефлексивной коррекции. Врач может искренне стремиться к объективности и одновременно быть носителем интуитивных моральных оценок, которые направляют интерпретацию.

Взаимодействие эмоций и морали приобретает особую форму в феномене стигматизации. Стигма — социальный и культурный механизм, который меняет восприятие человека, если он отнесён к определённой категории, и психические расстройства исторически являются одним из наиболее стигматизируемых классов состояний (Goffman, 1963). Для психиатра важно признать: стигма действует не только «в обществе», она может действовать и внутри профессионального восприятия, хотя и в более тонкой форме. Диагноз, однажды поставленный, способен «закрыть» наблюдение: новый эпизод интерпретируется как подтверждение старой категории, а альтернативные объяснения отбрасываются. Это близко к эффекту ярлыка и диагностической инерции. В терминах

МКБ-10/11 это означает, что классификационная категория может превращаться из инструмента коммуникации в инструмент редукции, когда клиническая реальность подгоняется под код, а не код уточняется под реальность. Экзоспекция, если она претендует на усиление объективности, должна учитывать этот риск и проектировать такие процедуры, которые не закрепляют ярлык, а поддерживают проверку альтернатив и динамическую ревизию гипотез.

Существует и обратный феномен: «антистигматическое искажение», когда врач, стремясь избежать стигматизации и «жёстких» диагнозов, может склоняться к более мягким формулировкам, избегать фиксации психотических симптомов или тяжёлых личностных нарушений, чтобы не «повредить» пациенту социально. Эта тенденция понятна и этически мотивирована, но эпистемологически она также является источником систематической ошибки, поскольку истинное состояние может быть замаскировано благими намерениями. В реальной клинике это проявляется как избыточная склонность к реактивным объяснениям и к «универсальным» категориям тревоги и депрессии там, где присутствуют более сложные структурные нарушения. В экспертной практике такой сдвиг может иметь особенно серьёзные последствия, поскольку смещение к «мягким» формулировкам меняет юридические выводы и меры безопасности.

Важно подчеркнуть, что эмоции и моральные оценки действуют не только у врача, но и у пациента, а их взаимная динамика формирует общее поле наблюдения. Пациент может бессознательно стремиться вызвать у врача определённую эмоцию: сочувствие, жалость, восхищение, страх, вину, раздражение. В психодинамических терминах это описывается как проективная идентификация и паттерны межличностного влияния (Kernberg, 2004). В более поведенческом языке — как социальная стратегия самопрезентации. Независимо от терминологии результат один: часть «данных» в психиатрии создаётся в самой ситуации наблюдения. В отличие от измерения давления, где прибор не меняет физиологию существенно, психиатрическое интервью может менять проявление симптомов: тревога усиливается, диссоциация активируется, агрессия провоцируется, либо наоборот — симптоматика подавляется. Таким образом, человеческое наблюдение является интерактивным: наблюдатель влияет на наблюдаемое, и эта взаимность делает невозможным строгий внешний статус наблюдателя в человеческом смысле. Именно этот интерактивный характер психиатрических данных является ключевым аргументом в пользу экзоспективных методов, которые способны переносить часть наблюдения в менее реактивные контексты и фиксировать параметры вне ситуации прямого межличностного напряжения.

В этом пункте необходимо связать обсуждение с будущей архитектурой экзоспекции. Если человеческая диагностика уязвима к эмоциям и морали, то внешняя измерительная система должна, во-первых, минимизировать включённость аффекта в процедуру первичного анализа, во-вторых, обеспечивать воспроизводимость при повторной оценке, и, в-третьих, сохранять прозрачность тех мест, где неизбежно остаётся ценностное решение. Последнее особенно важно: нельзя полностью исключить моральную компоненту там, где речь идёт

о риске, ограничительных мерах, ответственности, принудительном лечении. Но можно разделить уровни: измерительный уровень должен быть максимально дескриптивным и параметрическим, а нормативный уровень — явно обозначенным как уровень человеческого решения. Такой двухконтурный подход позволяет уменьшить «скрытую мораль», заменив её на «явную норму». В судебной психиатрии это означает, что клинические признаки и реконструкция психического состояния должны быть максимально отделены от юридической квалификации, которая является нормативной конструкцией и не может быть «выведена» из данных автоматически (Morse, 2006).

Важной иллюстрацией является проблема оценки симуляции и диссимуляции. Интуитивно врачу может казаться, что «он симулирует», и эта интуиция часто окрашена моральным раздражением, поскольку симуляция воспринимается как обман. Однако симулятивное поведение может сосуществовать с реальной психопатологией; более того, многие пациенты одновременно преувеличивают одни симптомы и скрывают другие. Моральная реакция на «обман» может сделать наблюдение менее точным, потому что врач начинает видеть не феноменологию, а стратегию. Экзоспекция в перспективе должна предлагать такие параметры наблюдения, которые меньше зависят от самопрезентации и больше — от устойчивых поведенческих и физиологических паттернов, хотя и они не являются полностью защищёнными от стратегий. Но даже при наличии экзоспективных параметров окончательная интерпретация должна оставаться у врача, поскольку вопрос симуляции неизбежно связан с контекстом, мотивацией и юридическими последствиями.

Таким образом, эмоции, идентификация и моральные оценки составляют ядро человеческого наблюдения и одновременно его предельное ограничение. Именно они превращают интерспективную диагностику в процесс, который не может быть полностью стандартизирован через классификационные критерии. МКБ-10/11 обеспечивают общий язык и рамки, но не отменяют того, что две разные личности наблюдателя могут по-разному переживать одного и того же пациента и, следовательно, по-разному структурировать данные и их смысл. Из этого следует методологический вывод: если психиатрия стремится к большей объективности, ей необходим внешний наблюдатель, который способен выполнять первичную аналитическую работу вне аффективного и морального поля взаимодействия. Но чтобы такой наблюдатель был научно и клинически легитимен, необходимо сформулировать требования к нему — не только технические, но и эпистемологические, этические и процедурные. Именно этому посвящена следующая подглава, где будет показано, какие свойства должен иметь экзоспективный наблюдатель, чтобы компенсировать описанные ограничения, не разрушая при этом гуманитарную и клиническую сущность психиатрической практики.

5.4. Требования к экзоспективному наблюдателю

Переход от критики интерспекции к построению экзоспекции невозможен без строгого ответа на вопрос: каким должен быть наблюдатель, который претендует на статус «внешнего» по отношению к психике человека. В предыдущих подглавах было показано, что человек как наблюдатель неизбежно вовлечён в процесс наблюдения: он ограничен когнитивно, аффективно и нормативно; он интерпретирует данные через личный опыт, идентификации и моральные рамки; он влияет на наблюдаемое самим фактом взаимодействия. Следовательно, «экзоспективный наблюдатель» не может быть просто другим человеком, поставленным в позицию беспристрастного эксперта. Речь идёт о системе, которая структурно устроена так, чтобы минимизировать реактивность, стандартизировать процедуры, сохранять воспроизводимость и одновременно поддерживать клиническую валидность. На этом этапе важно сделать принципиальное уточнение: экзоспекция не означает устранение врача из процесса познания. Она предполагает разделение труда между измерительной системой, которая производит параметрическое описание и вероятностные выводы, и врачом, который осуществляет клиническую интеграцию, этическую оценку и принятие решений. Следовательно, требования к экзоспективному наблюдателю формулируются не как «идеал автономного диагноста», а как идеал измерительного и аналитического контрагента клинического мышления.

Первое требование — процедурная воспроизводимость. В естественных науках наблюдение приобретает статус факта тогда, когда оно может быть повторено при сопоставимых условиях, а результат повторения оказывается устойчивым в пределах допустимой погрешности (Hempel, 1965). В психиатрии сама идея воспроизводимости сталкивается с изменчивостью феноменов, контекстной зависимостью поведения и реактивностью интервью. Однако экзоспективный наблюдатель должен максимально приближать психиатрическое наблюдение к принципу повторяемости: одинаковые входные данные, одинаковые процедуры обработки и одинаковые критерии вывода должны приводить к сопоставимым результатам, даже если изменяется человеческий оператор. Это не означает, что вывод всегда будет идентичен; но означает, что вариативность должна быть объяснима как функция входных данных, а не как функция личности наблюдателя. Такая воспроизводимость является не только техническим требованием, но и этическим, поскольку она снижает вероятность произвольных решений в ситуациях высокой цены ошибки, включая судебно-психиатрические экспертизы (Morse, 2006).

Второе требование — параметризация наблюдения и отделение описания от интерпретации. Одной из причин субъективности в клинической психиатрии является то, что описательные и интерпретативные компоненты часто смешиваются уже на уровне первичной фиксации феноменов. Врач записывает не только то, что наблюдается, но и то, что «это значит», и эта смысловая нагрузка незаметно стабилизирует дальнейший ход рассуждения. Экзоспективный наблюдатель должен быть устроен так, чтобы первичная фиксация по возможности оставалась дескриптивной: речь, просодия, латентность ответов, динамика активности, вариативность сна, паттерны психомоторики и другие из-

меримые каналы должны сохраняться как данные, не редуцированные преждевременно к диагностическим ярлыкам. На уровне научной методологии это соответствует идее операционализации: понятия должны быть привязаны к процедурам измерения, а не к интуитивным впечатлениям (Carnap, 1956). Для психиатрии это особенно важно, поскольку многие ключевые феномены — тревога, заторможенность, ускорение мышления, истощаемость, эмоциональная лабильность — традиционно описываются языком клинической феноменологии, но редко переводятся в параметрические шкалы с понятными единицами и пределами вариативности. Экзоспективный наблюдатель должен поддерживать этот перевод, не уничтожая феноменологическую глубину, но создавая мост между феноменологией и измерением.

Третье требование — нечувствительность к аффективной и моральной вовлечённости как к источнику систематического смещения. В предыдущей подглаве было показано, что эмоции и моральные оценки могут направлять диагностическую интерпретацию и создавать скрытую нерепродуцируемость (Haidt, 2001; Lerner, Keltner, 2000). Экзоспективный наблюдатель должен быть сконструирован так, чтобы его первичная аналитика не зависела от симпатии, антипатии, страха, раздражения или морального осуждения. Важна формулировка «как источника систематического смещения»: речь не о том, чтобы заметить гуманитарное измерение клиники, а о том, чтобы отделить дескриптивно-измерительный контур от нормативного. Моральные решения в психиатрии неизбежны там, где речь идёт о риске, ограничительных мерах, принуждении, юридической ответственности. Но эти решения должны быть явными и осознаваемыми как решения, а не маскироваться под «объективную клинику». Экзоспективный наблюдатель, таким образом, должен поддерживать прозрачность границы между тем, что измерено, и тем, что оценено.

Четвёртое требование — контекстуальность без контекстной растворимости. Психические феномены не существуют в вакууме; они проявляются в связи с биографией, текущей средой, социальными отношениями, культурными нормами и конкретными стрессорами. Попытка построить «объективность» как игнорирование контекста приводит к ложной универсальности и клинической слепоте. Поэтому экзоспективный наблюдатель должен уметь интегрировать контекст как переменную наблюдения: отличать, например, бессонницу как проявление тревожного расстройства от бессонницы как результата сменной работы; сниженный аффект при депрессии от культурно обусловленной сдержанности; подозрительность при психозе от рационального недоверия в ситуациях реальной угрозы. При этом контекст не должен превращаться в оправдание любой интерпретации. Методологически требуется баланс: контекст вводится как формализуемое пространство условий и ковариат, а не как свободное поле нарратива, в котором можно подтвердить любую гипотезу (Jaspers, 1913). Иначе экзоспекция рискует воспроизвести интерспективную неопределённость, только на новом технологическом уровне.

Пятое требование — работа с динамикой и временными рядами. Классическая психиатрия во многом является наукой об «эпизодах», фиксируемых

во время встречи: интервью, осмотр, психический статус. Но многие состояния различимы именно по динамике: циркадные колебания, фазность аффективных расстройств, постепенное нарастание негативной симптоматики, флуктуации тревоги, связь симптомов с контекстом нагрузки. Экзоспективный наблюдатель должен быть ориентирован не только на моментальный срез, но и на длительное наблюдение, где состояние описывается как траектория. Это сближает психиатрию с теми областями медицины, где мониторинг и тренды являются ключевым источником знания. В терминах МКБ-10/11 данное требование особенно важно, поскольку обе классификации содержат критерии длительности, повторяемости и влияния на функционирование, которые не всегда могут быть оценены по одномоментному интервью. Экзоспективный наблюдатель должен обеспечивать возможность объективировать такие критерии через данные повседневной жизни и их временную структуру.

Шестое требование — устойчивость к симуляции, диссимуляции и стратегической самопрезентации, понимаемой не как «полная неуязвимость», а как способность снижать зависимость анализа от декларативных утверждений. В психиатрии часть данных неизбежно словесна: жалобы, самописание, нарратив, интерпретации пациента. Эти данные ценны, но они подвержены искажениям по множеству причин, включая сознательное управление впечатлением. Экзоспективный наблюдатель должен опираться на мультиканальность: сочетать речь и её структуру, голосовые характеристики, поведенческие паттерны, показатели сна и активности, а также контекстуальные маркеры, чтобы выводы не зависели от одного канала. Это особенно важно в судебной психиатрии, где мотивационные конфликты выражены сильнее и где цена ошибки максимальна (Morse, 2006). Однако и здесь необходимо методологическое смирение: любая измерительная система может быть «обойдена», если субъект знает критерии оценки. Следовательно, важнейшим требованием становится не обещание абсолютной защиты от симуляции, а построение такой системы, где манипуляция требует значительных усилий и оставляет следы в других каналах данных.

Седьмое требование — калибровка, метрологическая дисциплина и контроль качества. Инструментальное знание возможно только тогда, когда измерение подчиняется дисциплине: определены шкалы, погрешности, процедуры калибровки, условия применения и критерии достоверности. В гуманитарных и клинических областях метрология часто воспринимается как вторичная по сравнению с «пониманием», но именно отсутствие метрологического мышления превращает технологии в иллюзию объективности. Экзоспективный наблюдатель должен иметь встроенные механизмы контроля качества данных: обнаружение пропусков, артефактов, контекстных смещений, деградации датчиков, а также механизмы отчётности, которые явно сообщают врачу, на каких данных основан вывод и какова степень неопределённости. Принцип неопределённости здесь является ключевым: система должна уметь говорить «я не знаю» и уметь обозначать границы применимости каждого вывода. В противном случае технологический авторитет будет усиливать ошибки, а не уменьшать их.

Восьмое требование — интерпретируемость и эпистемическая прозрачность. В медицине в целом и в психиатрии в особенности недопустима ситуация, когда решение влияет на судьбу человека, но не поддаётся объяснению. Даже если алгоритм статистически точен, клинический и юридический контекст требует обоснования: какие признаки послужили основанием, как они связаны с критериями расстройства, какие альтернативы рассматривались. Это соответствует более общему требованию научной рациональности: знание не только предсказывает, но и объясняет в пределах доступного языка (Nempe, 1965). Проблема современных систем ИИ часто заключается в том, что они хорошо работают как предикторы, но плохо переводят свои основания в язык клиники. Следовательно, экзоспективный наблюдатель должен быть ориентирован на «объяснимую отчётность»: не просто выдавать вероятность диагноза, но структурировать аргументацию так, чтобы врач мог соотнести её с феноменологией, критериями МКБ-10/11 и клиническим контекстом, сохраняя при этом осознание вероятностного характера вывода.

Девятое требование — нормативная нейтральность в описательном контуре и явная фиксация нормативных решений во втором контуре. Ранее уже было подчеркнуто, что моральная компонента неизбежна, но она должна быть вынесена из скрытого слоя в явный. Это означает, что экзоспективный наблюдатель не должен сам по себе решать вопросы «опасности», «достойности помощи» или «наказания». Он должен предоставлять параметры, связанные с риском и функционированием, но окончательная оценка, включающая социальные и правовые нормы, должна быть отнесена к компетенции человека и институций. Иначе возникает опасность «моральной автоматизации», когда нормативные решения маскируются под нейтральную аналитику. Философия науки показывает, что факт и ценность не могут быть полностью сведены друг к другу; попытка такой редукции обычно приводит к скрытой идеологии (Putnam, 2002). Экзоспекция должна избегать этой ловушки, если претендует на научную и социальную легитимность.

Десятое требование — безопасность данных и этическая состоятельность как часть эпистемологии. В психиатрии данные о человеке не являются нейтральным сырьём: они связаны с риском стигмы, дискриминации, вторичного использования, утечек и давления со стороны социальных институтов. Эти риски не внешние по отношению к познанию; они меняют поведение пациента и, следовательно, качество данных. Если человек не доверяет системе, он будет искажать самопрезентацию, избегать мониторинга, отказываться от согласия. Значит, этическая инфраструктура — конфиденциальность, защита данных, ограничение доступа, минимизация сбора — становится условием эпистемической валидности. В этом смысле доверие не просто моральная категория, а методологический ресурс психиатрического знания. МКБ-11, уделяя большое внимание функционированию и контексту, косвенно подчёркивает: диагностическое знание возникает в социальной среде, и разрушение доверия разрушает наблюдаемость феноменов.

Наконец, одиннадцатое требование — совместимость с клинической рациональностью и классификационными системами при одновременной независимости от них. Экзоспективный наблюдатель должен говорить на языке, который понятен клиницисту, иначе его отчёты будут либо игнорироваться, либо восприниматься как «чужая» техническая справка. Поэтому он должен уметь связывать параметры наблюдения с диагностическими конструктами, включая МКБ-10/11, а также с клиническими синдромами, используемыми в реальной практике. Но одновременно он не должен быть полностью растворён в классификации: иначе он станет лишь машиной для подтверждения уже имеющихся категорий, а не инструментом объективирования и открытия новых устойчивых профилей. История психиатрии показывает, что классификации — это компромисс между наукой, клиникой и социальной нормой, и потому они не могут быть последней инстанцией истины (Kraepelin, 1913; Jaspers, 1913). Экзоспекция должна поддерживать двоякую функцию: быть совместимой с классификацией как с языком коммуникации и одновременно быть способной выходить за её пределы, формируя параметрические профили, которые в будущем могут изменить сами классификационные рамки.

Суммируя, требования к экзоспективному наблюдателю можно понимать как проект «метрологизации» психиатрии без утраты её гуманитарного ядра. Экзоспекция не отменяет понимание, не вытесняет феноменологию и не устраняет моральную ответственность; она стремится перераспределить их место в структуре знания. Измерительный и аналитический контур должен быть максимально воспроизводимым, параметрическим, прозрачным и устойчивым к аффективным и нормативным искажениям, а контур клинического решения — оставаться человеческим, рефлексивным и ответственным. Если эти требования соблюдены, становится возможным следующий шаг логики монографии: показать, почему именно искусственный интеллект как особый тип агента потенциально способен удовлетворить значительную часть этих требований и в каком смысле он может выступить как экзоспективный субъект — не вместо врача, а в роли внешнего наблюдателя, дополняющего человеческую интерспекцию инструментальным знанием. Этому будет посвящена следующая глава, где различия между человеком-наблюдателем и ИИ-агентом будут рассмотрены не технологически, а эпистемологически.

Глава 6. Искусственный интеллект как экзоспективный агент

6.1. Принципиальные отличия ИИ от человека-наблюдателя

Переход к экзоспекции как новому режиму познания психики требует не просто внедрения «технологий в клинику», а введения иного типа наблюдающего агента — такого, чья когнитивная архитектура не совпадает с человеческой и тем самым способна компенсировать систематические слабости интерспективного знания. В главе 5 было показано, что человек не может стать внешним наблюдателем психики в строгом смысле, потому что психика одновременно выступает и объектом, и инструментом познания; наблюдение неиз-

бежно «окрашено» аффектом, идентификациями, моральными оценками и ограничено когнитивными ресурсами. С этой точки зрения искусственный интеллект интересен для психиатрии не как «замена врача» и не как новая форма авторитета, а как возможность получить наблюдателя иной природы, который производит инструментальное описание феноменов по правилам, не являющимся продуктом субъективного опыта отдельного человека. Иначе говоря, вопрос об ИИ как экзоспективном агенте — это вопрос не о моде на алгоритмы, а об эпистемологическом статусе наблюдателя, о способе конструирования факта и о дисциплине интерпретации в ситуации неизбежной неопределённости (Hempel, 1965; Popper, 1959).

Прежде всего, ИИ отличается от человека тем, что не обладает феноменальным сознанием и не переживает психическое состояние как внутренний опыт. В классической философии сознания эта граница описывалась как различие между «переживаемым» и «описуемым», между тем, что дано субъекту в непосредственной субъективности, и тем, что может быть зафиксировано третьим лицом (Nagel, 1974; Chalmers, 1996). Для клинической психиатрии это различие имеет двойственный смысл. С одной стороны, отсутствие внутреннего опыта делает ИИ принципиально неспособным к эмпатии как человеческому феномену, а значит — неспособным к тем формам понимания, которые в феноменологической традиции рассматривались как фундамент клинического контакта и «понимающей психологии» (Jaspers, 1913). С другой стороны, именно отсутствие переживания устраняет целый пласт искажений, связанных с аффективной реактивностью, моральной оценкой и идентификацией, то есть с теми механизмами, которые превращают наблюдение в со-переживание и одновременно делают его нерепродуцируемым. Экзоспекция, как было показано ранее, не стремится отменить понимание; она стремится отделить описательный контур от интерпретативного, сохранив роль врача в интеграции и решениях. В этом разделении ИИ выступает не как «недочеловек», а как инструментальный наблюдатель, который принципиально не имеет внутренней позиции пациента и потому может фиксировать внешние параметры без тех смещений, которые у человека возникают автоматически.

Далее, ИИ отличается от человека тем, что его «внимание» и «память» не являются биологически ограниченными в привычном смысле. Человеческое наблюдение характеризуется узким окном оперативной памяти, ограниченной способностью удерживать многомерные данные и высокой зависимостью от эвристик, особенно в условиях дефицита времени и высокой ответственности (Kahneman, 2011). Это приводит к тому, что клиническое мышление естественным образом редуцирует сложность: врач вынужден выбирать несколько ключевых признаков, строить гипотезу и затем подбирать подтверждения или опровержения. Такой путь неизбежно делает клинику продуктивной — иначе человек не сможет работать, — но он же систематически порождает ошибки, когда «ключевые признаки» оказываются не теми, что действительно несут наибольшую диагностическую информацию. ИИ, напротив, способен обрабатывать многомерные массивы данных, удерживать в анализе большое число

признаков, учитывать слабые корреляции, которые не переживаются человеком как значимые, и работать с временными рядами в масштабе, недоступном клиницисту. Это не магия и не «сверхразум»; это иной тип вычислительной архитектуры, в которой ограничения задаются вычислительными ресурсами и качеством данных, а не физиологией внимания. В контексте экзоспекции это означает следующее: там, где человек вынужден выбирать между «главным» и «второстепенным», ИИ может сохранять большее число наблюдаемых параметров как потенциально значимых до тех пор, пока статистическая структура данных не выявит их роль.

Третье принципиальное отличие состоит в том, что ИИ может быть построен как стандартная процедура, отделённая от личности наблюдателя. Врач — это всегда конкретный человек с биографией, школой, профессиональной деформацией, опытом удач и ошибок, а также с неизбежными «слепыми зонами», включая контрперенос и культурные фильтры. Именно поэтому в психиатрии так часто наблюдается вариативность заключений и трудности межэкспертного согласия, особенно в пограничных случаях и в экспертной практике. Алгоритмическая система, если она корректно разработана, позволяет закрепить процедуру наблюдения и вывода в виде воспроизводимого протокола: одинаковые входные данные при одинаковой версии модели и одинаковых условиях обработки дают сопоставимый результат. В терминах философии науки это приближает психиатрическое наблюдение к идеалу интересубъективной проверяемости: знание становится менее зависимым от частного субъекта и более зависимым от публичной процедуры (Carnap, 1956; Hempel, 1965). Разумеется, эта воспроизводимость не отменяет проблему смещений: алгоритм может воспроизводимо ошибаться, если он обучен на искажённых данных или если его критерии невалидны. Однако сама возможность «закрепить» процедуру и сделать её переносимой между учреждениями и специалистами представляет собой качественный эпистемический ресурс, которого человеческое наблюдение, по своей природе, лишено.

Четвёртое отличие касается характера обобщения. Человеческий клиницист обобщает через опыт, который неизбежно ограничен выборкой пациентов, доступных его практике, и дополнен чтением литературы, где опыт уже прошёл фильтрацию школой, культурой и временем. ИИ, напротив, может обобщать через обучение на больших массивах данных, включающих разнообразие популяций, контекстов и проявлений симптоматики. Этот тезис часто подаётся как рекламная формула, однако его эпистемологический смысл в другом: ИИ способен формировать модели, которые сохраняют информацию о редких сочетаниях признаков и о сложных нелинейных зависимостях, тогда как человек склонен превращать редкость в «исключение» и растворять её в привычных синдромальных схемах. В психиатрии, где фенотипы часто перекрываются — например, тревога и депрессия, депрессия и психотические симптомы, расстройства личности и расстройства настроения, последствия ПТСР и злоупотребления веществами, — такой тип обобщения может быть особенно значимым. И всё же здесь необходимо сразу обозначить предел: обобщение ИИ зави-

сит от качества разметки, от корректности диагностических конструкторов и от соотнесения данных с клинической реальностью. Если диагноз в данных является результатом нерепродуцируемых человеческих решений, то и модель будет усваивать эту нерепродуцируемость как «истину». Следовательно, экзоспекция требует не просто больших данных, а дисциплины построения данных как клинически валидного отражения состояния, включая опору на критерии МКБ-10/11 как на коммуникативный каркас, но не как на абсолютную онтологию расстройств.

Пятое отличие связано с модальностью наблюдения. Человек в клинике преимущественно опирается на речь и на визуально наблюдаемое поведение в ограниченном временном интервале, а также на субъективные отчёты пациента. Он может использовать психометрические шкалы и дополнительные исследования, но эти инструменты либо фрагментарны, либо не интегрированы в единый контур наблюдения, либо применяются эпизодически. ИИ, напротив, принципиально ориентирован на мультиканальность: он может объединять текст, голос, видео, данные сенсоров, цифровые следы активности, параметры сна и физиологии, а также контекстные ковариаты. Этот момент не является чисто техническим; он меняет эпистемологию клиники. В интерспекции «симптом» часто описывается как смысловое образование: пациент говорит «мне тревожно», врач понимает это в рамках своего опыта и задаёт уточняющие вопросы. В экзоспекции «тревога» может быть представлена как профиль: изменения сна, вариативность сердечного ритма, моторная ажитация, ускорение речи, рост латентности ответа при когнитивной нагрузке, особенности нарратива и внимание к угрозе. Отдельно каждый маркер может быть неспецифичен, но их комбинация, особенно во времени, может иметь диагностическую и прогностическую ценность. Именно способность интегрировать многоканальные данные делает ИИ потенциально экзоспективным агентом, поскольку он может наблюдать то, что человеческому вниманию недоступно как целостность.

Шестое отличие относится к формату вывода. Клиницист обычно мыслит в категориях синдромов и диагнозов, то есть в дискретных классах. Даже когда врач понимает континуальность феноменов, язык документации и организационная логика медицины требуют «назвать» состояние: депрессивный эпизод, биполярное расстройство, шизофрения, тревожное расстройство, расстройство личности. ИИ по своей природе ближе к вероятностному выводу и к представлению состояния как распределения неопределённости. В современном научном мышлении это соответствует идее вероятностной эпистемологии: знание редко является «абсолютным», оно имеет степень уверенности и границы применимости (Pearl, 2000). Для психиатрии такой сдвиг особенно важен, потому что многие клинические решения принимаются в зоне неполной информации: пациент неполно сообщает данные, симптоматика меняется, коморбидность размывает границы категорий, а социальные факторы меняют фенотип. Экзоспективный агент, построенный как вероятностная система, может не подменять клиническое решение «точным диагнозом», а предоставлять врачу структуру неопределённости: какие гипотезы наиболее вероятны, какие при-

знаки несут наибольший вклад, какие данные критически не хватает, и как меняется профиль во времени. Это не отменяет необходимость категориальных диагнозов по МКБ-10/11 для коммуникации и права, но делает диагностическую работу более научно честной и потенциально более безопасной, особенно в судебном контексте, где иллюзия уверенности может быть опаснее признания неопределённости (Morse, 2006).

Седьмое отличие — характер ошибки и возможность её систематического контроля. Человеческая ошибка часто носит «непрозрачный» характер: врач может не осознавать, почему он сделал вывод; он может рационализировать решение постфактум; он может искренне считать, что действовал строго по критериям, хотя на деле руководствовался эвристикой или эмоциональной реакцией. ИИ тоже ошибается, но его ошибка потенциально поддаётся протоколированию: можно фиксировать версию модели, входные данные, промежуточные признаки и структуру вывода. Тем самым появляется возможность не только индивидуального контроля, но и институционального аудита. Это особенно важно для тех областей, где требуется стандартизация и проверяемость: судебная психиатрия, принудительные меры, оценка риска. Однако здесь же возникает новая опасность: «автоматизированная уверенность», когда воспроизводимая ошибка воспринимается как доказательство объективности. Следовательно, принципиальное отличие ИИ от человека-наблюдателя должно быть дополнено принципиальным требованием: экзоспективный агент не имеет права быть «чёрным ящиком» в социально значимых решениях. Его вывод должен быть встроен в систему контроля качества, калибровки и интерпретируемой отчётности, иначе он станет источником новой формы произвола — произвола алгоритмического (O’Neil, 2016).

Наконец, восьмое отличие связано с тем, что ИИ не является субъектом ответственности. Врач несёт профессиональную, юридическую и моральную ответственность за решение. ИИ как система не обладает моральным агентством и не может быть носителем ответственности в классическом смысле (Dennett, 1984). Это обстоятельство радикально меняет правильную постановку вопроса. Если ИИ не является ответственным субъектом, то его роль должна быть строго определена как роль инструмента наблюдения и анализа, который расширяет способность врача видеть данные и управлять неопределённостью, но не замещает человеческое решение. Экзоспекция, таким образом, требует институционального дизайна: кто формулирует запрос, кто интерпретирует отчёт, кто принимает решение, как фиксируется неопределённость, как предотвращается злоупотребление. Эти вопросы будут предметом дальнейших разделов монографии, но уже здесь важно подчеркнуть: отличия ИИ от человека-наблюдателя не являются достоинствами сами по себе; они становятся достоинствами только в контуре правильно распределённой ответственности.

С точки зрения общей логики книги можно сделать промежуточный вывод. ИИ отличается от человека как наблюдателя тем, что он не переживает психику, но способен инструментально её описывать; тем, что он может удерживать и интегрировать многомерные данные и временные ряды; тем, что его

процедура может быть стандартизирована и воспроизводима; тем, что он естественно работает в вероятностном формате; тем, что его ошибки потенциально поддаются аудиту; и тем, что он не является моральным субъектом и потому не может быть источником решения, а только источником данных и аналитики. Эти различия задают основу для следующей подглавы, где будет рассмотрено отсутствие аффекта как ключевой эпистемологический фактор: не просто как «холодность машины», а как структурное устранение тех искажений, которые в психиатрии особенно часто превращают наблюдение в интерпретацию и интерпретацию — в судьбу пациента.

6.2. Отсутствие аффекта и значение этого факта

Если в предыдущей подглаве принципиальные отличия ИИ от человека-наблюдателя были очерчены в основном через различие когнитивных архитектур, то отсутствие аффекта следует рассматривать как наиболее радикальное отличие — не психологическое, а эпистемологическое. В психиатрии аффект не является только «эмоциональной окраской» контакта; он выступает активным механизмом отбора фактов, конструирования смысла, принятия решений и, в конечном счёте, формирования клинической реальности. Иными словами, аффект не просто сопровождает наблюдение, а структурирует его: определяет, что врач замечает, какие гипотезы кажутся правдоподобными, какие объяснения воспринимаются как достаточные и какие риски переживаются как неприемлемые. Поэтому тезис об ИИ как экзоспективном агенте приобретает научную значимость именно в точке «без-аффективности»: здесь возникает шанс отделить описательный контур от тех динамик, которые в интерспективной клинике неизбежно смешивают факт, интерпретацию и моральную реакцию (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

В клинической традиции давно известно, что эмоции врача — сознательные и особенно бессознательные — являются источником систематических искажений. Психоаналитическая и психодинамическая школа описывала это через понятия контрпереноса, проективной идентификации и эмоционального заражения, подчёркивая, что чувства врача могут быть одновременно инструментом понимания и источником ошибки (Freud, 1912; Heimann, 1950; Kernberg, 1975). В феноменологической перспективе акцент делался на том, что человеческое понимание психического состояния другого человека неизбежно включает «соучастие» и интерпретативную вовлечённость, что делает знание богатым, но трудно репродуцируемым (Jaspers, 1913). В когнитивной психологии и науке о принятии решений эмоции рассматриваются как часть систем «быстрого мышления», которые позволяют действовать эффективно в условиях неопределённости, но при этом усиливают эвристики и приводят к предсказуемым ошибкам, включая эффект подтверждения, якорение, доступность, а также «аффективное» переоценивание угрозы и недооценивание альтернатив (Kahneman, 2011; Tversky, Kahneman, 1974). В психиатрии эти механизмы приобретают особую силу, потому что объект наблюдения — психика пациента —

сам по себе является источником эмоционального воздействия: тревога заражает, агрессия мобилизует, депрессия утомляет, манипулятивные взаимодействия вызывают раздражение или защитную жёсткость, а психотические переживания нередко вызывают у наблюдателя чувство отчуждения и стремление к упрощению.

Экзоспекция, как концепция, исходит из того, что для повышения объективности необходимо не уничтожение человеческого фактора, а введение внешнего наблюдателя, который не включён в эмоциональную динамику взаимодействия. ИИ здесь выступает не как «бесчувственный судья», а как инструмент, позволяющий удержать контур наблюдения в режиме, где аффективная реакция не определяет структуру данных. Отсутствие аффекта означает прежде всего отсутствие внутренней мотивации защищаться, избегать, обвинять, сочувствовать или «спасать». Эти мотивации у врача нередко запускаются автоматически и влияют на диагностические и терапевтические решения. Например, стремление снизить собственную тревогу врача может приводить к преждевременной категоризации («это точно тревожное расстройство», «это точно симуляция»), к гипердиагностике риска или, наоборот, к избеганию тяжелых тем, включая суицидальность. Врач может непроизвольно усиливать контроль там, где требуется терпение, или, наоборот, оставаться слишком «мягким» там, где нужна структурированность и жёсткие границы. ИИ не переживает тревоги и не стремится к эмоциональной разрядке; он не испытывает раздражения и не ищет наказания; он не «влюбляется» в гипотезу и не «устает» от пациента как личность. Это фундаментально меняет условия наблюдения: сохраняется возможность выстраивать процедуру анализа как последовательность операций над данными, а не как реакцию на ситуацию.

Однако было бы ошибкой представить отсутствие аффекта как простую гарантию истинности. В философии и психологии давно известно, что эмоции выполняют когнитивные функции: они сигнализируют о значимости, помогают ранжировать угрозы и цели, ускоряют выбор и связывают опыт в целостные структуры памяти (Damasio, 1994). Для клинициста эмоции часто становятся «детектором» того, что в контакте происходит нечто существенное: необычная холодность, внезапная тревога, необъяснимое раздражение могут быть индикаторами динамики пациента или маркерами взаимодействия, которые не отражены в вербализации. В клинической реальности это иногда полезно, и психотерапевтическая практика научилась превращать эмоциональную реакцию специалиста в инструмент диагностики отношений и защиты. Следовательно, отсутствие аффекта у ИИ имеет двойной смысл: оно снижает риск искажения наблюдения, но одновременно лишает экзоспективного агента определённого типа «контактного знания». Это ещё раз подтверждает принцип, который должен быть заложен в экзоспективную модель: ИИ не заменяет врача, а создаёт второй контур наблюдения, независимый от эмоций, который затем интегрируется с клиническим пониманием и профессиональной ответственностью врача.

Важность отсутствия аффекта особенно заметна в задачах стандартизации и сравнимости. Одна из причин, по которой психиатрия исторически отста-

вала от «жестких» наук, заключается в том, что измерительный акт в психиатрии обычно представляет собой разговор и наблюдение, то есть акт, насыщенный взаимным влиянием. В физике или физиологии измерение стремится минимизировать влияние наблюдателя на объект, тогда как в психиатрии сам процесс «измерения» меняет объект, потому что человек реагирует на внимание, вопросы, тон, оценку и статус. Эта особенность не должна отрицаться; её следует сделать явной и управляемой. ИИ, как экзоспективный агент, может выступать в роли процедуры, которая фиксирует параметры речи, поведения и физиологии по единому протоколу, снижая вариативность, связанную с межличностными нюансами. Это не означает, что контакт исчезает; контакт остаётся у врача. Но появляется возможность отделить «контактный» слой от «инструментального» слоя, чтобы затем сравнивать пациентов и состояния между собой не только через субъективную клиническую историю, но и через сопоставимые наборы признаков, пригодные для мониторинга во времени.

Сказанное приобретает особое значение, если рассматривать экзоспекцию в логике МКБ-10/11. Обе классификации в своей практике опираются на клинические признаки и критерии, требующие интерпретации: длительность симптомов, выраженность, функциональные нарушения, исключающие условия и контекст. Даже когда формулировки критериев кажутся «операциональными», реальная диагностика неизбежно включает оценочные компоненты. В МКБ-11 усиливается ориентация на клиническую полезность и контекст, в том числе культурный и функциональный, что делает диагностику более гибкой, но потенциально повышает вариативность. Отсутствие аффекта у ИИ не отменяет необходимости интерпретации критериев, однако может поддержать две ключевые линии: во-первых, стабилизировать сбор данных по одним и тем же параметрам, а во-вторых, удерживать диагностический анализ в вероятностном и динамическом формате, где расстройства рассматриваются не как «ярлыки», а как профили симптомов и функциональных нарушений, меняющиеся во времени. Для таких задач эмоциональная нейтральность наблюдателя может оказаться критически важной: мониторинг требует терпеливого и повторяемого измерения, а не эмоционально насыщенных решений «здесь и сейчас».

Отдельного внимания заслуживает судебно-психиатрический контекст, который в нашей монографии рассматривается как зона максимальной цены ошибки. Здесь аффективные и моральные искажения наиболее опасны, потому что социальная ситуация сама по себе эмоционально заряжена: преступление, жертва, общественное давление, страх повторения, стигма и политизация. В таких условиях клиницист может быть склонен к «моральной диагностике», когда оценка личности и поступка незаметно подменяет оценку психического состояния. История психиатрии содержит множество примеров, когда моральная паника и социальный страх влияли на трактовку девиантного поведения как «болезни» или, наоборот, на отказ признавать психопатологию там, где она была, потому что общество требовало наказания (Foucault, 1961). ИИ не освобождает систему от этих рисков автоматически, потому что данные и разметка могут нести в себе те же социальные предубеждения. Однако отсутствие аффекта

означает, что алгоритм, будучи корректно встроенным в процедуру, не испытывает «желания наказать», «желания оправдать» или «желания защитить общество» как эмоционального импульса. Он может быть настроен на фиксирование параметров и на выдачу вероятностной оценки по заранее заданным правилам, что создаёт возможность для более прозрачного разделения: морально-правовые решения остаются в компетенции суда и эксперта, а описание психического состояния — в компетенции клиники и экзоспективного контура.

Тем не менее именно здесь возникает новая форма угрозы: отсутствие аффекта может порождать иллюзию «холодной объективности», которая социально воспринимается как более справедливая и точная, чем человеческое решение. Эта иллюзия особенно опасна, потому что может привести к смещению ответственности: эксперт будет склонен опираться на модель как на «нейтрального арбитра», а суд — воспринимать алгоритмический вывод как доказательство. В действительности же отсутствие аффекта не устраняет эпистемических ограничений: ИИ не понимает ценностного контекста, не переживает трагедию и не несёт моральной ответственности; он лишь вычисляет. Если в данных присутствует систематическая несправедливость, модель воспроизведёт её с высокой стабильностью и тем самым создаст «воспроизводимую несправедливость», которая окажется труднее оспариваемой, чем субъективное мнение эксперта (O’Neil, 2016). Следовательно, в рамках экзоспекции отсутствие аффекта должно сопровождаться противоположным механизмом — механизмом этического и правового контроля, который фиксирует границы применимости модели, процедуры аудита, а также правила использования выводов в зависимости от степени неопределённости.

Клиническое значение без-аффективности проявляется и в повседневной практике, где врач подвергается хронической нагрузке, эмоциональному выгоранию и «усталости от сострадания». Эти состояния меняют качество наблюдения и решения: снижается терпимость к неопределённости, растёт раздражительность, формируется цинизм или, наоборот, чрезмерная тревожность. В таких условиях даже опытный специалист может начать работать более «категорично», меньше слушать и чаще опираться на шаблоны. Экзоспективный агент, не испытывающий усталости, может играть роль стабилизатора качества: независимо от настроения врача он продолжает фиксировать параметры и выдавать отчёт по одному и тому же протоколу. Однако это преимущество не должно превращаться в подмену клинического процесса. Напротив, оно должно быть встроено как защитный слой: когда человеческая система неизбежно колеблется, инструментальный контур сохраняет устойчивость, а врач получает возможность сверить своё впечатление с данными и тем самым снизить риск ошибки.

Существенно и то, что отсутствие аффекта связано с отсутствием «личного интереса» к определённому исходу. Человек может быть склонен к подтверждению собственной компетентности, к избеганию риска юридических последствий, к стремлению удовлетворить ожидания пациента или администрации, к поддержанию собственной терапевтической идентичности. Эти мотива-

ции не обязательно осознаются, но они действуют. ИИ, если он корректно построен, не обладает стремлением к самооправданию и не испытывает стыда за ошибку; он не «сохраняет лицо». Это позволяет, по крайней мере теоретически, строить систему, которая проще признаёт неопределённость и может быть настроена на выдачу честных вероятностных оценок вместо категорических утверждений. Здесь возникает важный методологический вывод: экзоспективный агент должен быть калиброван не на уверенные ответы, а на корректное распределение уверенности. В медицинской диагностике давно известно, что опасны не столько ошибки сами по себе, сколько некалиброванная уверенность — когда система уверена там, где должна сомневаться (Gigerenzer, 2002). В психиатрии это ещё более критично, потому что диагноз часто является не «фактом», а рабочей моделью, которая должна уточняться во времени.

Одновременно следует подчеркнуть: отсутствие аффекта не означает отсутствия ценностей в результате. Ценности могут быть встроены в постановку задачи, выбор целевых метрик, архитектуру системы и процедуры внедрения. Если модель оптимизируется на снижение числа госпитализаций, она будет «ценить» одно; если оптимизируется на предотвращение редких катастрофических исходов (например, суицид), она будет «ценить» другое; если оптимизируется на экономию ресурсов, она будет «ценить» третье. Следовательно, безаффективность ИИ — это отсутствие эмоционального переживания, но не отсутствие ценностного выбора. Ценностный выбор перемещается на уровень дизайнера системы и её институционального применения. Это обстоятельство принципиально важно для экзоспекции, поскольку она претендует на повышение объективности: объективность здесь должна пониматься не как «безценностность», а как прозрачность процедур и воспроизводимость результатов при явно заданных целях и ограничениях (Hempel, 1965; Pearl, 2000).

Внутри клинической сцены отсутствие аффекта может также снизить влияние стигмы. Человек склонен воспринимать определённые диагнозы и формы поведения через культурные стереотипы и личный опыт. Психотические состояния, расстройства личности, зависимости, сексуальные девиации, криминальный опыт — всё это часто вызывает у наблюдателя эмоциональные реакции, которые затем влияют на интерпретацию симптомов. Алгоритм, не испытывающий отвращения или страха, потенциально может удерживать анализ на уровне признаков и корреляций. Однако, повторим, это верно лишь при условии, что данные и разметка не несут в себе стигматизирующих схем. Если в исторических данных психотические пациенты чаще подвергались принудительным мерам независимо от реального риска, алгоритм может научиться воспроизводить эту практику как «закономерность». Поэтому отсутствие аффекта должно дополняться активной работой по выявлению и снижению смещений в данных, а также по разграничению дескриптивного и нормативного: модель может описывать, что происходило, но не должна автоматически превращать это в предписание, что должно происходить (O’Neil, 2016).

Таким образом, значение отсутствия аффекта в экзоспекции состоит не в том, что «машина холодна», а в том, что появляется возможность создать

наблюдателя, который принципиально не включён в эмоциональные механизмы, производящие ключевые искажения интерспективного знания. Без-аффективность снижает влияние контрпереноса, моральных оценок, эмоционального заражения, усталости и защитных мотиваций; она поддерживает стандартизацию и повторяемость наблюдения; она делает возможным более честный вероятностный формат вывода и способствует дисциплине мониторинга во времени. Одновременно без-аффективность создаёт специфические риски: иллюзию «нейтрального судьи», смещение ответственности на алгоритм, а также опасность воспроизводимой несправедливости при смещённых данных. Экзоспекция, следовательно, должна строиться как двухконтурная система: инструментальный контур ИИ обеспечивает эмоционально нейтральное описание и вероятностную аналитику, а человеческий контур врача обеспечивает смысл, этическую интерпретацию, терапевтический контакт и ответственность. Эта связка и будет определять, станет ли без-аффективность источником научного усиления психиатрии или, напротив, новой формой технократического произвола.

6.3. Алгоритмическая воспроизводимость анализа

Понятие воспроизводимости занимает в эпистемологии особое место, поскольку именно оно отделяет единичное убедительное впечатление от знания, способного стать частью науки. В классической логике научного исследования требование повторяемости выступает не «техническим» пожеланием, а условием, при котором наблюдение перестаёт быть биографическим событием и превращается в межсубъектный факт, доступный проверке и критике (Popper, 1959; Hempel, 1965). Для психиатрии эта рамка всегда была проблемной: клиническое наблюдение по своей природе является ситуационным, диалогическим и зависимым от контекста, а значит, не сводится к простому повторению условий. Тем не менее научный прогресс в психиатрии исторически происходил именно там, где удавалось создать хотя бы частичные механизмы воспроизводимости: через стандартизированные интервью, шкалы, диагностические критерии, протоколы наблюдения, междисциплинарные консилиумы и согласование терминологии. Экзоспекция претендует на новый уровень воспроизводимости, поскольку вводит в контур познания психики алгоритмический агент, который способен повторять аналитическую процедуру в неизменной форме, независимо от человеческих состояний и социальных обстоятельств. Однако, чтобы понять, в чём здесь эпистемологический выигрыш, необходимо ясно различить уровни воспроизводимости и условия, при которых алгоритмическая повторяемость действительно повышает научную достоверность, а не создаёт лишь иллюзию «точности».

В клинической психиатрии под воспроизводимостью чаще всего подразумевают согласованность диагнозов между разными специалистами, то есть межэкспертную надёжность. Эта надёжность поддаётся количественной оценке, например, через коэффициенты согласия, включая каппу Коэна и её обоб-

щения, и исторически обсуждалась как один из слабых пунктов психиатрической диагностики (Cohen, 1960; Fleiss, 1971). Однако проблема глубже: даже если врачи «согласны», это не гарантирует истинности, поскольку надёжность и валидность — разные эпистемические свойства. Надёжность означает устойчивость измерения, тогда как валидность означает соответствие измерения тому конструкту, который мы предполагаем измерять. В психиатрии конструктами выступают состояния, синдромы, расстройства, функциональные нарушения и их динамика, а не «объекты» физического мира, и потому вопрос валидности всегда включает теоретический слой, связанный с моделями психопатологии, нейробиологическими коррелятами и клинической полезностью (Cronbach, Meehl, 1955; Kendler, 2016). Именно поэтому алгоритмическая воспроизводимость должна рассматриваться не как замена клинической истины, а как дополнительный слой дисциплины измерения, который помогает разделять устойчивость процедуры и истинность результата.

Алгоритмическая воспроизводимость в строгом смысле означает, что при одних и тех же входных данных и фиксированной версии модели система выдаёт один и тот же результат. На уровне вычисления это выглядит тривиально: детерминированный алгоритм повторяет себя. Но в реальных ИИ-системах, особенно построенных на методах машинного обучения, воспроизводимость имеет несколько уровней, и каждый из них может быть нарушен. Во-первых, существует воспроизводимость вывода, то есть идентичность результата при повторном запуске модели на одном и том же наборе входов. Во-вторых, существует воспроизводимость обучения, то есть способность получить сопоставимую модель при повторной тренировке на тех же данных. И, в-третьих, существует воспроизводимость клинического эффекта, то есть сохранение качества и структуры ошибок при переносе системы в иной контекст, на другие популяции, иные устройства сбора данных и иной язык взаимодействия. Именно третий уровень является критическим для психиатрии и судебной практики, но он невозможен без дисциплины первых двух уровней (Bishop, 2006; Varnik, 1995).

В чём, однако, заключается отличие от человека-наблюдателя? Человеческая повторяемость всегда частичная: один и тот же врач в разные дни, в разном состоянии, под разным давлением, при разной формулировке жалобы и разном контексте контакта может построить разные гипотезы и придать разный вес одним и тем же фрагментам информации. Эта вариативность не всегда является недостатком: она иногда отражает сложность объекта. Но в задачах мониторинга и стандартизации она становится источником шума, который трудно отделить от сигнала. Алгоритм же способен действовать как «машина повторения» — не в смысле механистичности мышления, а в смысле неизменности процедуры. Он не устает, не переключается на интуитивные эвристики из-за тревоги, не «сокращает путь» ради экономии внимания и не меняет критерии важности в зависимости от эмоциональной реакции. Таким образом, воспроизводимость алгоритма выступает как возможность стабилизировать сам процесс извлечения признаков и формирования вероятностного вывода, чтобы затем обсуждать не «почему один эксперт видит так, а другой иначе», а «каковы

условия, при которых данный набор признаков приводит к данному распределению вероятностей» (Kahneman, 2011; Gigerenzer, 2002).

Если экзоспекция понимается как внешний режим наблюдения психики, то алгоритмическая воспроизводимость является её техническим и эпистемологическим основанием. Она позволяет построить измерительную систему, где повторение не разрушает объект, а раскрывает его динамику. Для психических состояний, которые по природе являются временными процессами, это особенно важно. В традиционной практике диагноз часто фиксируется как «снимок» состояния, хотя клиническая реальность ближе к временным рядам: колебания сна, суточные ритмы, флуктуации тревоги, цикличность аффективной динамики, постепенное изменение когнитивной организованности речи, развертывание или редукция психотической симптоматики. Экзоспективный агент, действующий воспроизводимо, способен измерять эти изменения в одинаковых координатах и тем самым превращать клиническую историю в сопоставимую траекторию, а не в набор нарративов, зависящих от стиля описания. Здесь возникает принципиально новая форма клинической доказательности: не только «симптом присутствует», но и «параметр изменился так-то на интервале времени», что приближает психиатрию к логике инструментальных наук без редукции психики к одному биомаркеру.

Тем не менее воспроизводимость алгоритма может оказаться двусмысленной, если не уточнить, что именно воспроизводится: истина или ошибка. Алгоритм, будучи стабилен, может устойчиво повторять ошибку, причём делать это с высокой уверенностью. В этом состоит отличие от человеческой вариативности: врач может колебаться и сомневаться, иногда случайно «попадая» в верное решение, а иногда — ошибаясь; алгоритм же способен ошибаться систематически. С эпистемологической точки зрения это не отменяет ценности алгоритма, но меняет характер контроля. Если человеческую субъективность мы пытаемся «смягчить» обучением, супервизией и опытом, то алгоритмическую воспроизводимость мы должны сопровождать методами верификации, калибровки и внешней валидации. Калибровка здесь означает соответствие предсказанной вероятности реальной частоте события, что в клинических приложениях зачастую важнее, чем простая точность классификации: системе лучше «честно сомневаться», чем «уверенно ошибаться» (Dawid, 1982; Niculescu-Mizil, Caruana, 2005). В психиатрии, где границы между синдромами и расстройствами часто размыты, а коморбидность является правилом, а не исключением, калиброванная неопределённость представляет собой более зрелую форму знания, чем категоричность.

Вопрос о воспроизводимости в ИИ неизбежно упирается в проблему репликации научных результатов в целом. Современная наука переживает так называемый «кризис воспроизводимости», при котором опубликованные эффекты не всегда подтверждаются при повторении исследований, а статистические и методологические практики нередко усиливают ложноположительные находки (Ioannidis, 2005; Peng, 2011; Goodman, Fanelli, Ioannidis, 2016). Для психиатрии эта проблема особенно чувствительна, поскольку многие эффекты

зависят от контекста, выборки и способа измерения. Алгоритмическая воспроизводимость может стать ответом на этот кризис лишь при условии, что экзоспективные системы строятся как научные инструменты, а не как «продукты», где внутренние механизмы скрыты, а результаты подгоняются под маркетинговые ожидания. Иначе мы получим воспроизводимость не знания, а артефактов: красивых чисел, которые повторяются только внутри одной лаборатории, одной клиники или одного набора устройств.

Поэтому в рамках экзоспекции важно понимать, что алгоритмическая воспроизводимость требует строгой дисциплины версионирования. Клиническая интерспекция редко документирует «версию врача», но в алгоритмической системе версия модели и версия протокола являются частью результата. Если модель обновилась, то одно и то же наблюдение может дать иной вывод — не потому, что пациент изменился, а потому, что изменился измерительный прибор. В «жёстких» науках это очевидно: замена калибровки прибора требует пересмотра сравнимости измерений. В психиатрии это долго оставалось неявным, потому что «прибором» был врач. Экзоспекция делает это явным и тем самым повышает научную честность: каждый вывод должен быть связан с конкретной моделью, конкретным набором признаков, конкретным порогом принятия решения, конкретной схемой обработки данных. Это создаёт возможность для аудита, сравнения и накопления знаний, но одновременно требует институциональной зрелости и регуляторного сопровождения (FDA, 2021; ISO, 2019).

Особый класс проблем связан с так называемым дрейфом данных и дрейфом концепта. Психиатрические данные меняются со временем не только потому, что меняется пациент, но и потому, что меняется окружающая среда: социальные практики общения, нормы описания симптомов, языковые обороты, технологические платформы, качество микрофонов и камер, даже культурный контекст переживания тревоги и депрессии. То, что алгоритм «научился» распознавать в одном времени и месте, может оказаться не тем же самым в другом времени и месте. Воспроизводимость вывода внутри одной версии модели не гарантирует воспроизводимости клинического эффекта во времени. Поэтому экзоспективная система должна мыслиться как измерительный прибор, который постоянно проверяется на стабильность, а не как статичная «истина». В психиатрии это особенно важно из-за зависимости симптомов от языка и контекста. Например, маркеры депрессивного мышления в речи в одном культурном поле могут выражаться иначе в другом; маркеры тревоги могут быть «упакованы» в соматические жалобы; признаки психотического опыта могут маскироваться под религиозные или эзотерические нарративы, которые в разных обществах имеют разный статус. Следовательно, алгоритмическая воспроизводимость должна сопровождаться процедурами переносимости и переобучения, иначе система будет воспроизводимо ошибаться вне исходного контекста (Mitchell, 1997; Pearl, 2018).

Переходя к клинической логике МКБ-10/11, важно подчеркнуть: классификации сами по себе являются стандартизаторами, то есть попыткой повысить воспроизводимость диагностики через критерии. Но критерии всегда тре-

буют измерения. Экзоспективный агент может повысить воспроизводимость именно в «докритериальной» зоне, где собираются наблюдаемые признаки, из которых затем строится клиническое заключение. Классический пример — оценка психомоторики, скорости речи, латентности ответов, вариативности мимики, динамики сна, колебаний активности. Эти параметры в обычной клинике фиксируются фрагментарно и описательно, тогда как алгоритм может фиксировать их одинаково и многократно. В результате врач получает возможность связать критерии МКБ с непрерывными параметрами, которые можно наблюдать во времени. Это не отменяет того, что диагноз остаётся клинической конструкцией, но повышает воспроизводимость основания, на котором эта конструкция строится.

В судебно-экспертной перспективе воспроизводимость приобретает дополнительный смысл: она становится компонентом процессуальной справедливости. Если экспертное заключение зависит от того, «к кому попал» обследуемый, то правовая система получает не только медицинскую, но и юридическую проблему. Алгоритмический контур, при корректной настройке, может обеспечить единообразие процедуры фиксации данных и первичного анализа, что снижает влияние личностного стиля эксперта. Однако здесь же появляется новая обязанность: обеспечить воспроизводимость самого алгоритмического контура в смысле прозрачности и проверяемости. Если модель является «чёрным ящиком», то сторона защиты и сторона обвинения не могут понять, что именно послужило основанием выводов, и воспроизводимость превращается в недоступную проверке власть. В экзоспекции это недопустимо: алгоритмическая воспроизводимость должна быть сопряжена с воспроизводимостью объяснения, то есть с возможностью показать, какие признаки и какие данные привели к определённому распределению вероятностей, пусть даже это объяснение будет приближённым и ориентированным на клиническую интерпретируемость (Ribeiro, Singh, Guestin, 2016; Lipton, 2018). В противном случае «внешний наблюдатель» становится внешним не только по отношению к пациенту, но и по отношению к экспертному сообществу, что разрушает научный характер инструмента.

Здесь необходимо сделать ещё одно уточнение. В философии науки давно обсуждается, что воспроизводимость не равна истинности, но является механизмом, который позволяет истину приближать, поскольку делает возможной критику, корректировку и развитие теории (Popper, 1959; Kuhn, 1962). Экзоспекция в этом смысле может стать не просто технологией диагностики, а технологией накопления знаний. Если каждый экзоспективный отчёт строится по повторяемому протоколу, то популяционные данные становятся сопоставимыми, а гипотезы — проверяемыми. Психиатрия получает шанс выйти из ситуации, когда «много клинических историй» не складываются в «много данных», потому что эти истории несопоставимы по форме. Экзоспективный контур способен превратить часть клинического наблюдения в параметрическое пространство, пригодное для статистического анализа, поиска закономерностей, построения прогностических моделей и уточнения диагностических границ.

При этом, что принципиально важно, речь идёт не о замене клинической картины набором чисел, а о создании второго языка описания, который позволяет общаться между клиниками, странами, школами и поколениями врачей.

Однако именно здесь возникает риск «метрического соблазна»: вера в то, что то, что измеряется, автоматически становится более реальным, чем то, что не измеряется. Психиатрия знает эту опасность давно: шкалы, будучи полезными, иногда подменяют клиническое понимание, а формальная операционализация симптомов иногда приводит к потере феноменологической глубины. Экзоспекция усиливает этот риск, потому что алгоритм легко производит числа и графики, и эти артефакты кажутся более убедительными, чем слова. Следовательно, правильное эпистемологическое использование алгоритмической воспроизводимости требует дисциплины интерпретации: параметры должны рассматриваться как индикаторы, а не как сущности; вероятности — как инструмент для принятия решений в условиях неопределённости, а не как «приговор»; воспроизводимость — как условие научного контроля, а не как знак абсолютной истины (Hempel, 1965; Gigerenzer, 2002).

Таким образом, алгоритмическая воспроизводимость является одним из ключевых аргументов в пользу ИИ как экзоспективного агента, потому что она вводит в психиатрию форму повторяемого измерения, сравнимого во времени и пространстве, и тем самым создаёт предпосылки для укрепления объективности. Но эта воспроизводимость имеет смысл только при соблюдении ряда условий: различения надёжности и валидности, калибровки неопределённости, строгого версионирования моделей и протоколов, контроля дрейфа данных, обеспечения переносимости и внешней проверки, а также сопряжения воспроизводимости результата с воспроизводимостью объяснения. В противном случае психиатрия получит не научный инструмент, а высокостабильную машину тиражирования ошибок, которая будет выглядеть убедительно именно потому, что повторяется без колебаний.

6.4. Ограничения и уязвимости ИИ-экзоспекции

Если в предыдущих подпунктах искусственный интеллект рассматривался как потенциальный носитель экзоспективной объективности, то здесь необходимо сделать методологический шаг, без которого сама идея экзоспекции рискует превратиться в технологическую идеологию. В инструментальных науках достоинства измерительной системы всегда описываются вместе с её пределами: любой прибор не только расширяет наблюдение, но и вводит собственные ошибки, слепые зоны и артефакты. В этом смысле ИИ-экзоспекция должна быть осмыслена как новый тип измерительного аппарата, обладающий специфическими уязвимостями, не сводимыми к «обычным» человеческим ошибкам. Более того, парадокс современного машинного интеллекта состоит в том, что чем убедительнее и стабильнее выглядит его работа, тем выше риск некритического доверия и тем тяжелее последствия систематических ошибок. Следовательно, научная состоятельность экзоспекции зависит не от тезиса «ИИ

объективнее человека», а от того, насколько строго будут определены зоны, где ИИ способен дать воспроизводимое и проверяемое знание, и зоны, где его выводы требуют ограничений, контрмер и институционального контроля (Popper, 1959; Goodman, Fanelli, Ioannidis, 2016).

Прежде всего необходимо различить две категории ограничений: эпистемологические и инженерные. Эпистемологические ограничения связаны с тем, что психика как объект измерения имеет сложную, контекстуальную и частично неявную структуру. Инженерные ограничения связаны с тем, что конкретные алгоритмы обучаются на ограниченных данных, используют приближения и взаимодействуют с реальными каналами ввода, которые неизбежно шумны. Эти категории постоянно переплетаются. Например, «контекстуальность симптома» — эпистемологическая характеристика, но её последствия проявляются инженерно: модель, обученная на одном контексте, систематически ошибается в другом. Поэтому уязвимости ИИ-экзоспекции следует рассматривать как единый контур рисков, в котором ошибки данных, модели, интерпретации и внедрения усиливают друг друга.

Одной из центральных уязвимостей является проблема смещения данных и репрезентативности. Любая обучающая выборка отражает социальную и клиническую реальность той системы, где она была собрана: её языки, нормы обращения за помощью, диагностические традиции, доступность лечения, преобладающие коморбидности, возрастные и гендерные структуры, а также «стили» врачебного описания. В психиатрии это особенно критично, поскольку клиническая реальность не является «естественной выборкой»: она формируется через фильтры обращения, стигмы, правовых режимов, организационных практик и культурных моделей страдания. Если ИИ-экзоспекция обучена на данных одной страны или одной клиники, её выводы могут быть неприменимы к другой среде, даже если используются те же диагностические рубрики МКБ-10/11. Тем самым возникает риск ложной универсальности: система демонстрирует высокую точность на «своих» данных, но теряет валидность при переносе (Mitchell, 1997; Pearl, 2018). Проблема усиливается тем, что в психиатрии значительная часть данных выражена в языке: симптомы нередко описываются метафорами, а жалобы зависят от культурно допустимых форм высказывания. Следовательно, переносимость моделей речи и нарратива требует отдельной валидации, а в многоязычных средах — построения специальных лингвистических мостов, иначе ИИ будет не измерять психическое состояние, а измерять особенности языка, образования и социального положения.

С репрезентативностью тесно связана проблема скрытых конфаундеров и ложных корреляций. Машинное обучение эффективно извлекает статистические зависимости, но оно не различает, что является причинным фактором, а что — случайным маркером контекста. В медицинских задачах широко известны примеры, когда модели «узнают» не болезнь, а особенности устройства, клиники или рутинного процесса, которые коррелируют с диагнозом. В психиатрии аналогичная опасность возникает постоянно: модель может «распознавать» не депрессию, а стиль письма людей определённого социального слоя; не

психоз, а особенности коммуникации пациента с низким уровнем доверия к системе; не тревожное расстройство, а наличие соматических жалоб в определённой формулировке. Эти ложные корреляции могут давать впечатляющую точность внутри одного контекста и приводить к катастрофическим ошибкам при его изменении. Эпистемологическая проблема здесь в том, что психиатрические конструкторы опосредованы поведением и языком, а инженерная — в том, что модель не знает, какие признаки «правильные». Поэтому для экзоспекции принципиально важно включать в разработку методы причинного мышления и проверки устойчивости признаков при изменении контекстов, а также вводить протоколы внешней валидации на независимых данных (Pearl, 2018; Vapnik, 1995).

Другая фундаментальная уязвимость — дрейф данных во времени, то есть изменение статистических свойств входов и исходов. В психиатрии дрейф особенно выражен, потому что психическое состояние человека динамично, но также потому, что меняются культурные практики общения и технологий. Достаточно незначительного изменения интерфейса приложения, микрофона, освещения, параметров сжатия аудио или привычек пользователя, чтобы распределение признаков изменилось. Модель, которая была калибрована на одном типе аудиозаписей, может систематически иначе оценивать темп речи или паузы на другом устройстве; модель, анализирующая мимику, может ошибаться из-за различий в камерах или из-за того, что пользователи по-разному располагают телефон. Эти эффекты выглядят «техническими», но их клинические последствия — эпистемологические: изменяется сам смысл измеряемого параметра. Поэтому экзоспективные системы должны мыслиться как подлежащие постоянному мониторингу качества и периодической перекалибровке, иначе воспроизводимость (внутри версии) будет сочетаться с деградацией валидности (в реальности) (Bishop, 2006; Peng, 2011).

Отдельный класс ограничений связан с тем, что психиатрические категории МКБ-10/11 являются клиническими конструкциями, а не прямыми природными видами. МКБ создаёт язык согласования и практической классификации, но не гарантирует, что под одной рубрикой скрывается единый механизм. Коморбидность и спектральность являются нормой: депрессивные синдромы смешиваются с тревожными; травматический опыт модифицирует личностные реакции; субклинические психотические переживания могут возникать на фоне аффективной нестабильности; употребление психоактивных веществ усложняет клиническую картину. Для ИИ-экзоспекции это означает, что «учебная задача» классификации по диагнозам может быть эпистемологически неправильно поставлена: модель будет вынуждена учиться на метках, которые сами отражают компромисс клинической практики. Тогда система будет воспроизводить «диагностическую культуру» данных, а не психопатологическую структуру. Более продуктивной оказывается задача построения профиля состояния и вероятностного распределения по синдромам и рискам, что согласуется с логикой экзоспекции. Но даже в этом случае остаётся ограничение: алгоритм будет оперировать теми феноменами, которые представлены в данных, и может плохо

захватывать редкие, сложные или плохо описываемые явления, включая феноменологически тонкие нарушения самосознания, нюансы бредовой фабулы и субъективное качество переживания. То, что не имеет устойчивого внешнего следа, трудно экзоспектировать, и это не недостаток ИИ, а свойство объекта (Jaspers, 1913; Kendler, 2016).

Далее следует затронуть проблему измерения через прокси-переменные, то есть через косвенные индикаторы. Экзоспекция в значительной степени неизбежно опирается на прокси: речь как прокси мышления, поведение как прокси внутреннего конфликта, активность и сон как прокси аффективной динамики, физиологические маркеры как прокси стресса. Но прокси опасны тем, что они могут «отрываться» от целевого конструкта. Человек может говорить медленно из-за акцента, усталости, медикаментозной седации или особенностей личности, а не из-за депрессии; может быть гиперактивным из-за работы или родительских обязанностей, а не из-за гипомании; может иметь тахикардию из-за соматического заболевания или кофеина, а не из-за тревоги. Клиническое мышление умеет учитывать эти альтернативы через анамнез и контекст; алгоритм же, если он не имеет доступа к контексту, будет систематически путать уровни объяснения. Поэтому экзоспективные системы должны быть контекстно-информированными: они требуют встроенного сбора данных о лекарствах, соматическом статусе, графике сна, жизненных событиях и других модификаторах. В противном случае «объективность» будет только видимостью, а ошибки будут иметь характер систематических атрибуций (Kahneman, 2011; Gigerenzer, 2002).

Особое место занимает уязвимость объяснимости и интерпретируемости. В клинической и экспертной практике важно не только «что» система предсказала, но и «почему» и «на каких основаниях». Врач несёт ответственность за решение, а эксперт — за вывод, который может иметь юридические последствия. Если ИИ выдаёт вероятности без объяснения, то он превращается в авторитет без оснований. В философии науки это напоминает ситуацию «оракула», где знание не интегрируется в общую систему проверяемых аргументов. Современные подходы к объяснимости, включая локальные аппроксимации и методы выявления важных признаков, предлагают частичные решения, но они сами могут быть нестабильны и вводить ложное чувство понимания (Ribeiro, Singh, Guestrin, 2016; Lipton, 2018). Поэтому в экзоспекции следует различать два типа объяснения: вычислительное и клиническое. Вычислительное объяснение описывает, какие признаки повлияли на решение модели; клиническое объяснение связывает эти признаки с психопатологическими концептами и альтернативными гипотезами. Без клинического слоя объяснимость остаётся техническим отчётом, который не превращается в медицинское знание. Это означает, что экзоспективная система должна проектироваться так, чтобы поддерживать клиническую интерпретацию, а не заменять её.

Следующая уязвимость — калибровка неопределённости и риск «уверенной ошибки». В психиатрии многие решения принимаются при неполной информации, и потому корректное представление неопределённости является

не роскошью, а этическим требованием. Однако модели часто склонны быть избыточно уверенными, особенно на данных, отличных от обучающих. Это превращает ИИ в источник когнитивной ошибки у врача: человек склонен доверять уверенным числам, даже если они неадекватны. Поэтому экзоспекция требует не только алгоритмической воспроизводимости, но и метрик надёжности, мониторинга калибровки, механизмов выявления «выхода за пределы области применимости» и корректных режимов отказа, когда система должна сказать не «да/нет», а «данных недостаточно» (Dawid, 1982; Niculescu-Mizil, Caruana, 2005). В противном случае ИИ будет не снижать субъективность, а дисциплинировать её в сторону ложной уверенности.

К уязвимостям относится и так называемая деградация человеческого суждения при взаимодействии с алгоритмами. Психология принятия решений показывает, что при наличии внешней подсказки человек либо чрезмерно полагается на неё, либо, напротив, демонстративно сопротивляется ей. В клинике оба сценария опасны: первый ведёт к снижению клинической внимательности и к «ленивой» диагностике; второй — к игнорированию полезного инструмента. В экзоспекции этот эффект усугубляется тем, что система часто будет восприниматься как «внешний наблюдатель», то есть как более объективный судья. Следовательно, внедрение ИИ должно включать не только техническое обучение, но и формирование культуры совместного решения, где врач сохраняет роль интерпретатора, а ИИ — роль измерителя. Это соответствует принципу, согласно которому экзоспекция — инструмент, а не замена человека, но теперь он приобретает конкретную когнитивную форму: врач должен уметь критиковать алгоритм так же, как он критикует собственную интуицию (Kahneman, 2011; Popper, 1959).

Отдельно необходимо обсудить уязвимость манипулируемости и симуляции. Психиатрическая практика, особенно судебная, всегда сталкивалась с симуляцией и диссимуляцией. Экзоспекция добавляет новую сцену: человек может пытаться «обмануть систему», подстраивая речь, мимику, активность или ответы под ожидаемые признаки. С одной стороны, это ограничение не уникально: люди могут симулировать и перед врачом. С другой стороны, ИИ может оказаться более уязвимым к целевым стратегиям, если его критерии становятся известны. В машинном обучении известны феномены «адверсариальных» воздействий, когда небольшие изменения входа приводят к значимому изменению вывода. В поведенческой экзоспекции аналогом являются стратегические изменения поведения. Следовательно, система должна быть спроектирована так, чтобы использовать многоканальные данные, выявлять несогласованности между каналами и оценивать вероятности симуляции как отдельный риск, а не как «помеху». При этом следует избегать опасного упрощения: подозрение в симуляции не должно автоматически становиться выводом системы, поскольку это область высокой цены ошибки и высокой нормативной нагрузки (Goodfellow, Shlens, Szegedy, 2015).

Не менее серьёзна проблема конфиденциальности и безопасности данных, которая в контексте экзоспекции приобретает эпистемологическое изме-

рение. Экзоспекция предполагает сбор больших массивов чувствительной информации: речи, видеоданных, физиологических параметров, контекстных метаданных. Утечка или неправомерное использование этих данных способна нанести человеку прямой вред, но также способна подорвать доверие к системе и тем самым разрушить саму возможность накопления знаний. В гуманитарных и медицинских науках доверие является условием доступа к данным, а значит, и условием познания. Поэтому безопасность и этика здесь — не «внешние» ограничения, а внутренняя часть научной методологии экзоспекции. Кроме того, конфиденциальность влияет на качество данных: если человек опасается наблюдения, он будет менять поведение и язык, что создаёт систематическое искажение. Следовательно, эпистемология экзоспекции неизбежно включает правовые и организационные механизмы защиты данных, а также прозрачные режимы информированного согласия.

Далее следует отметить уязвимость «протокольной» редукции. Когда измерение становится возможным, появляется соблазн измерять только то, что легко измеряется. В психиатрии это особенно опасно: многие ключевые феномены находятся в области смыслов, отношений, биографического контекста, и их редукция к внешним параметрам может привести к утрате сущностного. Экзоспекция, если она будет построена как чисто поведенческая и физиологическая аналитика, рискует стать новой версией бихевиоризма, но уже технологического. Между тем феноменологическая традиция психопатологии подчёркивает, что психические расстройства затрагивают структуру переживания, а не только наблюдаемое поведение (Jaspers, 1913). Это не аргумент против экзоспекции, а аргумент за её правильное позиционирование: ИИ может расширить слой наблюдаемых коррелятов, но не заменяет феноменологического понимания. В противном случае экзоспекция может укрепить ту самую «субъективность», против которой она направлена: врач будет вынужден домысливать внутренний мир пациента из неполных внешних метрик, и домыслы станут ещё менее контролируемыми.

К уязвимостям относится и нормативная неопределённость, особенно при переходе от клинических решений к экспертным. В судебной психиатрии выводы имеют правовые последствия, а юридические конструкции (вменяемость, способность понимать значение действий, способность руководить ими) не являются медицинскими диагнозами. Экзоспекция может предоставить дополнительные данные о когнитивной организованности речи, критике, импульсивности, динамике аффекта, но не может сама по себе заменить юридическую интерпретацию. Опасность возникает тогда, когда алгоритмические параметры начинают восприниматься как прямые юридические индикаторы. Это логическая ошибка категории: смешение дескриптивного и нормативного. Поэтому внедрение ИИ-экзоспекции в судебной области требует жёсткого разграничения: алгоритм описывает вероятностные профили и индикаторы, но вывод о юридически значимом состоянии остаётся компетенцией эксперта и суда. Если это разграничение не соблюдается, экзоспекция может стать инструментом

«технического авторитаризма», где цифры подменяют правовую процедуру (Popper, 1959).

Наконец, существует уязвимость институционального характера: конфликт интересов и коммерциализация. ИИ-системы часто создаются в логике продукта, где важны скорость вывода на рынок, привлекательность интерфейса и демонстрационные метрики. Но экзоспекция, претендующая на роль измерительного аппарата психики, должна жить в логике научного инструмента: с открытыми протоколами валидации, независимыми проверками, ясными границами применимости и механизмами ответственности. Если коммерческая логика начнёт доминировать, то будут скрываться ошибки, преувеличиваться точности, и создастся эффект «технологического плацебо»: система будет восприниматься как научная только потому, что она цифровая. Для психиатрии это риск не только клинический, но и исторический: она уже переживала периоды, когда методологически слабые подходы становились массовыми из-за социальной востребованности. Экзоспекция должна избежать повторения этой траектории, иначе она дискредитирует сама себя.

Подводя итог, ограничения и уязвимости ИИ-экзоспекции не являются аргументом против самой идеи внешнего наблюдателя. Напротив, они задают условия её научной зрелости. Экзоспективный агент может стать источником нового знания лишь при признании того, что он вводит новые типы ошибок: смещения данных, ложные корреляции, дрейф, прокси-редукции, проблемы объяснимости, уверенные ошибки, когнитивную деградацию у пользователя, манипулируемость, риски конфиденциальности, нормативные смещения и институциональные искажения. Всякий раз, когда эти риски описаны и встроены в протоколы контроля, экзоспекция приближается к статусу научного метода; всякий раз, когда они игнорируются, экзоспекция становится идеологией «цифровой объективности». Именно поэтому в следующем разделе книги, переходя к данным и каналам измерения, необходимо будет постоянно удерживать двойную перспективу: расширение наблюдаемости и дисциплину ограничения, потому что только их единство делает возможной объективность в гуманитарной медицине.

ОТДЕЛ III. ДАННЫЕ ДЛЯ ЭКЗОСПЕКЦИИ: ЧТО МОЖНО НАБЛЮДАТЬ И ИЗМЕРЯТЬ

Глава 7. Психика как система феноменов и параметров

7.1. Симптом как наблюдаемый параметр

Переход от эпистемологических оснований экзоспекции к проблеме данных означает смену языка описания: от рассуждений об объективности и субъекте наблюдения — к вопросу о том, что именно в психике может быть зафиксировано, измерено и воспроизведено. В классической клинической психиатрии симптом выступает как минимальная единица описания психопатологии, однако его статус долгое время оставался двойственным: с одной стороны, симптом претендует на «объективность» как факт клинического наблюдения, с другой — он неизбежно опосредован интерпретацией, культурой и языком. Экзоспекция вводит принципиально иной ракурс: симптом рассматривается не как «словесная метка», поставленная врачом, а как наблюдаемый параметр системы — то есть как переменная, которая может быть определена операционально, сопоставлена с источниками данных, количественно оценена и включена в алгоритмические модели анализа. Тем самым симптом перестаёт быть исключительно феноменологическим событием встречи пациента и врача и становится элементом измерительной схемы, в которой важны не только смысл и клиническая значимость, но и наблюдаемость, устойчивость, воспроизводимость и чувствительность к изменениям состояния (Jaspers, 1913; Hempel, 1965; Boring, 1923).

Чтобы симптом мог стать параметром, он должен быть переведён из «описательного языка клиники» в «язык наблюдения», не утратив при этом клинического значения. В этом месте возникает ключевое напряжение экзоспекции: феноменологическая психопатология исторически исходила из первичности переживания и качества опыта, подчёркивая, что психические явления не сводимы к внешнему поведению или физиологическим коррелятам (Jaspers, 1913). Однако экзоспекция не отрицает феноменологию; она вводит дополнительный слой: рассматривает феномен как многоканально проявляющийся паттерн, который оставляет следы в речи, голосе, мимике, моторике, автономной регуляции, темпоральной организации активности, а также в структуре взаимодействия человека со средой. В традиционной клинике многие из этих следов улавливаются «вручную» — через впечатление врача, через наблюдение в кабинете, через не прямые вопросы. В экзоспекции задача ставится иначе: выявить такие наблюдаемые компоненты симптома, которые могут быть фиксированы объективируемыми средствами и сопоставлены между разными наблюдателями и разными моментами времени. Это и есть переход от симптома как события интерпретации к симптому как параметру системы (Popper, 1959; Pearl, 2018).

Прежде чем описывать метод измерения, необходимо уточнить, что в психиатрии симптом не равен «сигналу» в физическом смысле. Симптом — это клиническая единица, включающая не только проявление, но и его контекст, длительность, влияние на функционирование, а часто и субъективную оценку страдания. Поэтому в экзоспекции симптом следует понимать как конструкцию, имеющую, по меньшей мере, три слоя. Первый слой — феноменологический: то, как переживание дано человеку, как оно структурировано в субъективном опыте. Второй слой — поведенческий и коммуникативный: то, как переживание проявляется во внешнем фенотипе — речи, действиях, темпе реагирования, мимике, социальных паттернах. Третий слой — физиологический и регуляторный: то, какие изменения сопровождают переживание на уровне автономной нервной системы, сна, активности, циркадных ритмов. Экзоспекция работает главным образом со вторым и третьим слоями, но не может корректно интерпретировать их без отсылки к первому. Следовательно, экзоспективная операционализация симптома должна быть устроена так, чтобы сохранять связь с клиническим смыслом, иначе параметр превратится в пустую метрику, измеряющую не психопатологию, а стиль общения или особенности среды (Kendler, 2016).

В этом контексте полезно различить «симптом» и «признак» (sign) в классическом медицинском значении. В соматической медицине признак может быть обнаружен независимо от субъективного опыта пациента — например, изменение лабораторного показателя. В психиатрии же многие симптомы по определению связаны с субъективностью: тревога, депрессивная тоска, навязчивость, чувство отчуждения. МКБ-10/11, формализуя диагностику, вынуждены переводить эти явления в описательные критерии, пригодные для клинического соглашения. Экзоспекция делает следующий шаг: она пытается построить мост от описательных критериев к наблюдаемым параметрам. Например, если критерий говорит о «снижении активности» или «психомоторной заторможенности», то экзоспекция задаёт вопрос: какие конкретные измеримые проявления соответствуют этому описанию? Это могут быть характеристики моторики, темпа речи, латентности ответа, вариативности активности по данным носимых устройств, структурные изменения дневного режима. Но важно, что эти проявления сами по себе ещё не являются «симптомом» — они становятся компонентами симптома только в рамках клинической интерпретации и в контексте исключения альтернативных причин (Bishop, 2006; Kahneman, 2011).

Именно поэтому в экзоспекции принципиально важна операциональная дефиниция симптома. Понятие операционализации, введённое в науку как требование связывать теоретические термины с процедурами измерения, в психиатрии приобретает особую строгость: если симптом не связан с процедурами наблюдения, он остаётся недоступным для воспроизводимого анализа (Boring, 1923; Hempel, 1965). Операциональная дефиниция симптома в экзоспекции должна включать описание того, какие каналы данных используются, какой временной горизонт рассматривается, какие параметры вычисляются, как учи-

тывается контекст и каким образом исключаются систематические смещения. Например, симптом «паническая атака» в МКБ-10/11 описывается как эпизод интенсивного страха с соматическими проявлениями и когнитивными компонентами; экзоспективная операционализация может включать сочетание резкого роста частоты сердечных сокращений и вариабельности, изменения дыхательного паттерна, специфических характеристик речи в момент эпизода, а также саморепорта, фиксируемого сразу после события. Но даже в этом «идеальном» случае остаётся проблема: подобный паттерн может возникать при соматических состояниях, при физической нагрузке, при приёме стимуляторов. Следовательно, операциональная дефиниция обязана содержать контекстные условия применимости и процедуры контроля (Pearl, 2018).

Другая фундаментальная характеристика симптома как параметра — его темпоральная структура. Клиническое интервью, как правило, фиксирует симптом ретроспективно: пациент вспоминает, врач уточняет, интерпретирует и записывает. Экзоспекция расширяет временную ось: симптом рассматривается не только как факт «наличия/отсутствия», но как процесс, имеющий начало, динамику, вариативность и связи с внешними событиями. Это соответствует системному представлению психики: психическое состояние проявляется в паттернах изменения, а не только в статических описаниях. Следовательно, экзоспективный симптом имеет не бинарную, а параметрическую природу: интенсивность, длительность, частота, вариабельность, ритмичность. В классической психопатологии эти свойства описывались качественно; экзоспекция стремится связать их с измеряемыми временными рядами, что делает возможным мониторинг, прогноз и оценку эффекта терапии (Bishop, 2006; Peng, 2011).

Однако темпоральность симптомов в психиатрии не сводится к рядам «сигналов». Многие симптомы обладают контекстной зависимостью и нелинейностью. Например, тревога может возражать не плавно, а скачкообразно, в зависимости от триггеров; депрессивное состояние может демонстрировать утреннее ухудшение и вечернее облегчение; бредовые идеи могут усиливаться в определённых социальных ситуациях; суицидальные мысли могут иметь эпизодический характер, возникая на фоне конкретных событий. Эти особенности делают простую агрегацию данных (например, усреднение) методологически неверной: усреднение «стирает» клинически значимые пики и переходы. Следовательно, экзоспекция должна включать понятие событийности: симптом как параметр должен быть способен фиксировать не только уровень, но и моменты перехода, критические эпизоды, изменения режима функционирования. Здесь возникает необходимость в моделях, чувствительных к структурным сдвигам и к контекстным меткам, иначе данные станут «многочисленными, но клинически слепыми» (Pearl, 2018; Popper, 1959).

Симптом как наблюдаемый параметр также требует обсуждения валидности. В психиатрии различают, по меньшей мере, содержательную валидность (соответствует ли измеряемое тому, что клиника называет симптомом), конструктивную валидность (отражает ли параметр теоретическую структуру явления), и критериальную валидность (связан ли параметр с внешними критери-

ями — диагнозом, исходом, ответом на терапию). Экзоспекция добавляет специфический вид валидности — валидность наблюдаемости: воспроизводится ли параметр при смене устройств, условий записи, культурного контекста, языка. Если параметр «ломается» при смене микрофона или при переходе на другой язык, то он не является устойчивым компонентом симптома, даже если показывает высокую точность в лабораторных условиях. Следовательно, экзоспективные симптомы должны строиться как инварианты относительно несущественных факторов, иначе система будет измерять среду, а не психическое состояние (Mitchell, 1997; Vapnik, 1995).

В связи с этим необходимо ввести понятие «симптомного профиля» как более адекватной единицы экзоспективного анализа, чем одиночный симптом. В реальной клинике симптомы редко существуют изолированно: они образуют кластеры и синдромы, а их взаимосвязь несёт диагностическую информацию. Например, для депрессивного расстройства существенны не только сниженное настроение и ангедония, но и изменения сна, аппетита, энергии, когнитивные и соматические компоненты; для тревожных расстройств значимы сочетания когнитивной тревоги, вегетативной активации, избегания и гипervнимания к угрозе. МКБ-10/11 формализуют эти сочетания через критерии и перечни, но экзоспекция должна рассматривать их как структуру параметров, связей и динамик. Тогда симптомный параметр становится частью многомерного пространства, в котором важны корреляции, временные лаги, ведущие и ведомые компоненты. Это согласуется с общей идеей экзоспекции как перехода от «описания» к «профилю состояния» и подготавливает почву для дальнейших разделов о временных рядах и контексте (Kendler, 2016).

Тем не менее, следует подчеркнуть принципиальное ограничение: не всякий психопатологический феномен имеет надёжный внешний коррелят, пригодный для измерения. Некоторые ключевые явления — например, тонкие нарушения самосознания, определённые формы дереализации, качественные изменения переживания смысла или «внутренней очевидности» — могут проявляться в речи или поведении, но эти проявления не обладают достаточной специфичностью. Экзоспекция здесь сталкивается с границей: она может фиксировать вероятностные индикаторы, но не может заменить феноменологического уточнения через диалог. Следовательно, экзоспективное понимание симптома как параметра не должно претендовать на исчерпывающее описание психики; оно должно быть построено как дополнительный слой объективируемых наблюдений, интегрируемый с клиническим интервью. В противном случае экзоспекция рискует попасть в редукционизм, описанный ранее как «протокольная редукция», когда измеряется только то, что измеримо, а не то, что клинически существенно (Jaspers, 1913; Popper, 1959).

С практической точки зрения, перевод симптома в параметр требует ещё одного уточнения: различения параметров первого и второго порядка. Параметры первого порядка — это относительно прямые измерения: частота сердечных сокращений, длительность сна, количество шагов, скорость речи, длительность пауз. Параметры второго порядка — это вычисленные индексы, объ-

единяющие несколько измерений и контекстные условия в клинически осмысленную метрику: индекс психомоторной заторможенности, индекс тревожной реактивности, показатель флуктуации аффекта. Экзоспекция преимущественно опирается на параметры второго порядка, поскольку именно они приближаются к клиническим конструкциям, но именно они же несут риск потери прозрачности и валидности. Поэтому для каждого параметра второго порядка необходима строгая трассируемость к исходным данным и клиническим определениям. Иначе появляется «чёрный ящик симптома»: цифра есть, но её связь с психопатологией не доказана. Этот вопрос напрямую связывает данную подглаву с последующими — о поведении, временных рядах и контексте, поскольку без них симптомный параметр неизбежно будет либо слишком грубым, либо слишком зависимым от среды (Lipton, 2018; Ribeiro, Singh, Guestrin, 2016).

Особое значение имеет то, что экзоспекция должна быть совместима одновременно с МКБ-10/11, не смешивая их как «взаимозаменяемые списки симптомов», а понимая различия концептуальных рамок. МКБ-11 в ряде областей стремится к большей клинической полезности и гибкости описаний, вводит более выраженную ориентацию на спектры и на функционирование, а также предполагает иной стиль построения диагностических руководств по сравнению с МКБ-10. Для экзоспекции это означает, что симптомные параметры должны проектироваться так, чтобы поддерживать разные уровни классификации: от единичных феноменов и синдромов — к диагностическим рубрикам и спецификаторам, и, дополнительно, к измерениям функционирования и рисков. Тогда система сможет работать в условиях различающихся клинических традиций и переходных периодов, когда МКБ-10 ещё используется, а МКБ-11 уже внедряется. Этот «двойной стандарт» не является недостатком; он является реальностью международной психиатрии, и экзоспекция, претендующая на универсальность, обязана быть построена с учётом этой реальности.

Наконец, симптом как наблюдаемый параметр должен быть включён в этическую рамку. В психиатрии симптом часто связан со стыдом, страхом оценки, риском стигмы. Когда симптом становится параметром, он превращается в данные, а данные — в объект возможного управления, контроля и даже санкций. Следовательно, сама процедура измерения симптома должна быть устроена так, чтобы защищать субъектность пациента: информированное согласие должно быть содержательным, а не формальным; пациент должен понимать, что именно измеряется, как интерпретируется и какие последствия могут иметь выводы. В противном случае экзоспекция может стать инструментом внешнего контроля над человеком, что разрушит её медицинскую и научную легитимность. Этот аспект не является «внешним» по отношению к данным: он определяет качество и достоверность данных, поскольку поведение человека меняется под взглядом наблюдателя, особенно если этот взгляд воспринимается как угрожающий. В экзоспекции этот эффект должен быть признан и включён в дизайн исследования и практики (Foucault, 1975).

Таким образом, симптом в экзоспективной парадигме следует понимать как клинически осмысленный и операционально определённый параметр пси-

хической системы, проявляющийся в многоканальных данных и описываемый во временной динамике. Его научная пригодность определяется не декларацией объективности, а процедурной воспроизводимостью, валидностью, устойчивостью к контекстным смещениям и способностью интегрироваться с клиническим смыслом. Это понимание создаёт основание для следующего шага — рассмотрения поведения как внешнего фенотипа психики, где симптомные параметры получают своё «естественное поле» наблюдения и станут частью системной модели психического состояния.

7.2. Поведение как внешний фенотип психики

Если в предыдущей подглаве симптом рассматривался как клинически осмысленный параметр, требующий операционализации, то теперь фокус закономерно смещается к тому «полю наблюдаемости», в котором симптомные параметры становятся доступными внешнему фиксированию. Таким полем является поведение. В экзоспективной логике поведение выступает не просто как сопутствующий фон переживания, а как внешний фенотип психики — то есть как совокупность наблюдаемых проявлений внутренней регуляции, мотивации, аффекта и когнитивной организации, разворачивающихся во времени и в среде. Понятие фенотипа, перенесённое из биологии в поведенческие науки, подчёркивает, что наблюдаемое является результатом взаимодействия внутренних предрасположенностей и контекстных условий; оно не является прямым «отпечатком» скрытой сущности, но представляет собой устойчивый, хотя и вариативный, рисунок проявлений, поддающийся описанию и сравнению (Tinbergen, 1963; Kendler, 2016). Для психиатрии это означает, что поведение — центральный носитель данных: именно через него психическое состояние становится внешне доступным, и именно оно обеспечивает мост между феноменологией и измерением.

Исторически психиатрия всегда опиралась на наблюдение поведения, даже когда считала свою основу интерспективной. Врач фиксирует не только то, что пациент рассказывает, но и то, как он говорит, насколько охотно вступает в контакт, как удерживает внимание, как реагирует на уточняющие вопросы, как организует повествование, какие проявления психомоторики доминируют в кабинете. Однако традиционная клиника редко превращала эти наблюдения в стандартизируемые измерения; они оставались частью «клинического впечатления», зависящего от опыта наблюдателя и от особенностей ситуации. Экзоспекция радикализирует этот аспект: она трактует поведение как главный слой данных, подлежащий системной фиксации, формализации и сопоставлению. Это не отменяет клинического опыта, но стремится заменить неявные критерии — явными процедурами наблюдения, а интуитивные сопоставления — воспроизводимыми моделями (Popper, 1959; Kahneman, 2011).

Ключевое методологическое различие заключается в том, что поведение в экзоспекции рассматривается как многомерный объект. В бытовом представлении поведение — это набор действий, доступных непосредственному наблю-

дению: человек пришёл на работу или не пришёл, общается или избегает, активен или пассивен. В экзоспективной парадигме поведение включает также микроструктуру действий и коммуникаций: темп, вариативность, переключаемость, последовательность, латентность ответов, регулярность социальных контактов, топологию перемещений, паттерны использования цифровой среды, а также степень согласованности между намерениями и выполнением. Этот многомерный подход соответствует современным теориям саморегуляции и когнитивного контроля, где именно организация поведения рассматривается как внешний индикатор внутренней динамики систем внимания, мотивации и аффекта (Miller, Cohen, 2001; Friston, 2010).

Однако для психиатрии особенно важно, что поведение не нейтрально: оно несёт клинический смысл. МКБ-10/11, несмотря на различия в структуре и стиле, систематически включают поведенческие критерии в диагностические описания. Это проявляется, например, в критериях депрессии, где фигурируют психомоторная заторможенность или ажитация, снижение активности и инициативы; в описаниях маниакальных эпизодов, где подчёркивается повышенная активность, рискованное поведение, расторможенность; в тревожных расстройствах, где важнейшим элементом является избегание; в расстройствах личности, где устойчивые паттерны поведения и межличностных отношений составляют саму сущность диагноза; в расстройствах шизофренического спектра, где нарушения поведения могут отражать дезорганизацию, кататонические феномены или дефицитарные изменения. Следовательно, поведение является не «вторичным» по отношению к симптомам, а одним из способов существования симптомов во внешнем мире.

Тем не менее, понимание поведения как фенотипа психики требует строгого различения между поведением как носителем информации и поведением как объектом нормативной оценки. История психиатрии содержит множество примеров, когда необычное или социально нежелательное поведение ошибочно принималось за признак патологии, а культурные различия — за клинические симптомы. Поэтому экзоспекция обязана строиться на эпистемологической осторожности: внешняя наблюдаемость не эквивалентна патологичности. Поведенческий параметр становится клинически значимым только тогда, когда он соотнесён с функционированием, страданием, нарушением адаптации, устойчивостью во времени и дифференциально-диагностическим контекстом. Эта позиция согласуется с современной критикой «категориального морализма» в психиатрической диагностике и с требованиями культурной валидности диагностических систем (Kleinman, 1987).

Чтобы поведение стало пригодным для экзоспективного анализа, оно должно быть описано как система признаков, связанных с определёнными психическими функциями. В классической психопатологии подобные связи описывались через синдромологию: изменения поведения трактовались как проявления нарушений аффекта, мышления, воли, побуждений. Экзоспекция не отказывается от этих связей, но требует их операционализации. Например, снижение инициативы и активности можно рассматривать как фенотип нарушенной

мотивационной регуляции и энергетического компонента аффекта; избегание — как фенотип тревожной регуляции угрозы; импульсивные действия — как фенотип нарушенного контроля и повышенной реактивности; социальная изоляция — как фенотип либо депрессивной ангедонии, либо негативной симптоматики, либо аутизации, либо вторичной реакции на паранойяльные убеждения. Отсюда следует важный вывод: поведенческий фенотип редко специфичен к одному расстройству, и экзоспекция должна опираться не на одиночные признаки, а на конфигурации и динамические связи между ними (Kendler, 2016; Pearl, 2018).

В рамках экзоспекции поведение можно концептуализировать как «внешний интерфейс» психики со средой. Эта метафора полезна, поскольку подчёркивает двусторонность процесса: психика проявляет себя через поведение, но и среда формирует поведение, изменяя то, что будет наблюдаемо. Таким образом, наблюдение поведения никогда не является простым считыванием внутреннего состояния; оно есть измерение системы «человек—контекст». В современной когнитивной науке и нейронауке подобная позиция поддерживается моделями, которые рассматривают действие как часть процесса восприятия и предсказания, а не как вторичную реакцию (Friston, 2010). Для экзоспекции это означает, что параметры поведения должны сопровождаться параметрами контекста, иначе интерпретация будет систематически ошибочной. Именно поэтому данная подглава логически ведёт к последующим — о временных рядах и о контексте как части психического профиля.

Особую сложность представляет различие «естественного» поведения и поведения в условиях наблюдения. Клинический кабинет создаёт специфическую ситуацию: пациент может мобилизоваться, скрывать симптомы, демонстрировать социально желательные реакции или, напротив, усиливать проявления в зависимости от мотивации. Этот феномен известен в психологии и социологии как эффект наблюдателя, а в клинике — как один из источников диагностических искажений, включая симуляцию и диссимуляцию, столь значимые для судебной психиатрии. Экзоспекция, расширяя наблюдение в реальную среду, потенциально уменьшает влияние «кабинетного эффекта», но не устраняет его полностью: цифровое наблюдение также меняет поведение, порождая самоконтроль, тревогу или сопротивление. Следовательно, одна из задач экзоспекции — не только измерять поведение, но и учитывать метаповедение: то, как человек меняет действия в ответ на сам факт мониторинга. Если этот слой не включён, система будет ошибочно приписывать изменения состояния тому, что является реакцией на наблюдение (Foucault, 1975; Kahneman, 2011).

Рассмотрим теперь, как поведение соотносится с ключевыми диагностическими доменами МКБ-10/11, не в виде перечисления, а в виде принципа: большинство психических расстройств обнаруживают себя через нарушение регуляции поведения. При депрессивных состояниях поведенческий фенотип часто включает сокращение репертуара действий, снижение скорости и инициативы, увеличение времени бездеятельности, уменьшение социальных контактов и увеличение рутинизации; при мании и гипомании — расширение репер-

туара действий, ускорение, рост числа контактов, снижение критики к последствиям, повышение рискованности; при тревожных расстройствах — усиление избегания, «сканирование угрозы», рост проверок и ритуализированных форм самозащиты; при ОКР — навязанные повторения и специфические паттерны проверки; при психотических расстройствах — дезорганизация последовательностей действий, нарушения целенаправленности, странность поведения, кататонические феномены или редукция активности; при расстройствах личности — устойчивые межличностные сценарии, которые проявляются как повторяющиеся паттерны конфликтов, манипулятивности, импульсивности, нестабильности. Эти фенотипы не являются абсолютными и требуют интерпретации, но они демонстрируют, почему поведение является центральным «каналом данных» для экзоспекции: оно позволяет наблюдать психическое состояние в действии, а не только в рассказе.

На этом основании формулируется принцип экзоспективной психиатрии: поведение является наблюдаемым фенотипом не потому, что оно «объективнее» переживания, а потому, что оно доступно многоканальной фиксации и сопоставлению во времени. Переживание может быть описано только через язык и доверие; поведение может быть фиксировано через множество независимых процедур, включая прямое наблюдение, цифровые следы, моторные паттерны, речевые характеристики и физиологические корреляты. Однако эта доступность не делает поведение истинным в последней инстанции. Она делает его измеримым, а значит — пригодным для построения моделей, выявляющих вероятностные связи между наблюдаемым и клиническим состоянием. Экзоспекция, таким образом, должна быть понята как дисциплина не «обнаружения истины по поведению», а построения вероятностных выводов о психическом состоянии на основе поведенческих данных, причём выводов, ограниченных контекстом и проверяемых клинической интерпретацией (Pearl, 2018; Popper, 1959).

Важным эпистемологическим следствием становится необходимость различать уровень фенотипа и уровень объяснения. Поведение — фенотип; диагноз — объяснительная конструкция, соотносящая фенотип с определёнными моделями патологии и с клиническими последствиями. В традиционной психиатрии эта разница нередко размывалась: поведенческое описание сразу «поднималось» до диагноза, минуя строгую процедуру сопоставления альтернатив. Экзоспекция, напротив, требует удерживать эти уровни отдельно. Она должна сначала описать поведенческий фенотип как систему параметров, затем установить связи между параметрами и симптомными профилями, и лишь затем, с учётом критериев МКБ-10/11, формировать вероятностные диагностические гипотезы. Такой подход позволяет снизить риск преждевременной категоризации и делает возможным более тонкий мониторинг: даже без изменения диагноза поведение может демонстрировать клинически важные сдвиги, указывающие на ремиссию, рецидив или на изменение риска (Kendler, 2016).

Наконец, поведение как фенотип психики является не только источником данных, но и объектом терапевтического воздействия. Многие психотера-

терапевтические методы, включая когнитивно-поведенческую терапию, экспозиционные подходы, поведенческую активацию, строятся на том, что изменение поведения — один из наиболее доступных путей влияния на аффект и когниции. Это означает, что экзоспекция способна не только диагностировать и мониторировать, но и оценивать терапевтические изменения в терминах поведенческих параметров. Однако здесь возникает принципиальная этическая граница: измерение поведения должно служить человеку и клинической помощи, а не превращаться в инструмент принуждения к «нормативному» стилю жизни. В противном случае экзоспекция утратит медицинскую основу и станет технологией социальной дисциплины, против чего предупреждает критическая традиция анализа наблюдения и нормирования (Foucault, 1975).

Итак, поведение в экзоспективной парадигме следует понимать как внешний фенотип психики, доступный многоканальному измерению и обладающий клиническим смыслом лишь в контексте функционирования, страдания и диагностической интерпретации. Поведение является главным «носителем данных» потому, что оно разворачивается во времени и в среде, а потому следующая подглава неизбежно посвящается динамике: если поведение — фенотип, то его временная организация — наиболее информативная часть этого фенотипа. На этой логике строится переход к анализу динамики и временных рядов психического состояния.

7.3. Динамика и временные ряды психического состояния

Переход от поведения как внешнего фенотипа психики к динамике является не просто логическим продолжением, но и методологическим «узлом», в котором экзоспекция получает своё принципиальное преимущество над классической клинической интерспекцией. Если симптом и поведение в статическом описании дают лишь фотографию состояния, то временной ряд превращает наблюдение в кинематограф: он позволяет увидеть не только то, что происходит, но и как именно это происходит, с какой скоростью, в какой последовательности, с какими колебаниями и в какой связи с контекстом. В психиатрии, где значительная часть диагностических критериев связана с длительностью, повторяемостью, фазностью и рецидивированием, динамика является не дополнительной характеристикой, а одной из главных «координат» клинической реальности. Уже в ранней традиции психопатологического описания подчёркивалось, что расстройства отличаются не только содержанием феноменов, но и их течением; различие эпизодического, рекуррентного, хронического и прогрессирующего стало одним из способов построения клинического знания (Kraepelin, 1899; Jaspers, 1913). Экзоспекция радикально расширяет этот принцип, поскольку переводит «течение» из ретроспективного рассказа в наблюдаемую и измеряемую последовательность данных.

Классическая психиатрия почти всегда вынуждена реконструировать динамику постфактум. Пациент описывает, когда начались симптомы, как они менялись, что усиливало и что ослабляло; врач уточняет длительности, сопо-

ставляет с жизненными событиями, пытается отличить «первичное» от «вторичного». Но такой подход сталкивается с фундаментальными ограничениями человеческой памяти и нарративной реконструкции: воспоминание не является записью, оно является интерпретацией, подверженной систематическим искажениям, зависящей от текущего состояния, мотивации и доступных схем объяснения (Bartlett, 1932; Kahneman, 2011). Для депрессии характерна негативная переоценка прошлого, для мании — тенденция к редукции негативных деталей, для тревоги — усиление значимости угроз, а при психотических состояниях нарушается сама структура достоверного повествования. Следовательно, клиническая реконструкция динамики неизбежно содержит ошибки, которые могут быть не просто количественными, но и качественными: например, гипоманиакальные фазы могут «исчезать» из анамнеза, а периодическая цикличность — маскироваться под реактивные колебания. Экзоспекция предлагает иной путь: динамика фиксируется в моменте и в длительности, а не только вспоминается.

Под временным рядом психического состояния в рамках экзоспекции следует понимать упорядоченную во времени последовательность измеримых индикаторов, которые, будучи интерпретированы клинически, отражают изменения аффекта, когнитивной организации, мотивации, психомоторики и поведения. Критически важно, что речь идёт не о «временном ряде диагноза», а о временном ряде параметров. Диагноз — категоризация, а категория по своей природе дискретна и инерционна: она меняется редко, часто только при существенных событиях или пересмотре критериев. Психическое же состояние, напротив, в высокой степени непрерывно и колебательно. Поэтому экзоспекция ориентируется на измерение непрерывных или квазинепрерывных признаков, которые затем могут агрегироваться в клинические профили и, при необходимости, соотноситься с диагностическими рамками МКБ-10/11. Такой подход созвучен современной тенденции к оценке симптомной выраженности и функционирования во времени, а не только к разовой классификации.

В диагностических системах временной компонент встроен в критерии структурно. В МКБ-10/11 большое значение имеют длительность и устойчивость симптомов, а также их эпизодичность и повторяемость. Это относится к депрессивным эпизодам и рекуррентным депрессивным расстройствам, к биполярным расстройствам с фазностью и сменой полюсов, к тревожным расстройствам с хроническим течением или ситуационной обусловленностью, к расстройствам, связанным со стрессом, где важны сроки после травмы и динамика симптомов, и к психотическим расстройствам, где различаются кратковременные, острые и хронические формы, а также динамика позитивной и негативной симптоматики. В клинической практике именно динамические признаки часто становятся решающими в дифференциальной диагностике: например, цикличность и реактивность, суточные колебания, связь с ритмами сна, скорость нарастания, наличие «пороговых» переломов или постепенного сдвига. Экзоспекция позволяет сделать эти различия менее зависимыми от субъективной реконструкции и более зависимыми от измеримых временных паттернов.

Параметры, формирующие временной ряд, принципиально неоднородны. Одни индикаторы являются относительно «быстрыми» и могут изменяться в течение минут или часов: например, психомоторная активность, вариативность речи, латентность ответов, физиологические маркеры вегетативной активации. Другие являются «средними», меняющимися в течение дней: сон, социальная активность, уровень избегания, выраженность ритуалов, устойчивость внимания. Третьи — «медленные», проявляющиеся на горизонте недель и месяцев: устойчивые изменения функционирования, социальная деградация, хроническая ангедония, дефицитарные изменения. В экзоспективной модели это означает, что психическое состояние должно измеряться на нескольких временных шкалах, иначе система будет либо чрезмерно «шумной» (если ориентироваться только на быстрые колебания), либо слепой к ранним сигналам (если ориентироваться только на медленные тренды). Современная наука о временных рядах и системной динамике подчёркивает, что сложные биоповеденческие процессы имеют многомасштабную структуру, а устойчивые состояния часто проявляются как изменение статистических свойств колебаний, а не как мгновенный скачок среднего уровня (Gershensfeld, 1999; Friston, 2010).

Отсюда вытекает центральная идея экзоспекции: клинически значимым является не только «уровень» симптома или поведения, но и форма колебаний. Депрессия, например, может проявляться не только снижением активности, но и редукцией вариативности, «схлопыванием» репертуара, исчезновением спонтанных микрофлуктуаций. Гипомания — не только повышением активности, но и увеличением флуктуаций, усилением переключаемости и ростом энтропии поведения. Тревога — не только повышенной настороженностью, но и появлением повторяющихся циклов проверки, избегания и кратковременного облегчения, которые формируют характерный ритм. Психотические расстройства — не только наличием бреда или галлюцинаций, но и изменением темпа и связности поведения и речи, появлением эпизодов дезорганизации, которые могут быть кратковременными, но повторяющимися. В традиционной клинике эти особенности часто фиксируются качественно; экзоспекция ставит задачу формализовать их как свойства временного ряда: тренд, сезонность, автокорреляция, амплитуда, вариативность, нелинейные сдвиги. Важно подчеркнуть, что сама по себе математическая характеристика не является диагнозом; она является дополнительным уровнем описания, который становится клинически значимым только через интерпретацию и сопоставление альтернатив (Pearl, 2018; Porper, 1959).

Особое место занимает вопрос о «переломных моментах» и предикторах переходов между состояниями. В психиатрии существует хорошо известная клиническая проблема: переход к обострению часто распознаётся поздно, когда симптомы уже развёрнуты; переход к суицидальному кризису может быть кратким и непредсказуемым; смена фазы при биполярном расстройстве может развиваться в течение дней. Экзоспекция стремится сместить точку распознавания на более ранний этап, обнаруживая изменения динамики до клинической манифестации. В системной науке обсуждаются феномены критического за-

медления, роста автокорреляции и дисперсии перед фазовыми переходами; хотя перенос этих концепций в психиатрию требует осторожности, сама идея мониторинга «динамических предвестников» является научно плодотворной (Scheffer, 2009). На практическом уровне это означает, что экзоспективный мониторинг должен быть ориентирован на ранние признаки: последовательное уменьшение сна, рост ночной активности, ускорение речи, усиление импульсивных действий, нарастающее избегание, появление более частых «провалов» в функционировании, изменение регулярности контактов. Эти изменения могут быть недостаточны для диагноза, но достаточны для сигнала о повышении риска и необходимости клинического контакта.

Однако динамика — это не только инструмент раннего предупреждения, но и средство уточнения причинности. Одним из слабых мест традиционной психиатрии является смешение корреляции и причины: мы видим, что тревога и бессонница идут вместе, но не всегда понимаем, что является драйвером в конкретном случае. Временной ряд позволяет анализировать лаговые связи: что возникает раньше, что следует за чем, какие изменения устойчиво предшествуют другим. Именно временная упорядоченность создаёт возможность более строгих причинно-следственных гипотез, даже если они остаются вероятностными и требуют клинической проверки (Pearl, 2018). Например, если снижение сна стабильно предшествует росту раздражительности и ускорению активности, это усиливает гипотезу о фазовом сдвиге в биполярном спектре; если рост избегания предшествует снижению социальных контактов и депрессивному снижению, это поддерживает модель тревожного драйвера; если эпизоды дезорганизации речи предшествуют ухудшению функционирования, это может быть ранним маркером психотического обострения. Экзоспекция, таким образом, не просто «наблюдает во времени», но строит структуру клинических гипотез на основе временной организации данных.

Вместе с тем временные ряды в психиатрии принципиально осложнены влиянием лечения. Фармакотерапия и психотерапия изменяют динамику, и эти изменения не всегда линейны. Антидепрессанты могут сначала усилить тревогу или нарушить сон, затем привести к стабилизации; нормотимики уменьшают амплитуду колебаний; антипсихотики могут снижать поведенческую активность, что при поверхностной интерпретации может быть ошибочно принято за улучшение депрессии или, наоборот, за ухудшение функционирования. Психотерапия может временно усиливать эмоциональную реактивность при переработке травматического материала, а затем приводить к снижению симптомов. Следовательно, экзоспективный анализ динамики должен включать информацию о вмешательствах: дозы, изменения схемы, начало и окончание терапевтических этапов, комплаенс. Без этого система рискует приписывать фармакодинамические эффекты «естественному течению» и ошибочно оценивать состояние.

Временная структура важна и для феноменологии. Ясперсовская традиция подчёркивала значение переживаемой временности — того, как пациент переживает длительность, последовательность, ожидание, «поток» времени

(Jaspers, 1913). В депрессии время «тянется», будущее воспринимается закрытым; в мании — ускоряется; при тревоге — сжимается в угрозу ближайшего момента. Экзоспекция, будучи внешним наблюдением, не может заменить феноменологию, но может фиксировать внешние корреляты переживаемой временности: ускорение или замедление речи, изменения темпа действий, нарушение регулярности сна, изменение циркадных ритмов, появление ночных активностей, расстройство привычных циклов. Это создаёт потенциально важный мост между субъективным временем и объективируемой динамикой, который может стать одной из опор «объективной психиатрии» в смысле измеримости, но без редукции человека к цифрам (Jaspers, 1913; Friston, 2010).

Существенным аспектом является проблема «шумов» и ложных интерпретаций. Человеческая жизнь сама по себе динамична: нагрузки, смена работы, путешествия, болезни, семейные события, сезонность, социальные циклы. Если экзоспекция будет трактовать любое изменение как клинически значимое, она станет источником гипердиагностики и тревоги. Поэтому ключевым методологическим требованием становится отделение клинической динамики от нормальной жизненной вариативности. Это невозможно без контекста, но даже на уровне временного ряда есть признаки, помогающие различать: устойчивость изменения, повторяемость, согласованность между несколькими каналами, наличие характерной структуры (например, сочетание уменьшения сна и роста активности), а также «несоразмерность» реакции по отношению к внешнему событию. Здесь экзоспекция должна опираться на принципы статистической устойчивости и на клиническое мышление вероятностей, а не на бинарные выводы (Kahneman, 2011; Popper, 1959).

Особый вопрос — как именно строится временной ряд психического состояния в практической системе. В клинике традиционно есть редкие «точки измерения»: приём раз в несколько недель, иногда дневник пациента. Экзоспекция делает измерения более частыми и потенциально непрерывными. Но увеличение частоты не гарантирует увеличения смысла. Высокочастотные данные требуют нормализации, устранения артефактов, согласования шкал, а главное — формирования клинически интерпретируемых агрегатов. Например, не отдельные шаги важны сами по себе, а паттерн активности в течение суток, вариативность, связь с сном; не отдельное сообщение в мессенджере, а динамика социальной коммуникации; не один фрагмент речи, а изменение темпа и связности по сравнению с индивидуальной базовой линией. Поэтому экзоспекция должна мыслить не только категориями «больше данных», но и категориями «индивидуальной нормы» и «индивидуального ритма». В психиатрии межиндивидуальная вариативность столь велика, что сравнение человека с популяционной нормой часто менее информативно, чем сравнение с самим собой во времени. Эта идея, хорошо известная в персонализированной медицине, становится в экзоспекции фундаментом: динамика раскрывается через отклонение от собственной базовой линии и через изменения структуры колебаний, а не только через абсолютные значения (Kendler, 2016).

Наконец, временные ряды меняют саму архитектуру клинического решения. Классическая диагностика — событие: врач ставит диагноз на основании интервью и наблюдения. Экзоспективная диагностика становится процессом: гипотеза формируется, уточняется, подтверждается или отвергается по мере накопления данных. Это сближает психиатрию с другими областями медицины, где мониторинг является стандартом: кардиология не ограничивается разовым измерением давления, эндокринология — разовым измерением глюкозы, неврология — разовым осмотром при эпилепсии. Экзоспекция предлагает аналогичную логику для психики: вместо «одного заключения» — динамический профиль состояния и рисков, соотносимый с МКБ-10/11, но не исчерпываемый ими. В этом смысле временной ряд становится не просто методом, а новым эпистемологическим объектом психиатрии: психическое состояние описывается как траектория в пространстве параметров, где важны скорость, направление, колебания и устойчивость, а не только «точка» (Friston, 2010; Kraepelin, 1899).

Тем самым динамика и временные ряды психического состояния выступают центральным инструментом экзоспекции: они позволяют уменьшить зависимость от ретроспективной памяти, повысить вероятность раннего распознавания переходов, уточнить причинно-временные связи между феноменами и сделать клиническое мышление более процессуальным и проверяемым. Но именно здесь наиболее остро проявляется необходимость контекста: временной ряд без среды остаётся математическим объектом, который легко интерпретировать ошибочно. Поэтому следующая подглава закономерно посвящена тому, что делает динамику клинически осмысленной, — контексту и среде как части психического профиля.

7.4. Контекст и среда как часть психического профиля

Понятие контекста в психиатрии исторически существовало как неизбежное, но плохо формализуемое измерение клинического знания. Врач всегда понимает, что симптом не существует в вакууме: тревога в ситуации реальной угрозы и тревога без угрозы, печаль при утрате и печаль без утраты, бессонница при смене часовых поясов и бессонница как проявление аффективного расстройства — феноменологически могут быть сходны, но клинически означают разное. Тем не менее классическая интерспективная психиатрия вынуждена обращаться к контексту преимущественно через рассказ пациента и собственную интерпретацию врача. Экзоспекция, напротив, делает контекст не фоном, а частью наблюдаемой структуры данных: среда становится источником переменных, без которых временные ряды симптомов и поведения теряют клиническую осмысленность и превращаются в статистику без причинного содержания. В этом смысле контекст следует рассматривать как компонент психического профиля, сопоставимый по значимости с симптомом и поведением, поскольку именно контекст задаёт «условия истинности» интерпретации (Jaspers, 1913; Pearl, 2018).

В клинической логике различение нормы и патологии всегда предполагает сравнение не просто с абстрактной нормой, но с нормой в конкретных условиях. Психиатрическая диагностика, зафиксированная в МКБ-10/11, опирается на критерии клинической значимости, страдания и нарушения функционирования; но нарушение функционирования не может быть оценено без знания требований среды и роли человека в этой среде. Одно и то же снижение инициативы может быть несущественным при временном отпуске и критическим при работе, требующей непрерывной ответственности; одна и та же раздражительность может быть реакцией на хроническую перегрузку или частью аффективной дисрегуляции. Даже сама длительность симптомов — ключевой критерий многих категорий — может приобретать иной смысл в зависимости от контекстов, например при продолжающемся стрессоре или при посттравматическом воздействии. Следовательно, экзоспекция, претендующая на объективизацию, должна не редуцировать контекст, а системно включать его в модель, иначе «объективность» окажется мнимой и приведёт к формальным ошибкам.

С философской точки зрения контекст можно определить как совокупность внешних условий, которые определяют интерпретацию наблюдаемого поведения и симптомов. В науке о причинности контекст задаёт набор фоновых переменных, без учёта которых корреляции становятся неустойчивыми, а выводы — неверифицируемыми (Pearl, 2018). В психиатрии эта проблема выражена особенно резко, потому что психические феномены являются контекстно-зависимыми по самой своей природе: они возникают в поле отношений, смыслов, требований и угроз. Феноменология Ясперса подчёркивала, что понимание переживания неотделимо от его смыслового поля, а значит, клинический анализ должен удерживать контекст как часть самого феномена, а не как приложение к нему (Jaspers, 1913). Экзоспекция, если она стремится сохранить клинический смысл, должна предложить способ сделать смысловое поле хотя бы частично измеримым — без претензии на полное «оцифровывание смысла», но с признанием того, что часть контекста может быть представлена объективируемыми маркерами.

Контекст в экзоспективной модели следует разделять на два уровня: ближайший (ситуационный) и структурный (социально-биографический). Ситуационный контекст — это изменения среды и событий, которые происходят здесь и сейчас и способны быстро менять поведение и состояние: конфликт, дедлайн, поездка, болезнь, употребление психоактивных веществ, нарушение сна из-за внешних факторов. Структурный контекст — более устойчивые условия: социальный статус, качество поддерживающих связей, хронические соматические заболевания, культурные нормы, стиль привязанности, условия труда, экономическая нестабильность, правовая ситуация, травматический опыт. Клинически важно, что эти уровни различаются по временной шкале и по способу влияния. Ситуационный контекст объясняет флуктуации и кратковременные всплески, тогда как структурный контекст определяет уязвимость, то есть вероятность того, что те же события приведут к расстройству, а не к адаптивной реакции. Психиатрия традиционно учитывает это через понятия диатеза и стрес-

са; современная биопсихосоциальная модель рассматривает психические расстройства как результат взаимодействия предрасположенности и факторов среды (Engel, 1977; Kendler, 2005).

Однако экзоспекция сталкивается с особой трудностью: как собирать данные о контексте без нарушения конфиденциальности, без чрезмерного вторжения и без редукции личности к цифровому профилю. Здесь необходимо различать «контекст как знание врача» и «контекст как данные системы». Врач, работая с человеком, может понимать культурные и семейные особенности, чувствовать нюансы, которые невозможно свести к параметрам. Экзоспекция не должна пытаться заменить это понимание; она должна фиксировать лишь те контекстные индикаторы, которые необходимы для корректной интерпретации динамики и для предотвращения систематических ошибок. Поэтому контекст в экзоспекции — это не попытка создать тотальную модель жизни, а попытка обеспечить минимально достаточное описание среды, без которого анализ поведения становится клинически небезопасным. Такой принцип «минимально достаточного контекста» является не только методологическим, но и этическим требованием (Beauchamp, Childress, 2019).

Ключевое значение контекста проявляется в проблеме ложноположительных и ложноотрицательных выводов. Экзоспективные системы, анализирующие активность, сон, коммуникацию и речь, могут ошибочно интерпретировать изменения как симптомы. Например, снижение социальной активности может быть вызвано временной занятостью или сознательным уединением; рост ночной активности — сменой графика; ускорение речи — профессиональными особенностями; повышенная коммуникация — социальным событием. Без контекстных переменных алгоритм будет склонен к гиперпатологизации, особенно если он обучен на выборках, где контекст не учтён. С другой стороны, контекст может скрывать патологию: высокофункционирующий человек может длительно удерживать внешнюю продуктивность, и снижение сна на фоне карьерного «рывка» может восприниматься как адаптация, хотя фактически является фазовым предвестником. В обоих случаях контекст необходим не для оправдания любого поведения, а для различения адаптивного и патологического паттерна, что в психиатрии всегда является центральной задачей (Kahneman, 2011).

С клинической позиции контекст связан с понятием функционирования. МКБ-11 уделяет особое внимание оценке функционирования и степени нарушения; психическое расстройство определяется не только набором симптомов, но и их воздействием на жизнь. Экзоспекция может измерять функционирование более непосредственно, чем традиционное интервью, поскольку часть функционирования проявляется в поведении: регулярность режима, устойчивость трудовой активности, качество социальных контактов, способность поддерживать бытовую организацию, соблюдение медицинских рекомендаций. Но функционирование не равно активности. Человек может быть гиперактивным и при этом функционально разрушаться, как при мании; или быть внешне пассивным, но сохранять ключевые социальные роли. Поэтому экзоспекция долж-

на опираться на контекст ролей и требований: что именно является «функцией» для данного человека. Это возвращает нас к индивидуальной норме и к необходимости персонализированной базовой линии. В рамках экзоспекции базовая линия — это не только средний уровень активности или сна, но и типичный контекст жизни: рабочий график, семейные обязанности, сезонность, культурные практики. Без такого понимания сравнение с «самим собой» может быть ошибочным: человек меняет работу, переезжает, вступает в отношения, и его базовая линия объективно перестраивается. Экзоспекция должна фиксировать такие переходы как контекстные сдвиги, иначе она будет ошибочно считать их симптомными (Kendler, 2005; Pearl, 2018).

Контекст важен и для различения первичных и вторичных симптомов. В клинике давно известно, что бессонница может быть первичной частью аффективного расстройства или вторичной по отношению к боли, апноэ сна, употреблению стимуляторов, работе в ночные смены. Тревога может быть первичной или вторичной к соматическим заболеваниям, эндокринным нарушениям, кардиологическим событиям. Раздражительность может быть симптомом депрессии, проявлением интоксикации или реакцией на длительный стресс. Экзоспекция, располагая данными о физиологических показателях и о поведенческих паттернах, получает возможность уточнить этот вопрос, но только при условии, что внешние факторы фиксируются как контекстные переменные: прием лекарств, употребление веществ, соматические обострения, режим сна, физическая нагрузка. Иначе алгоритм будет интерпретировать телесный драйвер как психический, что приведёт к ошибкам в диагностике и лечении.

В судебно-психиатрическом измерении контекст приобретает ещё более высокую цену. Оценка состояния на момент деяния, анализ мотивации, реконструкция критики и волевого контроля неизбежно контекстны: действия человека нельзя интерпретировать без знания ситуации, угроз, провокаций, социальных обстоятельств, предшествующих событий, а также без анализа того, какие альтернативы поведения были доступны (Morse, 2006). Экзоспекция в этой области не может заменить правовую и клиническую реконструкцию, но может предоставить дополнительные данные о предшествующей динамике состояния: изменения сна, нарастание дезорганизации, признаки интоксикации, изменения социальных контактов. Однако эти данные будут интерпретируемы только в связке с контекстом событий. Здесь особенно опасна иллюзия «нейтральной объективности»: цифры без контекста могут выглядеть убедительнее, чем они являются на самом деле, и именно поэтому экзоспекция в судебной практике должна быть связана с прозрачным описанием ограничений и альтернативных объяснений (Popper, 1959; Morse, 2006).

Если рассматривать контекст шире — как среду в биопсихосоциальном смысле, — то экзоспекция сталкивается с фундаментальной проблемой различения «реакции» и «расстройства». Многие категории МКБ-10/11 исторически возникали как попытка отделить патологическое от реактивного: например, стресс-связанные расстройства подчёркивают связь с травмой, но одновременно фиксируют специфичность симптомного комплекса и его устойчивость.

Клиническая реальность показывает, что граница не всегда ясна: тяжёлый стресс может запускать депрессивный эпизод, а депрессивная уязвимость может усиливать реакцию на стресс. Экзоспекция, измеряя временные ряды, может выявлять, как быстро возникает симптоматика, насколько она синхронна с событием, как долго сохраняется после окончания стрессора, какие параметры изменяются первыми. Это может уточнить вопрос о вероятностной причинности: не «что является причиной», а «какая модель причинности наиболее правдоподобна при данных временных связях». Такой подход соответствует современной научной осторожности: психические расстройства редко имеют одну причину, но часто имеют узнаваемые динамические сценарии, где контекст играет роль триггера или модификатора (Kendler, 2005; Pearl, 2018).

Важным компонентом контекста является культура и язык. Симптомы выражаются и распознаются в культурном коде: переживания могут получать разные нарративные формы, а поведенческие нормы варьируют. В клинике это давно известно: один и тот же уровень экспрессивности, контактности или эмоциональности может быть нормой в одной культурной среде и восприниматься как отклонение в другой. Экзоспекция, основанная на анализе речи и поведения, особенно уязвима к культурным смещениям, если алгоритмы обучаются на узких выборках и затем применяются к иной популяции. Поэтому включение контекста должно означать и включение культурных маркеров — не как стереотипов, а как параметров корректной интерпретации: язык общения, типичные коммуникативные стили, особенности социального взаимодействия. Иначе экзоспекция будет воспроизводить систематические ошибки, которые в клинике проявятся как диагностическая несправедливость (Obermeyer, 2019).

С практической стороны контекст в экзоспекции должен быть представлен в форме событийных меток и описаний среды, которые могут быть сопоставлены с временными рядами состояния. Принципиально важно, что такие метки не обязаны быть детализированными: системе часто достаточно знать, что произошло существенное событие (например, смена работы, начало лечения, болезнь), чтобы корректно интерпретировать сдвиг базовой линии. Более того, избыточный сбор контекстных данных повышает риски: конфиденциальность, безопасность, возможность злоупотреблений. Следовательно, контекст должен быть «экономным», и именно врач или сам человек должны контролировать, какие сведения добавляются как значимые. Экзоспекция должна быть устроена так, чтобы интерпретация была возможна при минимально достаточном контексте, а расширение контекста происходило только при клинической необходимости. Это является важным принципом ответственного внедрения ИИ в психиатрию: чем более интимной становится область наблюдения, тем более строгой должна быть логика минимизации (Beauchamp, Childress, 2019).

Контекст также является условием корректной оценки эффекта лечения. Если состояние улучшается, но одновременно изменяется среда — например, прекращается стрессор, нормализуется сон, улучшается социальная поддержка, — то атрибуция эффекта только препарату будет ошибочной. В клинике эта ошибка известна как смешение естественного течения, регрессии к среднему и

эффекта вмешательства. Экзоспекция может помочь, фиксируя временную структуру: когда началась терапия, когда изменился контекст, как менялись параметры. Но для этого контекст должен быть включён в модель как набор переменных, иначе экзоспекция лишь автоматизирует старую ошибку, придавая ей видимость точности. В научной психиатрии вопрос причинности эффекта требует строгого дизайна; в практической медицине он требует хотя бы прозрачной регистрации событий. Экзоспекция может стать инструментом такой регистрации, но лишь при условии этически корректной архитектуры данных (Pearl, 2018).

Наконец, следует подчеркнуть, что контекст является не только внешним, но и «интерфейсным» понятием: он определяет, как человек взаимодействует с самой экзоспективной системой. Если мониторинг воспринимается как контроль, это изменит поведение; если как поддержка — может улучшить compliance; если как угрозу приватности — вызовет сопротивление и искажение данных. В психиатрии давно известно, что наблюдение меняет наблюдаемое; но в цифровой среде это влияние может быть сильнее, поскольку мониторинг становится постоянным. Следовательно, контекст включает и отношения человека с системой, доверие, ожидания, мотивацию. Экзоспекция обязана учитывать этот слой как источник возможных артефактов и как часть клинической реальности, иначе она будет строить выводы на данных, которые сами были сформированы реакцией на наблюдение (Foucault, 1975; Goffman, 1959).

Таким образом, контекст и среда являются не «дополнительной информацией», а необходимым компонентом психического профиля в экзоспективной модели. Они обеспечивают клиническую интерпретируемость симптомов, поведения и динамики, позволяют уменьшить риск гиперпатологизации, уточняют причинно-временные связи, создают основу для персонализированной базовой линии и повышают качество оценки лечения. Экзоспекция, стремящаяся к объективизации, не может быть «безконтекстной»: объективность в психиатрии достигается не устранением смысла и среды, а их дисциплинированным включением в модель наблюдения. В следующей главе логика монографии закономерно переходит от концепции «что именно наблюдать» к вопросу «через какие каналы наблюдать»: физиологические и поведенческие источники данных и их ограничения, которые определяют границы возможной экзоспекции.

Глава 8. Физиологические и поведенческие каналы данных

8.1. Носимые устройства и вегетативные показатели

Переход от интерспективной психиатрии к экзоспективной неизбежно начинается с вопроса о том, какие каналы данных способны дать устойчивые, воспроизводимые и клинически интерпретируемые признаки психического состояния. Среди таких каналов особое место занимают носимые устройства, поскольку именно они делают возможным непрерывное, длительное и относительно ненавязчивое наблюдение физиологии в естественной среде, то есть вне

«искусственного» контекста кабинета и вне эффекта одномоментного измерения. Исторически психиатрия всегда знала, что психическое состояние имеет телесные корреляты: тревога сопровождается вегетативным возбуждением, паника — соматическим «пиком», депрессия — изменением сна и энергии, мания — ростом активности и снижением потребности во сне. Однако в классической клинике эти корреляты чаще выступали как качественные наблюдения или эпизодические измерения. Экзоспекция делает следующий шаг: она превращает вегетативные показатели в временные ряды и тем самым переводит психическое состояние из описательного регистра в регистр динамического мониторинга, где важны не только значения, но и форма, скорость, вариативность и контекст изменений (Cannon, 1915; Selye, 1950; McEwen, 1998).

Вегетативные показатели — это физиологические параметры, отражающие работу автономной нервной системы, её симпатического и парасимпатического компонентов, а также их сложную координацию через центральные регуляторные механизмы. Носимые устройства, как правило, не измеряют «эмоцию» напрямую, но они фиксируют те телесные процессы, которые сопровождают эмоциональную мобилизацию, угрозу, восстановление, напряжение, истощение и суточные циклы. В клиническом смысле это важно по двум причинам. Во-первых, вегетативные маркеры позволяют увидеть физиологическую «цену» психического состояния даже тогда, когда человек вербализирует его неполно или когда наблюдается диссимуляция либо алекситимия. Во-вторых, они предоставляют независимый слой данных, который может либо подтверждать клиническую гипотезу, либо заставлять её пересматривать, особенно в случаях, когда феноменология неочевидна или противоречива (Jaspers, 1913; Thayer, Lane, 2000).

Наиболее распространённым физиологическим каналом носимых устройств является фотоплетизмография, позволяющая оценивать частоту сердечных сокращений и производные показатели вариабельности сердечного ритма. Хотя фотоплетизмография технически отличается от электрокардиографии, она стала массовой из-за удобства и низкого порога использования, что радикально расширило потенциал популяционного мониторинга. Клиническая ценность здесь связана не столько с самой частотой сердечных сокращений, сколько с динамикой и вариабельностью. Вариабельность сердечного ритма рассматривается как индикатор регуляторной гибкости, а также как косвенный маркер баланса симпатико-парасимпатических влияний и функционального состояния регуляторных контуров. При этом важно подчеркнуть: экзоспекция не должна превращать HRV в «биомаркер диагноза» в грубом смысле, потому что на HRV влияют возраст, физическая подготовка, соматические заболевания, лекарства, сон, алкоголь и множество контекстных факторов. Но HRV может выступать маркером состояния и нагрузки, а также маркером ответа на вмешательство, если он анализируется как временной ряд, сопоставленный с событиями, сном и поведенческими изменениями (Thayer, Lane, 2000; Shaffer, Ginsberg, 2017).

Для психиатрии принципиально важно, что многие расстройства, описанные в МКБ-10/11, имеют выраженную автономную компоненту, хотя она и не всегда включена в критерии как обязательная. Тревожные расстройства и панические состояния часто сопровождаются тахикардией, колебаниями вегетативного тонуса, эпизодами выраженной симпатической активации; стресс-связанные расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство нередко ассоциированы с повышенной реактивностью и трудностями физиологического «угасания» после стрессора, что может проявляться в характерной структуре ночного сна и в дневных всплесках возбуждения. Даже депрессивные расстройства, которые феноменологически могут выглядеть как «угасание», часто связаны с изменением суточной регуляции, снижением регуляторной гибкости и нарушениями сна, что косвенно отражается на сердечно-сосудистых и температурных ритмах. Экзоспекция в этом пункте не заменяет критерии МКБ, но предоставляет дополнительный слой, который помогает уточнять тяжесть, фазность и динамику состояния, а иногда и риск неблагоприятного течения (Kendler, 2005).

Другим важным каналом носимых устройств является измерение электродермальной активности, отражающей активность потовых желез и тесно связанной с симпатическим возбуждением. Электродермальная активность исторически использовалась в психофизиологии как индикатор ориентировочной реакции и эмоциональной мобилизации, а в современной цифровой среде она приобретает значение благодаря возможности длительных измерений в естественных условиях. Для экзоспекции ценность этого канала заключается в том, что он часто реагирует на эмоциональные и стрессовые события быстрее, чем поведенческие изменения становятся заметными, и тем самым может служить «ранним» признаком напряжения. Однако клиническая интерпретация требует осторожности: электродермальная активность чувствительна к температуре окружающей среды, физической активности, контакту датчика с кожей и индивидуальным особенностям. Следовательно, экзоспекция должна анализировать этот показатель не изолированно, а в сочетании с данными движения, температуры и контекста, иначе она будет производить ложные сигналы тревоги (Critchley, 2002).

Температура кожи и производные температурные показатели также становятся значимыми в рамках носимых устройств, поскольку они позволяют косвенно судить о периферической вазомоторной регуляции, о фазах сна и о циркадных процессах. Сама по себе температура кожи не является «психиатрическим параметром», но в связке с суточным профилем активности и сна она может быть частью более общей картины циркадной организации. Это важно потому, что многие психические расстройства характеризуются нарушением циркадных ритмов и сна, а нарушение сна в МКБ-10/11 выступает либо как симптом, либо как важный сопутствующий показатель, влияющий на тяжесть и прогноз. Экзоспекция в данном случае превращает то, что раньше фиксировалось фразой «сон нарушен», в измеряемую структуру: когда человек засыпает, какова стабильность времени пробуждения, насколько выражена фрагментация,

какова динамика восстановительных периодов. И хотя детальная тема сна будет развёрнута в следующей подглаве, уже здесь важно подчеркнуть: вегетативные показатели и носимые устройства становятся «входом» в анализ сна как ключевого клинико-динамического измерения психики (Borbély, 1982; Walker, 2017).

Респираторные параметры и косвенные показатели дыхания также занимают особое место, хотя их точность в носимых устройствах зависит от технологии. Дыхание — один из главных мостов между психическим и соматическим, поскольку оно одновременно регулируется автоматически и поддаётся волевому контролю. Тревога и паника часто сопровождаются изменением дыхательного паттерна, гипервентиляцией, ощущением нехватки воздуха, а стресс-связанные расстройства — эпизодами напряжения и «дыхательной настороженности». Для экзоспекции наблюдение за дыхательными коррелятами важно не только диагностически, но и терапевтически, поскольку многие психотерапевтические и поведенческие вмешательства опираются на нормализацию дыхания и на формирование навыков регуляции. Здесь, однако, необходимо избегать упрощения: дыхательные изменения могут быть обусловлены соматической патологией, физической нагрузкой или особенностями среды, и только сопоставление нескольких каналов позволяет приблизиться к клиническому смыслу (Gross, 1998; Lehrer, Gevirtz, 2014).

Вопрос об артериальном давлении и его мониторинге в носимых устройствах остаётся методологически сложным. Хотя существуют технологии оценки давления по косвенным признакам, их точность и воспроизводимость могут существенно варьировать, а сама задача измерения давления вне медицинского контекста сопряжена с риском ошибочной интерпретации. Для экзоспекции важнее не обещание «точного давления на запястье», а понимание того, что сердечно-сосудистая реактивность является частью физиологической компоненты стресса и тревоги. Следовательно, даже если давление измеряется эпизодически или с погрешностями, тренды и реактивность в сочетании с другими сигналами могут быть информативны, при условии прозрачного описания ограничений и приоритетного использования клинически валидируемых методов в ситуациях, где цена ошибки высока (Cannon, 1915; McEwen, 1998).

Ключевой методологический принцип экзоспекции заключается в том, что физиологические сигналы ценны не как «абсолютные числа», а как динамические отношения. Психическое состояние — это не статическое свойство, а процесс, который разворачивается во времени. Вегетативные показатели дают возможность наблюдать скорость мобилизации и скорость восстановления, устойчивость регуляции, наличие «физиологической инерции», когда организм долго не возвращается к базовой линии. В клинике это соответствует понятиям реактивности, истощения и адаптационной стоимости. Понятие аллостатической нагрузки как накопленного эффекта хронического стресса подчёркивает, что длительное вегетативное напряжение имеет кумулятивные последствия и может выступать мостом между психиатрией и соматической медициной. Экзоспекция, фиксируя длительные периоды повышенной физиологической мобилизации или нарушения восстановительных фаз, получает возможность не

только описывать состояние, но и прогнозировать риски, если такие прогнозы строятся строго вероятностно и с учётом контекста (McEwen, 1998; Sterling, Eyer, 1988).

Однако именно здесь возникает важное ограничение: физиологические показатели являются неспецифичными. Тахикардия не равна тревоге, сниженная вариабельность ритма не равна депрессии, а электродермальная активность не равна панике. Экзоспекция должна мыслить физиологические сигналы как элементы многоканальной модели, где значение возникает из согласованности сигналов и их связи с поведением, речью, сном и контекстом. Неспецифичность не является недостатком; она является свойством биологии. Ошибка начинается тогда, когда неспецифичный показатель объявляют специфичным маркером диагноза. Поэтому в экзоспективной системе физиология должна быть встроена в вероятностный вывод, а не в «детектор болезни», иначе она будет порождать систематические ложные тревоги и снижать доверие к самой идее экзоспекции (Kahneman, 2011; Pearl, 2018).

Отдельного рассмотрения требует влияние медикаментов и соматических факторов, особенно в психиатрии, где фармакотерапия является важнейшим инструментом лечения. Антидепрессанты, антипсихотики, нормотимики, анксиолитики, психостимуляторы, а также широко используемые соматические препараты могут существенно изменять частоту сердечных сокращений, вариабельность ритма, сон, двигательную активность, температуру и субъективное переживание нагрузки. Следовательно, экзоспекция должна рассматривать прием препаратов как контекстную переменную и как потенциальный источник как терапевтического эффекта, так и побочных явлений. Более того, носимые устройства могут стать инструментом раннего выявления нежелательных эффектов, если мониторинг организован корректно: например, устойчивое изменение пульса и сна после изменения дозы может быть сигналом, который клиницист должен сопоставить с жалобами и с объективным осмотром. Здесь экзоспекция не заменяет клиническую ответственность, но усиливает её, предоставляя более плотную картину во времени.

Наконец, носимые устройства вводят в психиатрию новую проблему — проблему измерительной дисциплины и качества данных. В традиционной диагностике врач работает с ограниченным числом наблюдений, но каждое наблюдение находится под профессиональным контролем: интервью, осмотр, шкалы. В экзоспекции данные собираются массово и автоматически, но именно поэтому они легко загрязняются артефактами: неплотный контакт датчика с кожей, движения, потеря сигнала, смена устройства, различия алгоритмов обработки у разных производителей. Следовательно, экзоспекция должна включать процедуры контроля качества, оценки доверия к сигналу и калибровки базовой линии. Иначе возникает парадокс: система выглядит «объективной», но фактически выводы строятся на шуме. С научной точки зрения это означает, что экзоспекция должна быть не только клинической, но и инженерной дисциплиной, где валидность, воспроизводимость и прозрачность обработки являются обяза-

тельными условиями клинической применимости (Popper, 1959; Goodfellow, Bengio, Courville, 2016).

В этой связи особую роль играет понятие персональной базовой линии. Носимые устройства измеряют человека не как абстрактного «среднего пациента», а как конкретную систему, у которой есть собственный диапазон нормальных колебаний. Экзоспекция должна строиться на сравнении человека с самим собой во времени и на выявлении устойчивых отклонений от его обычного режима, а не на сравнении с популяционными средними, которые часто мало применимы к индивидуальной клинике. Это особенно важно в психиатрии, где индивидуальная вариативность чрезвычайно высока и где «норма» часто определяется не величиной параметра, а его соответствием жизненному функционированию и внутреннему равновесию. В МКБ-10/11 клиническая значимость тесно связана с нарушением функционирования; экзоспекция добавляет к этому количественную ось: насколько далеко и насколько долго человек уходит от собственной базовой линии, и как это соотносится с симптомами и контекстом.

Тем самым носимые устройства и вегетативные показатели становятся в экзоспекции не «датчиками эмоций», а инфраструктурой длительного наблюдения, в которой психическое состояние проявляется через телесную регуляцию, динамику нагрузки и восстановление. Их значение заключается в возможности измерять физиологическую часть психического процесса в естественной среде и встраивать её в многоканальную модель, где физиология, поведение, речь и контекст образуют единый профиль. Вместе с тем эти каналы требуют строгой методологической дисциплины, прозрачного обращения с неспецифичностью и постоянного учёта этических границ, поскольку речь идёт о данных высокой интимности. Следующая подглава логически продолжит эту линию, переходя от вегетативных сигналов к сну, активности и циркадным ритмам как к наиболее клинически «видимой» области, где физиология и поведение соединяются в устойчивые паттерны, значимые для диагностики и мониторинга (Borbély, 1982; Walker, 2017; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

8.2. Сон, активность и циркадные ритмы

Сон и бодрствование представляют собой не просто физиологические состояния, а фундаментальную форму организации психики во времени. Если в классической психиатрии сон фигурировал как «симптом» — нарушен или сохранён, поверхностный или глубокий, с ранними пробуждениями или с трудностями засыпания, — то в экзоспективной парадигме он превращается в измеряемую структуру, включающую длительность, регулярность, фазность, фрагментацию, латентность, восстановительность и связь со суточными колебаниями активности. Именно поэтому сон, двигательная активность и циркадные ритмы становятся одним из наиболее перспективных и вместе с тем наиболее сложных каналов данных: они одновременно высоко клинически значимы и методологически уязвимы, поскольку находятся на пересечении биологии, поведения, со-

циальной среды и культурных норм (Borbély, 1982; Czeisler, 1999; Walker, 2017).

Понятие циркадной организации психики имеет глубокие корни в физиологии. Суточные ритмы регулируются системой биологических часов, центральным компонентом которой является супрахиазматическое ядро гипоталамуса, координирующее периферические ритмы организма через нейроэндокринные и вегетативные механизмы. Однако клинически важно не столько устройство этих часов, сколько то, что психическое функционирование оказывается «встроенным» в ритмическую архитектуру: внимание, скорость мышления, эмоциональная реактивность, уровень энергии, социальная активность и даже субъективное ощущение смысла и мотивации имеют суточную динамику. Нарушение этой динамики, её распад или патологическая перестройка нередко выступают не вторичным следствием расстройства, а частью его ядра, особенно в аффективной патологии, тревожных состояниях и психотических расстройствах (Wehr, 1992; Wirz-Justice, 2006; McClung, 2007).

В МКБ-10 нарушения сна включены в феноменологический профиль многих расстройств как распространённые симптомы, хотя не всегда являются обязательными критериями. В МКБ-11, при большей акцентуации клинических описаний и функциональных последствий, также подчёркивается значимость сна и утомляемости как компонент состояния, влияющий на выраженность и течение расстройств. С практической точки зрения это означает: сон является одним из немногих признаков, которые одновременно субъективно переживаются пациентом, наблюдаемы близкими и частично измеримы инструментально. Экзоспекция использует эту уникальность, переводя сон в «объект» длительного мониторинга, а не в единичную жалобу, зафиксированную в анамнезе.

Далее возникает принципиальная методологическая развилка. Сон можно оценивать клинически, по дневникам и интервью, и можно оценивать инструментально, с помощью полисомнографии или носимых устройств. Полисомнография остаётся золотым стандартом для тонкой архитектуры сна, но она труднодоступна для длительного естественного наблюдения и не предназначена для массового мониторинга психиатрических пациентов. Носимые устройства, напротив, обеспечивают длительное наблюдение, но их измерения опираются на косвенные признаки: движения, частоту сердечных сокращений, иногда вариабельность ритма и температуру кожи. Поэтому экзоспекция должна исходить из строгого принципа: носимые устройства измеряют не «сон как таковой», а набор сигналов, из которых алгоритмы реконструируют вероятностную модель сна. Клиническая интерпретация должна оставаться вероятностной и контекстной. Тем не менее даже при ограничениях точности носимые устройства чрезвычайно полезны в оценке регулярности режима, фрагментации, длительности и фазности бодрствования, то есть тех свойств, которые для психиатрии часто оказываются более значимыми, чем тонкая стадийность сна (Ancoli-Israel, Martin, Blackwell, 2015; de Zambotti, Goldstone, Claudatos, 2019).

Ключевая ценность экзоспективного подхода к сну состоит в том, что он позволяет увидеть не только «плохой сон», но и структуру его связи с психиче-

ским состоянием. Например, при депрессивных расстройствах классически описываются ранние пробуждения, снижение глубины сна, нарушение восстановительности и дневная сонливость, но при этом существуют значимые индивидуальные различия: у части пациентов преобладает инсомния, у части — гиперсомния, у части — колебания между этими полюсами. Экзоспекция фиксирует эти паттерны и позволяет строить индивидуальный профиль, сопоставляя дневную активность, социальное функционирование и субъективную тяжесть симптомов с объективируемыми изменениями режима. В условиях аффективной динамики особенно важен феномен снижения потребности во сне при маниакальных и гипоманиакальных состояниях: он может выступать ранним предупреждающим признаком фазового сдвига. Инструментальный мониторинг здесь даёт то, чего не даёт одномоментный осмотр: возможность увидеть постепенное сокращение сна, рост ночной активности, сдвиг времени засыпания и пробуждения, что в клинической практике может иметь решающее значение для ранней профилактики тяжёлого эпизода (Wehr, 1992; Goodwin, Jamison, 2007; Harvey, 2008).

Сон теснейшим образом связан со стрессовой физиологией и с тревожными расстройствами. Для тревожного спектра характерны трудности засыпания, частые пробуждения, ощущение «невывключаемости» психики, повышенная ночная настороженность, а также вариативные формы ночной вегетативной активации. Однако экзоспективная задача здесь состоит не в том, чтобы «доказать тревогу по устройству», а в том, чтобы увидеть ритм тревоги: когда она усиливается, какие контексты её запускают, как она влияет на восстановление, и как изменяется профиль сна на фоне терапии. В МКБ-10/11 тревожные и стресс-связанные расстройства описываются через устойчивость симптомов и их функциональные последствия; сон в этой логике становится мостом между симптомами и функционированием, потому что хроническое нарушение сна само по себе ухудшает эмоциональную регуляцию и повышает реактивность, формируя порочный круг. Экзоспекция полезна тем, что делает этот круг наблюдаемым: можно фиксировать, как нарушение сна предшествует усилению тревоги или, наоборот, является следствием дневных стрессоров (Selye, 1950; McEwen, 1998; Harvey, 2008).

Особый интерес представляют циркадные сдвиги и социальная десинхронизация. В современной жизни сон не просто биологическое явление, но и социальный режим: работа, обучение, семейные обязанности, медиапотребление и культурные привычки формируют «социальный тайминг», который может конфликтовать с биологическими ритмами. Понятие социального джетлага описывает расхождение между биологическими часами и социальным расписанием, и хотя это понятие возникло в хронобиологии, оно имеет прямое значение для психиатрии, потому что хроническая десинхронизация усиливает утомляемость, раздражительность, снижает когнитивную устойчивость и повышает риск аффективных колебаний. Экзоспекция, собирая данные о режиме сна и активности, позволяет увидеть, является ли нарушение сна первичным клиническим симптомом или вторичным продуктом жизненного режима, и ка-

кова динамика этого взаимодействия во времени (Wittmann, Dinich, Merrow, Roenneberg, 2006; Roenneberg, 2012).

Двигательная активность, измеряемая акселерометрами, является вторым ключевым компонентом этой подглавы, поскольку она представляет собой наиболее доступный и массовый индикатор поведенческой энергии. В классической клинике психомоторика оценивается врачом, но эта оценка неизбежно субъективна и моментальна. Носимые устройства позволяют наблюдать активность как непрерывный процесс, включая суточные профили, периоды гипoaктивности, всплески, регулярность и вариативность. Для депрессии характерно снижение активности и уменьшение поведенческого репертуара, однако в ряде случаев пациенты сохраняют внешний уровень активности ценой внутреннего напряжения, что может проявляться в изменении ритма активности, её «неестественной» структурности и снижении восстановительных периодов. Для мании и гипомании характерны рост активности, сокращение сна и увеличение ночной подвижности, а для некоторых тревожных состояний — повышенная двигательность и «неусидчивость», которые могут быть компенсаторной стратегией снижения внутреннего напряжения. Экзоспекция делает возможным различать эти профили не по одному признаку, а по форме временного ряда и по его связи со сном и контекстом (Goodwin, Jamison, 2007; Faurholt-Jepsen, Vinberg, Christensen, 2015).

При психотических расстройствах и при состояниях с выраженным дефицитарным компонентом данные активности могут быть особенно ценны для мониторинга функционирования, поскольку именно функционирование является критическим клиническим измерением тяжести и прогноза. Снижение социальной активности, нарушение режима дня, дезорганизация и утрата структуры повседневности часто предшествуют обострению или сопровождают ухудшение. Однако экзоспективная интерпретация должна учитывать влияние антипсихотической терапии, соматических факторов и условий жизни. Следовательно, активность здесь становится не «маркером психоза», а маркером функциональной организации и жизненной структуры, который может выступать индикатором улучшения или декомпенсации, особенно если он сопоставляется с речевыми и поведенческими данными, которые будут рассмотрены в последующих главах (Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Циркадные ритмы в экзоспекции следует рассматривать как более высокий уровень организации, который связывает сон и активность в единую систему. Ритм важен не только по фазе — «сдвинут или нет» — но и по стабильности. Нестабильность режима, частые сдвиги времени сна, отсутствие регулярного времени пробуждения, вариативность дневной активности и размывание границы между днём и ночью часто оказываются более клинически значимыми, чем единичная бессонная ночь. Экзоспекция особенно сильна именно в регистрации стабильности, поскольку стабильность — это свойство системы, проявляющееся только во времени. Более того, в психиатрии стабильность режима часто коррелирует с прогнозом и с устойчивостью терапии: поддержание регулярного режима сна и бодрствования является базовым компонентом психооб-

разования при биполярном расстройстве и нередко является существенным элементом психотерапевтических вмешательств при депрессии и тревоге. Экзоспекция может превратить этот компонент из «рекомендации общего характера» в мониторируемую цель, наблюдая фактическую регулярность режима и его изменения в ответ на вмешательства (Frank, Swartz, Kupfer, 2000; Harvey, 2008; Wirz-Justice, 2006).

Однако экзоспективный подход к сну и активности сталкивается с фундаментальной проблемой интерпретации: один и тот же паттерн может иметь разные причины. Сокращение сна может быть признаком гипомании, но может быть следствием стрессовой работы, ухода за ребёнком или бессонницы на фоне тревоги. Снижение активности может быть проявлением депрессии, но может отражать соматическое заболевание, травму, сезонные изменения или социальную изоляцию. Следовательно, экзоспекция требует строгого принципа контекстуализации. Контекст в данном случае включает не только субъективный рассказ, но и объективные следы: расписание, смены часовых поясов, изменения работы, физическую нагрузку, употребление веществ, приём препаратов. Экзоспекция не может быть «внешним наблюдением без знания жизни»; она должна быть внешним наблюдением, встроенным в жизненную реальность, иначе она будет воспроизводить ложные объяснения и ошибочные клинические выводы (Pearl, 2018; Kahneman, 2011).

С практической точки зрения, сон и активность в экзоспекции следует рассматривать как «ось базовой регуляции», на которой строятся многие другие наблюдаемые параметры. Это связано с тем, что сон и циркадные ритмы влияют на когнитивные функции, эмоциональную регуляцию, стресс-реактивность, социальное поведение и физиологические показатели. В научной литературе последовательно показывается, что дефицит сна и его фрагментация ухудшают эмоциональную стабильность и повышают реактивность на стрессоры, а также влияют на внимание и исполнительные функции. Для психиатрии это означает: нарушение сна может выступать как фактор риска, как компонент синдрома, как следствие расстройства и как независимая терапевтическая цель одновременно. Экзоспекция, фиксируя сон и активность, получает возможность моделировать причинные связи более осторожно и более корректно, чем это возможно при одномоментном осмотре, хотя окончательное различие причинности всё равно требует клинического мышления и иногда экспериментальной логики вмешательства (Walker, 2017; McEwen, 1998; Borbély, 1982).

Наконец, следует подчеркнуть, что экзоспективная ценность сна и активности возрастает в ситуациях, где клиническая цена ошибки высока и где важна ранняя профилактика. В судебно-экспертной практике реконструкция состояния на момент деяния часто сталкивается с дефицитом объективных данных; при наличии цифровых следов режима сна и активности возможно более точное восстановление хронологии ухудшения, фазового сдвига или периода выраженной дезорганизации. В клинической практике раннее выявление тенденций — постепенного сокращения сна, роста ночной активности, распада режима — может позволить вмешаться до того, как разовьётся тяжёлый эпизод.

При этом любые такие выводы должны оставаться осторожными, вероятностными и юридически корректными, поскольку цифровые данные, при всей их привлекательности, не являются прямым доказательством психического состояния, а являются источником косвенных признаков, требующих интерпретации (Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Таким образом, сон, активность и циркадные ритмы в экзоспекции выступают как одна из наиболее продуктивных осей наблюдения, потому что они соединяют физиологию и поведение, индивидуальную регуляцию и социальный контекст, краткосрочные колебания и долгосрочные тенденции. Их измеримость превращает классическое клиническое описание в динамический профиль, а их связь с широким спектром расстройств, описанных в МКБ-10/11, делает их универсальным компонентом экзоспективной диагностики и мониторинга. Вместе с тем именно универсальность требует методологической строгости: экзоспекция должна видеть в этих данных не «диагноз», а структурный слой психического состояния, который приобретает клинический смысл только в многоканальной модели и в контексте жизни человека. Следующая подглава логически продолжит эту линию, переходя от крупных суточных паттернов к более тонкой плоскости психомоторики и двигательных паттернов, где важны уже не только «сколько» и «когда», но и «как» человек движется, действует, замедляется или становится импульсивным (Jaspers, 1913; Goodwin, Jamison, 2007).

8.3. Психомоторика и двигательные паттерны

Психомоторика занимает в клинической психиатрии положение, которое трудно переоценить: она является той областью, где психическое становится непосредственно «видимым» в телесной форме. Уже классическая традиция феноменологической психопатологии подчёркивала, что движение — это не вторичный «соматический» слой, а особая модальность выражения переживания и мышления, включающая темп, плавность, целенаправленность, инициативу, согласованность и пластичность поведения (Jaspers, 1913). Именно поэтому при обычном психиатрическом осмотре врач неизбежно считывает психомоторные признаки — нередко до того, как пациент произнесёт первое содержательное высказывание. Однако в интерспективной модели психомоторика остаётся описательной категорией, зависящей от опыта врача, ситуации осмотра и контекста взаимодействия. Экзоспекция переводит психомоторику в область измеряемых паттернов: движение перестаёт быть лишь впечатлением и становится временным рядом, имеющим статистическую структуру, вариативность и связь с контекстом, что позволяет говорить о «двигательном фенотипе» психического состояния (Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Клинический смысл психомоторики раскрывается прежде всего через её полярности и формы нарушения. На одном полюсе находится психомоторное торможение — замедление, снижение инициативы, бедность двигательных программ, уменьшение жестов, мимики и экспрессии, снижение скорости пере-

хода от намерения к действию. В депрессивных расстройствах это торможение может быть столь выраженным, что становится центральной характеристикой эпизода, определяя тяжесть и функциональные ограничения; в классических описаниях оно тесно связывалось с витальной депрессией и меланхолическими состояниями (Kraepelin, 1899; Leonhard, 1957). На противоположном полюсе располагается психомоторное возбуждение, которое в аффективной патологии проявляется как рост двигательной активности, ускорение действий, увеличение числа двигательных инициатив и снижение порога переключения между действиями. В маниакальных и гипоманиакальных состояниях, описанных и в МКБ-10, и в МКБ-11, ускорение психомоторики сочетается с уменьшением потребности во сне, повышенной отвлекаемостью и тенденцией к импульсивному поведению; именно двигательная «избыточность» и изменение темпа нередко служат наиболее наблюдаемым внешним маркером фазового сдвига (Goodwin, Jamison, 2007).

Однако клиническая психомоторика не исчерпывается этой осью «торможение—возбуждение». В тревожных расстройствах и при стресс-связанных состояниях наблюдается особая форма двигательной организации: движения могут становиться дробными, напряжёнными, чрезмерно контролируруемыми или, напротив, беспокойными и «разрядочными». Здесь важен не столько уровень активности, сколько её качество: увеличение микродвижений, изменение позы, частые корректирующие жесты, повышенная латентность расслабления и специфические паттерны избегания. Экзоспекция в этом случае имеет преимущество, поскольку может наблюдать не только «нервозность» в кабинете врача, но и поведенческую динамику в естественной среде, где тревога проявляется в повторяемости определённых маршрутов, в изменении темпа ходьбы, в изменении структуры повседневных действий и в колебаниях активности в ответ на контексты (Kahneman, 2011; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Особое место занимает психомоторика при психотических расстройствах, где двигательность может быть не просто количественно изменённой, но качественно иной. Традиция, идущая от описаний кататонии, подчёркивает, что в ряде случаев движение становится «отсоединённым» от обычной структуры мотивации и коммуникации: появляется негативизм, стереотипии, эхопраксия, ступор или возбуждение, не объяснимое ситуацией (Bleuler, 1911; Kahlbaum, 1874). Для экзоспекции важно, что такие состояния, хотя и редки в «чистой» форме, имеют множество мягких и промежуточных вариантов: от изменений моторной синхронизации и жестового сопровождения речи до нарушений целостности двигательных программ и резких сдвигов между пассивностью и импульсивностью. При этом инструментальный подход способен фиксировать распад регулярности и предсказуемости движения как динамический признак дезорганизации, что может оказаться более информативным, чем единичная констатация «двигательного беспокойства» или «странности поведения» (Jaspers, 1913).

Переход от клинического наблюдения к измерению требует уточнить, что именно может быть объектом фиксации. В классической медицине движе-

ние измерялось грубо: число шагов, длительность активности, тесты скорости и силы. Экзоспекция расширяет поле наблюдения, потому что цифровая среда создаёт множество каналов для регистрации моторных следов. Движение фиксируется не только в ходьбе, но и в манипуляциях руками, в микроколебаниях позы, в структуре использования смартфона, в скорости и ритме набора текста, в латентности реакции на уведомления, в частоте смены задач и в вариативности моторных «подписей» в течение суток. Такие данные нередко называют цифровыми фенотипами, но в контексте экзоспекции корректнее говорить о моторно-поведенческих временных рядах, которые приобретают смысл только в сопоставлении с психопатологическим контекстом и с другими каналами данных (Insel, 2017; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Психомоторика обладает важным свойством: она демонстрирует сопряжённость психического и соматического через ритм. В движении отражаются внутренние циклы регуляции — циркадные колебания, утомление, восстановление, стрессовые пики. Поэтому моторные паттерны должны рассматриваться не как «статический показатель», а как временная структура. Например, при депрессии может наблюдаться не только общий спад активности, но и изменение распределения активности по суткам: исчезновение утренних всплесков, распад «функциональных окон», увеличение латентности включения в деятельность, рост нецелевой пассивности. При мании, напротив, активность может становиться более равномерно высокой, включая ночные периоды, и сопровождаться снижением пауз и восстановительных интервалов. В тревожных состояниях часто возрастает вариативность и «дрожание» активности — частые короткие эпизоды движения, которые не складываются в устойчивую структуру продуктивной деятельности. Экзоспекция фиксирует эти различия как различия форм временных рядов, а не как субъективные впечатления (Goodwin, Jamison, 2007; Wirz-Justice, 2006).

Отдельного анализа требует влияние психофармакотерапии, поскольку именно в области моторики наиболее очевидно пересечение психопатологии и побочных эффектов лечения. Антипсихотики могут вызывать лекарственный паркинсонизм, акатизию, дистонии и поздние дискинезии; антидепрессанты и нормотимики также способны влиять на моторный тонус, сон и активность. Для экзоспекции это двойной вызов. С одной стороны, моторные данные дают уникальную возможность раннего выявления экстрапирамидных нарушений и связанных с ними страданий пациента, которые не всегда своевременно фиксируются в клинике. С другой стороны, моторные изменения могут быть ошибочно интерпретированы как ухудшение психического состояния, если не учитывать фармакологический контекст. Следовательно, экзоспективная модель обязана включать «фармакомоторную поправку»: движение в психиатрии — это всегда сумма состояния и лечения, и игнорирование этой суммы превращает измерение в источник систематической ошибки (Owens, 1999; Stahl, 2013).

Наряду с экстрапирамидными эффектами существует и более тонкий пласт: седативное действие, эмоциональное уплощение, снижение мотивации и когнитивная заторможенность могут проявляться в моторике как снижение ва-

риативности движения и уменьшение спонтанных инициатив. В клинической практике это часто описывается как «астения», «заторможенность», «вялость», но экзоспекция может уточнять структуру этих явлений: что именно снижается — интенсивность активности, её разнообразие, скорость переключения, способность к устойчивому усилию или способность к восстановлению. Такая дифференциация важна, потому что разные механизмы требуют разных клинических решений: коррекции дозы, смены препарата, добавления психотерапевтических вмешательств или работы с режимом (Stahl, 2013; Insel, 2017).

В рамках экзоспективной логики особенно перспективным становится анализ двигательных паттернов в микромасштабе — на уровне жестов, мимики, позных реакций и моторной синхронизации. Психиатрия давно знает, что бедность мимики, снижение жестовой экспрессии, «маскообразность» лица, моторная ригидность или, напротив, избыточная экспрессия несут диагностическую информацию. Но традиционно эта информация была «молчаливой» частью клинического искусства. Современные методы компьютерного зрения и анализа видео потенциально способны перевести некоторые компоненты этой области в измеряемые параметры: частоту и амплитуду микродвижений, скорость смены выражений, синхронизацию жестов с речью, стабильность позы, вариативность моторных реакций на стимулы. Важно, однако, сохранять эпистемологическую осторожность: измеряемость не равна пониманию, а корреляция моторного признака с диагнозом не тождественна объяснению психопатологии. Экзоспекция здесь должна быть не охотой за «патогномоничными» признаками, а построением многомерной модели, в которой моторика является одним из слоёв психического профиля (Ekman, 1992; Friston, 2010; Pearl, 2018).

Существенная методологическая проблема состоит в том, что двигательные паттерны высоко индивидуальны и культурно опосредованы. Темп ходьбы, манера жестикуляции, допустимый уровень экспрессии, стиль использования технологий, привычки повседневной активности формируются биографией, профессией, возрастом и социальной средой. Поэтому экзоспективная оценка психомоторики должна опираться не на абстрактную «норму», а на персональную базовую линию. В этом смысле экзоспекция приближается к тому, что в философии науки можно назвать переходом от номотетического к идиографическому измерению: вместо сравнения человека с популяцией в единичной точке времени мы сравниваем человека с самим собой во времени, выявляя отклонения, сдвиги и тренды (Windelband, 1894; Pearl, 2018). Именно этот переход особенно ценен в аффективной динамике и в профилактике обострений, где важно не абсолютное значение признака, а изменение его траектории.

Интерпретация моторных данных требует также различать «целенаправленную» и «нецеленаправленную» активность. В маниакальном возбуждении активность может быть высокой, но продуктивность низкой; в тревоге движение может быть выраженным, но носить характер разрядки; при депрессии активность может сохраняться на уровне обязательств, но происходить ценой внутреннего истощения и потерей удовольствия. Экзоспекция, чтобы быть клинически релевантной, должна сопоставлять моторные ряды с контекстными

признаками: географическими перемещениями, социальными контактами, паттернами коммуникации, речевой продукцией, временными маркерами сна. Тогда моторика становится не отдельным «биосигналом», а частью поведенческой семантики, где движение понимается как функция целей, а не только как механика тела (Bandura, 1986; Kahneman, 2011).

При этом необходимо учитывать, что психомоторика — один из самых уязвимых каналов с точки зрения ложных причин. Соматические заболевания, неврологические расстройства, хроническая боль, последствия травм, употребление психоактивных веществ, возрастные изменения и даже сезонные факторы способны радикально менять двигательность и её структуру. Экзоспекция обязана включать механизмы выявления таких конфаундеров, иначе риск диагностических ошибок возрастёт именно там, где измерение кажется «объективным». Фактически речь идёт о том, что моторные данные требуют клиникодифференциального мышления не меньше, чем любой симптом, описанный словами. Здесь проявляется парадокс экзоспекции: чем точнее сигнал, тем опаснее его неверная интерпретация. Поэтому психомоторика как канал данных требует особенно строгих правил интеграции и клинической валидации (Porper, 1959; Pearl, 2018; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Если подытожить, психомоторика и двигательные паттерны представляют собой один из наиболее перспективных источников экзоспективной информации, поскольку они соединяют феноменологическую традицию психиатрии с возможностью инструментального наблюдения. Двигательное поведение отражает темп психики, организацию мотивации, степень тревожной мобилизации, фазовую динамику аффекта и степень дезорганизации при психотических состояниях. Однако именно по причине высокой чувствительности к внешним влияниям моторные данные требуют осторожной интерпретации, обязательного учёта фармакотерапии и соматического статуса, а также опоры на индивидуальную базовую линию. Следующая подглава естественно продолжит этот анализ, переходя от возможностей к ограничениям: будут рассмотрены источники ошибок биосенсорики, проблемы валидности, воспроизводимости, приватности и клинической ответственности при использовании физиологических и поведенческих каналов данных в экзоспекции (Insel, 2017).

8.4. Ограничения биосенсоров в психиатрии

Биосенсоры и носимые устройства в последние годы приобрели статус почти универсального обещания «объективизации» психики: если эмоция и мысль не поддаются прямому наблюдению, то, кажется, можно измерить их периферические корреляты — автономную регуляцию, сон, двигательную активность, вариабельность сердечного ритма, кожно-гальванические реакции, температуру, дыхательные паттерны — и тем самым приблизиться к инструментальному описанию психического состояния. В логике экзоспекции такая надежда понятна: психиатрия исторически страдает от дефицита измерительных систем, а отсутствие калиброванных параметров усиливает зависимость

диагноза от интерпретаций и контекста взаимодействия (Jaspers, 1913). Однако именно в сфере биосенсорики особенно ярко проявляется эпистемологический парадокс: измеряемость физиологического сигнала ещё не означает измеряемости психического феномена, а «объективная» цифра может быть не менее двусмысленной, чем клиническое впечатление, если не встроена в строгую модель причинности, контекста и индивидуальной нормы (Popper, 1959; Pearl, 2009; Friston, 2010). Поэтому обсуждение ограничений биосенсоров — не скептическая ремарка на полях, а центральное условие корректного использования экзоспективных технологий в медицине, где цена ошибки особенно высока.

Прежде всего следует различать уровень сигнала и уровень смысла. Биосенсор фиксирует физическую величину или её производную: оптический датчик оценивает пульсовую волну, акселерометр — ускорения, гироскоп — угловые скорости, термодатчик — температуру кожи, микрофон — акустическую энергию и спектральные характеристики. Даже когда устройство выдаёт готовую метрику — «стресс», «сон», «энергия», — это уже не измерение, а модельная интерпретация, построенная разработчиком на основе скрытых алгоритмов и допущений. В психиатрии, где клинические сущности МКБ-10/11 определяются феноменологически — через переживания, мысли, поведение и функциональные последствия, — подмена феномена физиологическим индикатором особенно опасна. Например, повышение частоты сердечных сокращений и снижение вариабельности сердечного ритма могут сопровождать паническую атаку, но столь же вероятно отражают физическую нагрузку, лихорадку, гипертиреоз, побочное действие препаратов, абстиненцию, стимуляторы или простое недосыпание; в каждом случае «цифра» истинна, а вывод о тревожном расстройстве может быть ложным (Stahl, 2013). Это не частный пример, а принцип: психический диагноз не редуцируется к биосигналу, потому что психический диагноз — конструкция уровня личности и поведения, а биосигнал — проявление уровня физиологической регуляции, и связь между этими уровнями многозначна.

Второе ограничение связано с валидностью и воспроизводимостью измерений в реальной среде. Клинические приборы в кардиологии или неврологии работают в контролируемых условиях: фиксированная поза, стандартизированные процедуры, контроль помех и калибровка. Носимые устройства функционируют в условиях повседневной жизни, где артефакты являются нормой: плохой контакт датчика с кожей, движение, низкая температура окружающей среды, особенности пигментации и перфузии тканей, влажность, тремор, физическая работа, частая смена активности. Многие параметры, особенно получаемые оптическими методами, чувствительны к шуму; итоговые метрики могут систематически смещаться в зависимости от того, как именно человек носит устройство и какова его повседневная моторика. Это означает, что при попытке строить экзоспективные выводы мы сталкиваемся не только с вариабельностью психики, но и с вариабельностью самого измерителя, причём эти вариабельности смешиваются. В результате модель может «видеть» ухудшение состояния там, где изменился способ ношения датчика, и не видеть реальное

ухудшение там, где сигнал деградировал по техническим причинам (Torous, Onnela, Keshavan, 2017; Topol, 2019).

Третье ограничение — конфаундеры и соматическая коморбидность. Психиатрический пациент крайне редко существует как «чистая» психопатология. Возрастные изменения, сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные нарушения, хроническая боль, ожирение, воспалительные процессы, последствия инфекций, неврологические синдромы, употребление психоактивных веществ и лекарственные взаимодействия создают фон, на котором автономные и моторные показатели меняются независимо от психического состояния. В клиническом интервью врач по крайней мере способен выявить часть этих факторов, уточнив анамнез, лекарства и соматический статус; автоматизированная система, если она опирается только на биометрики, рискует интерпретировать соматический шум как психическую динамику. Это особенно критично там, где в МКБ-10/11 диагностика зависит от длительности, контекста и исключения иных причин: например, для тревожных расстройств и депрессивных эпизодов необходимо оценивать, не обусловлены ли симптомы веществами или соматическим заболеванием, а для психотических состояний — исключать органические причины и интоксикации. Следовательно, биосенсорика без клинического слоя — это не «объективизация», а повышенный риск систематических ложноположительных заключений.

Четвёртое ограничение относится к психофармакологии. Психиатрические препараты воздействуют на сон, вегетативную регуляцию, двигательность и циркадные ритмы, причём эти эффекты могут быть как терапевтическими, так и побочными. Седативное действие антипсихотиков и некоторых антидепрессантов способно снижать активность и изменять структуру сна, создавая картину «улучшения тревоги», если система интерпретирует уменьшение моторики как снижение напряжения; акатизия, напротив, может выглядеть как рост активности и «улучшение депрессии», хотя субъективно пациент переживает мучительное внутреннее беспокойство и высокий суицидальный риск. Нормотимики и антиконвульсанты способны менять двигательную координацию и утомляемость; стимуляторы и некоторые антидепрессанты — повышать частоту сердечных сокращений и снижать вариабельность сердечного ритма. Таким образом, биометрики в психиатрии неразрывно связаны с фармакологическим контекстом, и без точного учёта терапии экзоспективная интерпретация превращается в спекуляцию (Stahl, 2013; Owens, 1999). Это означает, что в экзоспективном профиле должны присутствовать данные о лекарствах, дозах, сменах режима и приверженности, иначе сенсорные ряды будут отражать не столько психическую динамику, сколько динамику лечения.

Пятое ограничение — проблема комплаенса и «провалов данных». В отличие от лабораторной диагностики, где тест проводится однократно под контролем специалиста, экзоспективная биосенсорика предполагает длительное, иногда непрерывное наблюдение. Но долгосрочное наблюдение требует ежедневной дисциплины: носить устройство, заряжать его, обновлять приложения, синхронизировать данные, не отключать разрешения, не менять настройки при-

ватности. Именно психиатрические состояния, для мониторинга которых биосенсорика кажется особенно полезной, часто сопровождаются снижением организованности и мотивации, нарушениями режима сна, импульсивностью, параноидной настороженностью, а иногда и сознательным отказом от наблюдения. В депрессии пациент может перестать носить устройство из-за апатии, в мании — забывать зарядку и терять гаджеты, при психозе — воспринимать мониторинг как угрозу. Поэтому пропуски данных не являются случайными; они статистически связаны с тяжестью состояния, что порождает скрытую систематическую ошибку: когда состояние ухудшается, данные чаще исчезают, и модель видит «стабильность» именно потому, что перестала видеть пациента (Torous, Onnela, Keshavan, 2017). В научной методологии такая ситуация называется неслучайной пропущенностью, и она требует специальных подходов к интерпретации и контролю качества, иначе система будет оптимистично ошибаться в самые критические моменты (Pearl, 2009).

Шестое ограничение — реактивность наблюдения. Сам факт измерения меняет поведение и переживание. Человек, знающий, что его сон и пульс регистрируются, может корректировать режим, испытывать тревогу по поводу показателей, формировать зависимость от «цифры», интерпретировать любой сдвиг как угрозу. В психиатрии эта реактивность может принимать клинически значимые формы: усиливать ипохондрические опасения, повышать тревожный контроль, формировать компульсивные проверки, создавать иллюзию катастрофы при колебаниях, которые физиологически нормальны. В этом смысле биосенсорика способна не только измерять тревогу, но и производить её, становясь частью патологического круга. Экзоспекция обязана учитывать этот эффект и проектировать режимы обратной связи таким образом, чтобы не превращать мониторинг в фактор психопатогенеза (Kahneman, 2011; Beck, 1976).

Седьмое ограничение связано с тем, что многие биосенсорные показатели обладают высокой неспецифичностью по отношению к нозологическим категориям. Вегетативные параметры отражают общий уровень напряжения и мобилизации, но не различают, является ли эта мобилизация тревожной, аффективной, соматической, мотивационной или ситуативной. Нарушение сна может сопровождать депрессию, манию, тревожные расстройства, ПТСР, употребление веществ, хроническую боль и десятки иных состояний. Повышенная активность встречается в мании, но также при адаптационных реакциях, при некоторых личностных стилях, в условиях внешнего стресса или при профессиональной нагрузке. Экзоспекция не должна поддаваться соблазну «биомаркера диагноза» там, где речь идёт о «биомаркерах состояния», общих для разных психопатологических траекторий. В терминах МКБ-11, где всё больше внимания уделяется описанию симптомных доменов и функциональных нарушений, это означает: биосенсоры лучше подходят для оценки тяжести, динамики и ответа на лечение, чем для первичной нозологической квалификации. Попытка использовать их как прямой диагностический ключ неизбежно приведёт к клиническим ложным обобщениям (Insel, 2017).

Восьмое ограничение — алгоритмические смещения и переносимость моделей. Даже если сенсорный сигнал корректен, интерпретационная модель может быть обучена на нерепрезентативных выборках: определённый возраст, определённая культура, определённый уровень цифровой грамотности, определённые типы устройств. В результате показатели «нормы» и «отклонения» становятся не медицинскими, а демографическими: модель точнее распознаёт паттерны у тех, кто похож на обучающую популяцию, и хуже — у тех, кто от неё отличается. В психиатрии это особенно чувствительно, потому что социальные и культурные различия влияют на режим, активность, выражение эмоций и практики сна. Ошибка здесь имеет не только технический, но и этический смысл: система может усиливать неравенство в доступе к качественной диагностике, если её точность распределяется неравномерно. Следовательно, экзоспективные решения требуют строгой внешней валидации и постоянного мониторинга качества на разных подгруппах, а не только демонстрации «высокой точности» в лабораторной публикации (Topol, 2019; Pearl, 2009).

Девятое ограничение — дрейф во времени. У человека меняются привычки, работа, сезонный режим, уровень физической тренированности, соматический статус; меняются устройства, прошивки, алгоритмы производных метрик; меняются правила обработки данных и даже определения того, что считать «сном» или «стрессом». Поэтому экзоспективная система, построенная как статическая модель, неизбежно устаревает. В краткосрочной перспективе дрейф приводит к ложным тревогам или ложному успокоению; в долгосрочной — к деградации диагностической ценности. В клиническом контуре это означает необходимость непрерывной калибровки и пересмотра базовых линий, а также прозрачности алгоритмов, чтобы врач мог понимать, что именно изменилось: пациент или измеритель (Friston, 2010; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Десятое ограничение — проблема конфиденциальности, доверия и допустимости наблюдения. Экзоспекция в психиатрии неизбежно приближается к границе между медицинским мониторингом и наблюдением как социальным контролем. Чем больше каналов данных мы используем, тем точнее можем реконструировать повседневную жизнь: маршруты, режим, социальные контакты, паттерны поведения. Но в психиатрии эти данные обладают особой чувствительностью: они могут быть интерпретированы как признаки «неблагонадёжности», использованы работодателями, страховыми компаниями, судебными органами, членами семьи. Даже при формальном согласии пациента существует риск скрытого принуждения и асимметрии власти, особенно в судебно-психиатрических и пенитенциарных контекстах, где добровольность всегда проблематична. Поэтому биосенсорика как часть экзоспекции должна быть принципиально ограничена принципом минимально достаточных данных и строгим разграничением медицинской цели и административного контроля. В противном случае экзоспекция утратит легитимность и превратится в технологию, которую пациент будет обходить, скрывать или саботировать — и тогда исчезает сам предмет измерения (Floridi, 2013).

Из перечисленных ограничений следует важный методологический вывод: биосенсорика в психиатрии наиболее оправдана тогда, когда она включена в многоканальную, клинически осмысленную модель и используется не как «замена» врача, а как источник независимых рядов, дополняющих феноменологическое описание. Биосенсорные данные должны рассматриваться как вероятностные свидетельства, требующие интеграции с речевыми, поведенческими, контекстными и клиническими данными, а также с информацией о терапии и соматическом статусе. Иначе говоря, экзоспекция обязана быть не биометрическим редукционизмом, а инструментальной феноменологией, где измерение служит уточнению клинического смысла, а не подменяет его. Этот вывод подготавливает переход к следующей главе, где рассматриваются источники данных, наиболее близкие к психике по своей природе: речь, голос и поведение, то есть те каналы, где психическое выражает себя не через периферическую физиологию, а через структуру коммуникации и действия, формируя более прямой материал для экзоспективного анализа (Jaspers, 1913; Insel, 2017).

Глава 9. Речь, голос и поведение как ключевые источники экзоспекции

9.1. Речь как структурный отпечаток мышления

Переход от биосенсорики к анализу речи и голоса в логике экзоспекции не является просто сменой «канала данных»; это переход к материалу, который по самой своей природе расположен ближе к психике. Физиологические метрики отражают главным образом периферические корреляты регуляции, тогда как речь является способом существования мышления во внешнем мире, его наблюдаемой формой, в которой внутреннее становится доступным внешнему анализу. Уже классическая психопатология, начиная с феноменологической традиции, рассматривала языковое выражение не как вторичное украшение переживания, а как структурный слой психической жизни: через речь выявляется то, как субъект связывает смыслы, удерживает тему, строит причинность, различает реальное и воображаемое, соотносит себя с другими и со временем (Jaspers, 1913). Экзоспекция, претендующая на инструментальную объективизацию психики, неизбежно должна сделать речь одним из центральных источников данных, потому что именно здесь наблюдение касается не только «следов» психического, но и его формообразования.

Фундаментальная причина, по которой речь может рассматриваться как «структурный отпечаток мышления», связана с двуединством языка: он одновременно является средством коммуникации и когнитивным инструментом. Психолингвистическая традиция показала, что речевая деятельность не сводится к передаче готовой мысли; напротив, мысль во многом формируется в процессе языкового оформления, а выбор грамматики, лексики, синтаксиса и дискурсивных стратегий отражает способы когнитивной организации опыта (Vygotsky, 1934; Лурия, 1973). Отсюда следует важный для экзоспекции тезис: если язык участвует в построении мысли, то наблюдение языковой формы поз-

воляет реконструировать не только содержание, но и архитектуру когнитивного процесса, включая его нарушения. В клинической практике это интуитивно известно каждому психиатру: иногда достаточно нескольких минут свободного рассказа, чтобы увидеть темп мышления, степень связности, уровень абстракции, способность к самокоррекции и критике. Экзоспекция делает следующий шаг: она стремится перевести эти наблюдения из области неформальной экспертной интуиции в область параметризуемого, сопоставимого и воспроизводимого анализа, где каждый признак имеет операциональное определение и статистическую устойчивость (Popper, 1959; Pearl, 2009).

Чтобы понять, в чём именно «структура» речи отражает структуру мышления, необходимо развести несколько уровней, которые в клинике обычно сплавлены в единое впечатление. На самом поверхностном уровне речь несёт семантический слой — что человек говорит. Однако для экзоспекции более значимы уровни, которые в обычном разговоре остаются незаметными, но в патологии становятся диагностически нагруженными: как человек говорит, как он строит связность, как удерживает референции, как регулирует диалог, как организует повествование во времени и причинности. Эти уровни близки к тому, что в психопатологии описывается как нарушения формального мышления и речи при психотических расстройствах, либо как изменения темпа и продуктивности при аффективной патологии, либо как особенности когнитивного стиля и самопрезентации при личностных расстройствах (Bleuler, 1911; Andreasen, 1979; Beck, 1976). В терминах МКБ-10/11 речь выступает не самостоятельной нозологией, а наблюдаемым выражением симптомных доменов: расстройства мышления, аффекта, волевой регуляции, восприятия, а также нарушений социального функционирования.

Классическая психиатрия, формировавшаяся как дисциплина описания феноменов, накопила огромный корпус языковых наблюдений. «Разорванность ассоциаций», «скачка идей», «резонёрство», «паралогика», «обстоятельность», «персеверации», «неологизмы», «эхолалия», «мутизм» — все эти понятия представляют собой попытки схватить именно структурные деформации речевого процесса. Они не сводятся к «ошибкам языка»; они отражают нарушение механизмов смысловой интеграции, селекции релевантных признаков, контроля ассоциативного потока и соотнесения высказывания с коммуникативной задачей (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913). В современной когнитивной науке эти же явления часто обсуждаются в терминах дефицитов исполнительного контроля, предиктивного кодирования и нарушения баланса между восходящими сигналами и нисходящими ожиданиями; язык в этом контексте становится окном в работу механизмов предсказания и коррекции ошибки, которые составляют основу адаптивного мышления (Friston, 2010). Экзоспекция, опирающаяся на ИИ, потенциально способна связать феноменологические описания с вычислительными моделями: не заменяя клинику, а уточняя её операциональный аппарат.

Речь особенно ценна для экзоспекции ещё и потому, что она естественно образует временные ряды. Даже короткое интервью содержит динамику: изменения темпа, колебания латентности ответов, эпизоды остановок, попытки са-

мокоррекции, уходы от темы и возвращения к ней. На длинных дистанциях — в дневниках, мессенджерах, аудиосообщениях, телефонных разговорах — речь превращается в массив естественных данных, где можно наблюдать суточные и недельные колебания, реакцию на события, эффекты терапии и ранние предвестники обострения. В этом смысле речь является не только «снимком», но и «монитором» психики. Для аффективных расстройств это особенно принципиально: клинически значимы не только наличие симптомов, но и их динамика, цикличность, реактивность и связь с ритмами жизни, что прямо соответствует современному акценту МКБ-11 на функциональном влиянии и траекториях течения. Если при депрессии речь часто становится беднее, медленнее, с уменьшением разнообразия тем и эмоциональных оттенков, то при гипомании и мании наблюдается противоположный вектор: повышение речевой продукции, ускорение, скачка идей, ассоциативные разветвления. Экзоспекция может фиксировать такие изменения как количественные и структурные индикаторы, не подменяя ими диагноз, но усиливая чувствительность мониторинга (Goodwin, Jamison, 2007; Beck, 1976).

Однако говорить о речи как об «отпечатке мышления» — значит принять, что речь не является прозрачным зеркалом. Она всегда опосредована культурой, образованием, ситуацией интервью, мотивацией и стратегиями самопрезентации. Человек может сознательно контролировать содержание, частично контролировать форму, а иногда и имитировать симптом. В судебно-психиатрическом контексте это приобретает особую значимость: речевое поведение может быть инструментом симуляции или диссимуляции, и экзоспекция должна учитывать, что языковые паттерны включают слой намерения и социальной игры (Goffman, 1959). Тем не менее, именно в напряжении между контролируемыми и неконтролируемыми компонентами речи и возникает диагностическая ценность: чем больше когнитивная нагрузка, чем дольше и свободнее нарратив, чем сложнее требования к удержанию референций и причинности, тем труднее полностью контролировать структурный рисунок речи. В этом смысле экзоспекция должна проектировать сбор речевых данных так, чтобы он выявлял устойчивые структурные признаки, а не только декларативные ответы на вопросы. Это соответствует общему принципу инструментального наблюдения: измерять не то, что человек сообщает, а то, как система функционирует при выполнении когнитивной задачи (Лурия, 1973; Kahneman, 2011).

С точки зрения методологии ИИ важным является различие между семантическим и структурным анализом речи. Семантический анализ стремится понять темы, эмоции, убеждения и оценки; он ближе к содержанию переживаний. Структурный анализ исследует организацию: связность, последовательность, логические переходы, стабильность референций, сложность синтаксиса, вариативность словаря, устойчивость к отвлечениям. Для психиатрии оба слоя релевантны, но их клинический смысл различен. Семантика особенно важна при оценке суицидальности, бредовых убеждений, травматического опыта и самооценки; структура — при оценке формального мышления, аффективного темпа, когнитивной гибкости и контроля. В МКБ-10/11 это соотносится с тем,

что диагнозы определяются не отдельными словами, а сочетанием симптомов и признаков, их длительностью и влиянием на функционирование; поэтому экзоспекция должна извлекать из речи не «ярлыки», а параметры, которые затем интегрируются с клинической картиной. Фактически речь становится интерфейсом между феноменологией и параметризацией.

Исторически психиатрия уже имела «речевые инструменты» — психопатологическое интервью и описание психического статуса. Но эти инструменты были ограничены человеческой памятью, вниманием и субъективной интерпретацией. Врач фиксирует лишь часть речевого материала, обычно в виде обобщений, и неизбежно фильтрует услышанное через профессиональные ожидания и контрперенос, о чём говорилось в первых разделах книги. Алгоритмический анализ речи потенциально устраняет часть этих ограничений: он способен сохранять полный массив высказываний, измерять параметры последовательно, сравнивать пациента с самим собой во времени и выявлять слабые сигналы, которые в обычной беседе не удерживаются. Но это преимущество реализуется только при соблюдении строгих условий валидности: стандартизации задач, контроля контекста, обеспечения сопоставимости записей, учёта языка и диалекта, и — принципиально — прозрачности того, какие признаки извлекаются и как они интерпретируются (Torous, Onnela, Keshavan, 2017; Topol, 2019). Иначе «объективность» будет лишь иллюзией, а модель — источником новых искажений.

Важнейшая клиническая перспектива анализа речи — возможность связать феноменологические домены с вычислимой структурой. Так, при шизофреническом спектре ключевым становится вопрос о связности и организационном принципе мышления: не только наличие необычных идей, но и то, как они соединяются, как нарушается общий «каркас» смысла, обеспечивающий коммуникацию. Феноменологические описания этого каркаса встречаются уже у Блейлера и Ясперса, а в позднейшей англоязычной традиции — в работах по формальному расстройству мышления, где подчёркивается диагностическая значимость именно формы, а не содержания (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913; Andreasen, 1979). Для аффективных расстройств форма речи часто отражает энергетический и темповый компонент: замедление, бедность, монотонность, либо ускорение и продуктивность; для тревожных — напряжённость, руминативность, повторяемость, избегание определённых тем; для посттравматического расстройства — фрагментация нарратива, трудности интеграции события, характерные изменения в самоописании и причинности, что связано с механизмами памяти и смысловой переработки травмы (Beck, 1976; Herman, 1992). Экзоспекция может придать этим наблюдениям количественную форму и тем самым усилить межврачебную сопоставимость, оставаясь при этом в пределах клинического смысла.

Наконец, речь имеет уникальное свойство: она одновременно отражает индивидуальность. Два пациента с одним диагнозом могут говорить совершенно по-разному, потому что речь несёт слой личности, образования, культурного капитала и жизненного опыта. Это осложняет нозологическую классификацию,

но открывает возможность персонализированной экзоспекции: сравнивать человека прежде всего с самим собой, выявляя отклонения от индивидуальной базовой линии. Такой подход особенно соответствует реальности психиатрии, где клиническая значимость часто определяется не абсолютным значением симптома, а изменением относительно привычного функционирования. ИИ-экзоспекция, ориентированная на временные ряды и индивидуальные траектории, способна сделать этот принцип не декларацией, а практической методикой, если она будет построена на корректных статистических моделях и клинических правилах интерпретации (Pearl, 2009). Тем самым речь становится не просто источником «данных», а центральным носителем психической динамики в человеческом мире — тем местом, где психика оставляет наиболее структурированный и социально значимый след.

Дальнейшие подразделы главы уточняют те параметры, которые делают речевой материал особенно пригодным для экзоспекции: просодические характеристики, темп и латентность ответов, которые задают «физиологию речи» на стыке аффекта и моторики; затем — анализ нарратива и связности мышления как уровня смысловой архитектуры; и, наконец, интеграция речи с видеоанализом мимики и моторного поведения, где речевая форма связывается с невербальной экспрессией, повышая полноту экзоспективного профиля (Ekman, 1992; Friston, 2010).

9.2. *Просодия, темп и латентность ответов*

Если в предыдущем подразделе речь рассматривалась как носитель смысловой архитектуры мышления, то здесь необходимо выделить иной слой — акустико-временную «физиологию речи», то есть те параметры, которые лежат на границе между аффектом, психомоторикой, вниманием и исполнительным контролем. Просодия, темп и латентность ответов обладают особым значением для экзоспекции по двум причинам. Во-первых, они относительно слабо зависят от декларативного содержания и потому менее подвержены сознательному редактированию в сравнении с темами и утверждениями, особенно при длительной коммуникации. Во-вторых, они образуют измеряемые ряды, допускающие стандартизацию, нормирование и сопоставление между записями и временными интервалами. В классической клинике эти параметры всегда присутствовали как часть «общего впечатления» о пациенте — монотонность, замедленность, торопливость, напор речи, паузы, «словесная вязкость», внезапные остановки. Экзоспекция стремится вывести эти впечатления из области описательной метафорики в область операциональных признаков, где они могут быть измерены, интерпретированы и сопоставлены (Jaspers, 1913; Лурия, 1973).

Просодия в широком смысле включает высоту основного тона, его вариативность, интенсивность, мелодику фразы, ритм, акцентную структуру, а также характеристики паузирования и микродинамику артикуляции. Психиатрически важным является то, что просодия является не просто «музыкальностью»

речи, а внешним выражением регуляции возбуждения, эмоциональной модуляции и социального приспособления. Когда аффективная система активна и гибка, речь обычно содержит разнообразие интонационных контуров, адекватное контекстуальное подчёркивание, изменения тембра и громкости, согласованные с смыслом и ситуацией. При снижении аффективной реактивности, характерной для депрессивных состояний, может наблюдаться уменьшение просодической вариативности, тенденция к монотонности и выравниванию мелодики фразы. В клинических терминах это соответствует феноменам «аффективного уплощения» и «анергии», однако важно подчеркнуть: речь не является прямым измерителем аффекта, она отражает лишь его поведенческий выход и моторную реализацию (Beck, 1976; Goodwin, Jamison, 2007). При маниакальных и гипоманиакальных состояниях, напротив, возможно увеличение динамики: повышение громкости, ускорение, интонационная экспансивность, более резкие переходы. В обоих случаях просодия выступает не в качестве самостоятельного «диагностического критерия», а как индикатор доменов, которые затем сопоставляются с МКБ-10/11: выраженность аффективных симптомов, психомоторная активность, нарушение сна, импульсивность, социальная дисфункция.

Темп речи и темп речевой продукции занимают промежуточное положение между моторикой и когнитивной организацией. Темп включает скорость артикуляции, скорость произнесения слогов, частоту слов, а также динамику ускорений и замедлений в ходе одного высказывания. В психопатологии темп связан как с энергетическим компонентом (психомоторное торможение или возбуждение), так и с когнитивной регуляцией (способностью планировать фразу, удерживать цель, подавлять нерелевантные ассоциации). При депрессии, особенно при меланхолическом или выраженно заторможенном варианте, часто наблюдаются замедление речи, удлинение пауз, снижение спонтанности и сокращение объёма речевого потока. В терминах МКБ-10 это коррелирует с психомоторной заторможенностью как одним из ключевых клинических признаков депрессивного эпизода, а в МКБ-11 — с оценкой степени выраженности симптомов и влияния на функционирование. При мании темп, напротив, может становиться ускоренным, с ростом речевой продукции и снижением самоконтроля: речь «переполняет» коммуникационный контур и превращается в симптом как таковой. При тревожных расстройствах картина сложнее: темп может возрастать на фоне внутреннего напряжения, но также может становиться неравномерным, с паузами, прерываниями, «зависаниями» и самокоррекциями, отражающими когнитивную перегрузку и повышенную самонаблюдательность; здесь важно отличать моторное возбуждение от избегания и руминативных остановок (Kahneman, 2011).

Латентность ответов — время от завершения реплики собеседника или вопроса до начала ответа — является особенно интересным параметром для экзоспекции, потому что она относительно проста для измерения и одновременно многослойна по смыслу. Латентность зависит от слухового восприятия, понимания вопроса, принятия решения о стратегии ответа, доступа к памяти, планирования фразы, мотивации к коммуникации и — в судебном контексте — от

намерения скрывать или конструировать определённый образ. В клинике удлинение латентности может отражать депрессивное торможение, психастеническую неуверенность, когнитивный дефицит, негативную симптоматику или сниженную вовлечённость. Сокращение латентности может отражать импульсивность, раздражительность, маниакальную напористость или сниженный контроль. Однако решающим является то, что латентность не должна интерпретироваться изолированно: она значима только в сопоставлении с контекстом, сложностью вопроса, эмоциональной нагрузкой темы и общей структурой беседы. Экзоспекция обязана встроить эту мысль в саму архитектуру алгоритма: измерение возможно автоматически, а интерпретация должна быть контекстно-зависимой и клинически опосредованной (Pearl, 2009; Topol, 2019).

Преимущество ИИ-подхода состоит в том, что он позволяет различать устойчивые паттерны и ситуативные колебания. Врач в интервью неизбежно фиксирует лишь наиболее заметные признаки: «отвечает с паузами», «ускоренная речь», «монотонен». Но для диагностической и прогностической ценности важны тонкие сдвиги, которые часто предшествуют клинически очевидному ухудшению или улучшению. В мониторинговом режиме, особенно при амбулаторном наблюдении, небольшое увеличение длительности пауз, снижение вариативности тона, сужение динамического диапазона громкости и рост задержек ответа могут выступать как ранние индикаторы рецидива депрессии или нарастания негативной симптоматики. Аналогично, нарастание темпа, уменьшение пауз и рост речевой напористости могут предшествовать маниакальному сдвигу, особенно если это сопровождается уменьшением длительности сна и ростом активности (Goodwin, Jamison, 2007; Torous, Onnela, Keshavan, 2017). Здесь проявляется ключевой принцип экзоспекции: наблюдать не «симптом как слово», а «симптом как динамику параметров», то есть как изменение системы во времени, что согласуется с общими представлениями о психических расстройствах как о нарушениях регуляции и адаптации.

Тем не менее, перевод просодических и временных признаков в клинически валидные показатели требует строгого различения между измеряемостью и значимостью. Факт того, что параметр можно вычислить, не означает, что он является устойчивым маркером психопатологии. Просодия и темп чрезвычайно чувствительны к внешним условиям: микрофон, расстояние до источника звука, акустика помещения, качество связи, стресс интервью, культурные нормы выражения эмоций, возраст, соматические заболевания, приём психотропных средств и даже усталость. В особенности это касается психофармакологии: седативные эффекты антипсихотиков, нормотимиков или анксиолитиков могут изменять темп и просодию независимо от динамики основного расстройства; антидепрессанты и стимуляторы могут изменять психомоторную активность; экстрапирамидные побочные эффекты способны отражаться на артикуляции и речевой моторике. Следовательно, экзоспекция должна учитывать медикаментозный контекст как часть модели, иначе будет происходить смешение симптомов болезни и эффектов терапии. Эта задача является не только технической, но и клинической: она требует формализации данных о лечении, дозировках и

времени приёма, то есть связи экзоспективных параметров с анамнезом и медицинской документацией.

Ещё один принципиальный слой — социально-прагматический. Просодия и темп — это не только физиологические проявления, но и средства социального воздействия. Человек может ускорять речь, чтобы доминировать; замедлять, чтобы подчеркнуть значимость; повышать громкость, чтобы усилить впечатление; делать паузы, чтобы вызвать сочувствие или создать эффект обдуманности. В этом смысле речь является не нейтральным «выходом» психики, а инструментом взаимодействия, где личностные особенности и социальные стратегии неотделимы от клинического материала (Goffman, 1959). Для экзоспекции это означает необходимость различать «стиль» и «сдвиг». Стиль может быть стабильной индивидуальной характеристикой: привычная монотонность, привычная медлительность, склонность к паузам. Сдвиг — это отклонение от индивидуальной базовой линии. Именно поэтому персонализированная экзоспекция, основанная на сравнении человека с самим собой, обладает большей клинической перспективой, чем попытка построить универсальные пороги «нормы», особенно в многоязычных и мультикультурных популяциях (Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Особое место в анализе занимает феномен пауз. Паузы могут быть «семантическими» — обусловленными поиском слова, планированием высказывания, переходом между темами. Они могут быть «аффективными» — когда пауза связана с переживанием, слезами, внутренним напряжением, избеганием. Они могут быть «когнитивными» — отражающими перегрузку внимания или дефекты рабочей памяти. Они могут быть «моторными» — связанными с речевой апраксией, дизартрией, экстрапирамидными явлениями. И, наконец, они могут быть «стратегическими». Клиническая феноменология давно учила врача отличать «паузы по смыслу» от «паузы по пустоте», но это различие обычно остается в зоне опыта. Экзоспекция не может ограничиться измерением длительности пауз; она должна стремиться к многофакторной интерпретации, где пауза рассматривается в связке с контекстом вопроса, последующим качеством ответа, невербальными маркерами и, по возможности, физиологическими метриками (Лурия, 1973; Ekman, 1992). Так выстраивается мост между речевым и моторно-аффективным уровнями наблюдения.

Важным является и соотношение просодии с эмоциональными состояниями, но здесь требуется методологическая осторожность. Популярная идея «распознавания эмоций по голосу» часто страдает от чрезмерных обобщений. Эмоции не существуют как фиксированные универсальные акустические «подписи», одинаковые у всех людей и во всех культурах; голос отражает одновременно возбуждение, валентность, намерение, социальный контекст и индивидуальные привычки. В научной литературе существует напряжение между подходами, которые трактуют эмоции как дискретные универсальные категории, и подходами, которые подчеркивают конструктивистскую природу эмоционального опыта и его культурную вариативность (Ekman, 1992; Barrett, 2017). Экзоспекция, претендующая на научную корректность, должна занимать прагмати-

ческую позицию: использовать голосовые параметры не как «детектор эмоций», а как индикаторы регуляции и реактивности, которые затем сопоставляются с клиническим контекстом, психическим статусом и задачами диагностики. Эта позиция особенно важна в судебной практике, где «эмоциональные выводы» из голоса могут привести к неверной интерпретации намерений и достоверности показаний.

В рамках МКБ-10/11 просодия, темп и латентность имеют значение прежде всего как вспомогательные признаки доменов психопатологии. Например, при депрессивных эпизодах и рекуррентной депрессии они могут отражать психомоторную заторможенность и снижение эмоциональной реактивности; при биполярном расстройстве — смену фаз, в том числе субсиндромальные колебания; при шизофрении и других психотических расстройствах — нарушения спонтанности, негативные симптомы и особенности формального мышления; при тревожных расстройствах — напряжение, избегание и вегетативную активацию; при расстройствах личности — устойчивые коммуникативные паттерны, которые модифицируют клиническую презентацию. Экзоспекция должна удерживать это соответствие: параметры речи — это не диагноз, а измеряемые компоненты профиля, который затем интегрируется с другими источниками данных и клиническим суждением.

Для практической реализации экзоспекции важно также подчеркнуть роль стандартизации речевых задач. Свободный нарратив даёт богатый материал, но он менее сопоставим между сессиями. Структурированное интервью повышает сопоставимость, но может подавлять спонтанность. Комбинация обоих режимов создаёт оптимальную конфигурацию: стандартизированные вопросы для измерения темпа и латентности на сопоставимых отрезках и свободное высказывание для анализа естественной просодии и вариативности. Принципиально, что экзоспекция должна быть проектирована как система измерений, а не как «разговор с ИИ»: иначе данные будут зависеть от случайных особенностей диалога. Здесь вновь проявляется отличие экзоспекции от интерспекции: задача — не понять человека субъективно, а создать условия наблюдения, где измерения воспроизводимы и интерпретируемы (Popper, 1959; Topol, 2019).

Наконец, необходимо учитывать ограничения «технической онтологии» голоса. Любое измерение просодии в цифровой среде связано с предобработкой: шумоподавление, компрессия, кодеки, автоматическая регулировка громкости, фильтрация частот. Эти процессы могут искусственно сглаживать вариативность, изменять динамический диапазон и искажать паузирование, особенно в мобильных приложениях и мессенджерах. Поэтому экзоспекция обязана фиксировать метаданные записи и качество сигнала как часть наблюдения. Без этого алгоритм будет приписывать психике то, что принадлежит каналу связи. Проблема напоминает классическую эпистемологическую мысль о том, что измерительный прибор не нейтрален: он всегда привносит собственную структуру в данные, и задача научного метода — отделять сигнал от артефакта (Kuhn, 1962; Pearl, 2009). В психиатрии цена артефакта особенно высока, потому что

ошибочный вывод может повлиять на лечение, правовые решения и судьбу человека.

Таким образом, просодия, темп и латентность ответов составляют один из наиболее перспективных пластов экзоспективных данных: они одновременно близки к психомоторике и аффективной регуляции, достаточно устойчивы для мониторинга и относительно доступны для измерения в повседневной коммуникации. Однако их клиническая ценность возникает только при соблюдении трёх условий: контекстной интерпретации, персонализированного сравнения с базовой линией и методологического контроля канала записи. Эти условия превращают голосовую аналитику из технологической демонстрации в инструмент клинической науки, где измерение подчинено смыслу и ответственности. В следующем подразделе будет рассмотрен более высокий уровень речевых данных — анализ нарратива и связности мышления, где речь выступает не как моторно-аффективный индикатор, а как карта смысловой интеграции, особенно значимая для психотических и диссоциативных состояний (Jaspers, 1913; Andreasen, 1979).

9.3. Анализ нарратива и связности мышления

В клинической традиции психиатрии речь никогда не рассматривалась лишь как «канал сообщения». Она понималась как феноменологическая поверхность мышления, на которой становятся доступными наблюдению его структура, динамика и внутренние противоречия. Уже ранняя психопатология подчёркивала, что речь — это не только содержание, но и способ организации опыта во времени, то есть нарратив, который задаёт порядок событий, причинность, агентность, оценку и смысл (Jaspers, 1913). Именно поэтому анализ нарратива занимает центральное место в экзоспекции: он позволяет увидеть психическое состояние не как набор симптомов, а как систему смысловой интеграции, где меняются отношения между «я», «миром», «другими» и «временем». Для искусственного интеллекта это направление принципиально важно, поскольку оно открывает возможность соединить количественные признаки речи с качественными характеристиками мышления, не редуцируя психику к простым сигналам.

Нарратив в данном контексте следует понимать как способ построения рассказа о себе и о реальности, включающий выбор событий, их последовательность, причинно-следственные связи, эмоциональные акценты и социальные адресаты. Человек не просто «сообщает факты», он конструирует интерпретацию, тем самым раскрывая базовые когнитивные схемы и устойчивые модели смыслообразования (Bruner, 1990; Ricoeur, 1984). В психопатологии эти модели могут становиться ригидными, фрагментированными, чрезмерно подозрительными, катастрофизирующими, грандиозными или, напротив, обеднёнными, что отражается в клинической картине расстройств, описанных в МКБ-10/11. Экзоспекция, ориентированная на данные, должна уметь выявлять признаки такого изменения нарратива и сопоставлять их с доменами психопатоло-

гии: аффективной регуляцией, тревожной реактивностью, психотическим уровнем нарушения реальности, личностной организацией, когнитивной продуктивностью и социальным функционированием.

Под связностью мышления в классической психиатрии подразумевается способность удерживать цель высказывания, поддерживать логические связи между предложениями, сохранять тематическую непрерывность и адекватно переходить между темами. Связность — это наблюдаемое проявление когнитивной интеграции. В клиническом интервью врач интуитивно оценивает, «насколько речь понятна», «насколько мысли следуют друг за другом», «есть ли разорванность» или «скачка идей». Экзоспекция ставит задачу формализовать эти наблюдения таким образом, чтобы они стали измеримыми и воспроизводимыми, но при этом не утратили клинического смысла. Здесь возникает методологическое напряжение: связность — категория феноменологическая, а измеримость — категория техническая. Переход от первой ко второй возможен только при введении операциональных определений, которые описывают связность как совокупность признаков: семантическую связанность соседних фрагментов, стабильность референтов, структуру причинности, целостность временной оси, согласованность местоимений и ролей, а также способность отвечать на вопрос, не уходя в нерелевантные ассоциации (Andreasen, 1979; Лурия, 1973).

Исторически изучение нарушений мышления в психиатрии проходило через клинические описания формальных расстройств мышления, наиболее ярко проявляющихся при шизофреническом спектре. Терминологическая традиция включает такие феномены, как разорванность, соскальзывание, тангенциальность, обстоятельность, инкогерентность, неологизмы. При этом современная психиатрия подчёркивает, что нарушения связности могут встречаться не только при психотических расстройствах, но и при тяжёлой депрессии, мании, интоксикациях, деменции, расстройствах развития и состояниях тяжёлого стресса. Экзоспекция должна быть особенно осторожной: формальные признаки разорванности речи нельзя автоматически приписывать «шизофрении», поскольку они могут быть вторичными по отношению к тревоге, бессоннице, медикаментозным эффектам или когнитивному снижению. Следовательно, анализ нарратива обязан быть включён в более широкий профиль состояния, где учитываются контекст, динамика, анамнез и сопутствующие показатели (Insel, 2010).

С клинической точки зрения нарративная организация меняется по-разному в зависимости от доминирующего синдрома. В депрессии нередко наблюдается сужение тематического поля, повторяемость смыслов, доминирование интерпретаций в терминах утраты, вины, беспомощности и безнадежности. Нарратив становится монотонным не только просодически, но и смыслово: события прошлого интерпретируются как подтверждение собственной несостоятельности, настоящее — как невозможность изменения, будущее — как закрытая перспектива. Этот феномен соответствует когнитивной триаде депрессии и связан с устойчивыми негативными схемами, описанными в когнитивной

терапии (Beck, 1976). Экзоспективно важно, что такие изменения проявляются в повторяющихся причинно-следственных структурах, в склонности к глобальным выводам, в снижении вариативности объяснений. При этом в тяжёлой депрессии возможны и когнитивные нарушения, которые отражаются в более грубых сдвигах связности: затруднение удержания темы, бедность ассоциаций, снижение продуктивности. В мании, напротив, нарратив может становиться чрезмерно разветвлённым, насыщенным побочными линиями, гиперсоциальным и экспансивным, с тенденцией к скачке идей. Здесь связность не обязательно «ломается» в смысле инкогерентности, но нарушается удержание цели: речь теряет структурную экономию, становится трудно отделить основную линию от ассоциативных ответвлений. В МКБ-10/11 эти особенности соотносятся с ускорением мышления, повышенной речевой продукцией, отвлекаемостью и повышенной активностью.

Тревожные расстройства в нарративе часто проявляются как доминирование гипотетического будущего и бесконечных сценариев «что если», где причинность строится не на фактах, а на вероятностных угрозах. Нарратив может быть формально связным, но его структура становится циклической: пациент возвращается к одной и той же теме, пытаясь снизить неопределённость, но тем самым усиливая руминативный контур. Для экзоспекции это означает необходимость различать когнитивную связность и функциональную продуктивность: речь может быть логичной, но «застревать» в узком классе предсказаний и сомнений. В этом контексте анализ нарратива становится инструментом выявления руминативных и персеверативных паттернов, а также признаков избегания и селективного внимания к угрозам (Borkovec, 1994; Clark, Beck, 2010). При посттравматических состояниях нарратив может быть фрагментированным: события травмы вспоминаются как отдельные сенсорные фрагменты, плохо интегрированные в автобиографическую историю. Это соответствует современным представлениям о травматической памяти и её отдельности по отношению к обычной эпизодической памяти (van der Kolk, 2014). Экзоспективно такие особенности могут проявляться в разрывах временной оси, в резких переходах от настоящего к прошлому, в нарушении агентности и в эмоциональных «вспышках» внутри рассказа.

Особая зона — психотические расстройства, где анализ связности мышления и нарратива приобретает не просто диагностическое, но и фундаментально эпистемологическое значение, поскольку речь здесь может отражать изменения самой структуры реальности для субъекта. В клинической психопатологии различают нарушения содержания (бредовые убеждения, сверхценные идеи) и нарушения формы (формальные расстройства мышления). Нарратив при бреде может быть внешне связным и даже логичным, но построен на ложных исходных посылах и на изменённой системе значений. Он может демонстрировать чрезмерную причинность, подозрительность, «объяснительную избыточность» и специфический стиль интерпретации случайностей как знаков. Экзоспекция должна уметь различать связность как логическую последовательность и истинность как соответствие реальности: первое может сохранять-

ся при выраженном бреде, второе нарушено. Это различие важно и для судебной психиатрии, где вопрос о критике и реальность-тестинге имеет решающее значение (Jaspers, 1913). Формальные расстройства мышления, напротив, проявляются как снижение семантической связанности между фрагментами речи, нарушения референции, разрывы контекстной рамки. Их количественная оценка давно привлекает исследователей: от клинических шкал до компьютерных методов анализа речи. Однако экзоспекция должна избегать иллюзии «прямого измерения шизофрении»: формальная разорванность может быть обусловлена и нейрокогнитивным дефицитом, и интоксикацией, и тяжёлым возбуждением, и особенностями языка, и даже низкой грамотностью. Поэтому необходимо сочетание речевых признаков с клиническим контекстом и независимыми данными (Andreasen, 1979; Insel, 2010).

Техническая перспектива ИИ-экзоспекции заключается в том, что нарратив можно анализировать на разных уровнях представления. На поверхностном уровне доступны лексические и синтаксические характеристики: разнообразие словаря, длина предложений, частота местоимений, количество самокоррекций, структура сложных конструкций. На более глубоком уровне — семантические связи: насколько близки по смыслу соседние фрагменты, насколько устойчивы темы, как часто происходят «прыжки», как меняется направленность повествования. Ещё глубже лежит прагматический уровень: соответствует ли ответ вопросу, удерживается ли коммуникационная цель, какова структура диалога и распределение инициативы. Именно сочетание уровней позволяет приблизиться к клинически значимой связности, а не к формальным признакам текста. При этом крайне важно признать, что любой автоматизированный анализ неизбежно зависит от модели языка и от корпуса данных, на котором эта модель обучалась. Это означает, что алгоритм может ошибаться систематически: недооценивать связность у людей с нестандартным стилем речи, с диалектными особенностями, у многоязычных пациентов, у лиц с низким уровнем образования или у представителей других культур. Следовательно, экзоспекция должна включать процедуры калибровки и проверки справедливости моделей, иначе она воспроизведёт социальные и культурные искажения под видом объективности (O’Neil, 2016).

Феноменологическая точность анализа нарратива требует также понимания того, что «связность» не является единственной осью клинической значимости. Иногда опасным является не отсутствие связности, а сверхсвязность: ригидная, закрытая система объяснений, характерная для параноидной интерпретации, для некоторых видов бреда или для патологической рационализации. Такой нарратив может быть идеально организован, но он служит не описанию реальности, а защите убеждения. Экзоспекция, если она ориентируется только на метрики семантической непрерывности, может ошибочно признать такой нарратив «нормальным». Поэтому необходимы дополнительные измерения: разнообразие интерпретаций, готовность допускать альтернативы, способность переносить неопределённость, наличие саморефлексии и корректируемости убеждений. Эти качества напрямую связаны с критикой и метакогнитивными

функциями, которые в клинике оцениваются через беседу, наблюдение и тестирование. В экзоспекции они могут быть частично реконструированы через речевые маркеры, но всегда должны оставаться в зоне осторожной интерпретации и клинического подтверждения (Kahneman, 2011).

Для судебной и экспертной практики анализ нарратива приобретает дополнительное измерение: он позволяет оценивать согласованность показаний, устойчивость описания событий, признаки конфабуляции, симуляции или диссимуляции, но при этом несёт риск неправомерного психологического «чтения» без достаточных оснований. В судебной ситуации нарратив часто является инструментом самопрезентации и защиты, и его особенности могут отражать стратегию, а не психопатологию. Тем не менее, в рамках экзоспекции возможно выявление несоответствий, которые требуют внимания: резкие изменения стиля при переходе к критическим темам, нехарактерная шаблонность, чрезмерная выученность формулировок, противоречия в временной оси, нестабильность ключевых деталей. Однако эти признаки не могут быть интерпретированы как доказательство симуляции; они лишь указывают на необходимость углублённой проверки и сопоставления с независимыми данными. Именно так экзоспекция должна работать в профессиональной этике: как система подсказок и индикаторов риска, а не как автоматический судья достоверности (Gudjonsson, 2003).

Клинически значимым компонентом нарратива является организация времени. Психическое состояние часто меняет не только содержание рассказа, но и саму временную архитектуру: при депрессии прошлое может «поглощать» настоящее и будущее, при тревоге будущее становится бесконечным источником угроз, при ПТСР прошлое вторгается в настоящее, при психозе возможны нарушения причинности и ощущение знаков, «предвосхищений», «подстроенности» событий. Эти изменения времени являются частью феноменологии и одновременно наблюдаемым признаком. Экзоспекция может формализовать временную структуру через анализ последовательности событий, временных маркеров, устойчивости хронологии, соотношения описаний прошлого и будущего. Такой анализ важен не только для диагностики, но и для мониторинга терапии: восстановление способности строить реалистичное будущее и интегрировать прошлое в непротиворечивую историю является признаком улучшения при многих состояниях (Ricoeur, 1984; Beck, 1976).

Нарратив также отражает агентность — то, как человек распределяет причинность между собой и внешним миром. В депрессии часто наблюдается снижение субъективной эффективности и усиление самообвинения; в параноидной интерпретации — перенос причинности на внешних агентов; в мании — гипертрофированная агентность и ощущение собственной исключительной способности влиять на события. В клинике эти особенности описываются через самооценку, критичность, бредовую систему, но экзоспекция может дополнительно фиксировать языковые признаки: структуру причинных связей, доминирование пассивных конструкций, частоту самореференции, характер приписывания намерений другим. Однако эти параметры должны интерпретироваться

не как «психометрия по словам», а как косвенные индикаторы, требующие подтверждения в клинической беседе и психометрических методиках. Слишком прямое отождествление языка и внутреннего состояния приводит к методологической ошибке, где знак принимается за сущность (Wittgenstein, 1953; Ricoeur, 1984).

С практической точки зрения экзоспективный анализ нарратива должен опираться на две взаимодополняющие стратегии. Первая — стандартизированное получение речевого материала, позволяющее сравнивать записи между сессиями: например, короткий рассказ о прошедшем дне, описание эмоционально нейтральной картинки, воспоминание о значимом событии, ответы на фиксированный набор вопросов. Вторая — анализ естественного диалога, где проявляются спонтанные переходы, избегание, эмоциональные реакции, нарушения целенаправленности. Стандартизация повышает сопоставимость, естественность повышает экологическую валидность. Экзоспекция, если она претендует на научно-практический статус, обязана удерживать обе перспективы и ясно маркировать, какой тип материала анализируется, поскольку метрики связности и тематической стабильности будут зависеть от жанра речи (Popper, 1959; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Наконец, необходимо подчеркнуть роль клинической интерпретации в связке с МКБ-10/11. Международные классификации описывают расстройства через синдромальные группы и критерии, где речевые и мыслительные феномены присутствуют как часть общей картины, но редко формализованы количественно. Экзоспекция предлагает не заменить эти классификации, а дать им измерительный слой: превратить субъективные признаки «ускорение мышления», «разорванность», «бедность речи», «руминации» в параметры, которые можно отслеживать во времени и соотносить с лечением и функционированием. При этом врач остаётся ответственным за клиническое решение: он должен понимать, что высокий показатель «нарративной фрагментации» может отражать как психотическое расстройство, так и травму, интоксикацию или тяжёлую бессонницу; что «семантические скачки» могут быть культурной особенностью повествования или следствием тревожной перегрузки. Экзоспекция становится инструментом усиления клинического мышления, но не его заменой (Torous, 2019).

Таким образом, анализ нарратива и связности мышления является одним из наиболее сложных и одновременно перспективных направлений экзоспекции. Он позволяет видеть не отдельные симптомы, а структуру смысловой интеграции, которая лежит в основе субъективного опыта и поведения. Но эта перспектива требует строгой методологии: контекстной интерпретации, учёта жанра речи, персонализированной базовой линии, контроля культурных и языковых факторов, а также обязательного клинического подтверждения. В следующем подразделе будет рассмотрен ещё один уровень внешней наблюдаемости психики — видеоанализ, мимика и моторное поведение, которые дополняют речевую экзоспекцию и позволяют интегрировать вербальные и невербальные

каналы в единый профиль состояния (Ekman, 1992; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

9.4. Видеоанализ, мимика и моторное поведение

Переход от речевой экзоспекции к видеоанализу закономерен: если речь отражает структуру мышления через язык, то невербальные каналы показывают, как психика «воплощается» в теле, в микродвижениях, позе, темпе, дистанции, ориентировке внимания и в мимической экспрессии. В классическом психиатрическом осмотре наблюдение за моторикой и лицевой экспрессией всегда считалось одним из наиболее надёжных элементов объективного исследования, поскольку оно менее подвержено намеренной редактуре и часто сохраняет следы состояния даже тогда, когда пациент стремится контролировать содержание рассказа. Уже феноменологическая традиция подчёркивала, что психопатология проявляется не только в «что говорится», но и в «как присутствует» человек в ситуации общения, в том числе в телесном модусе существования (Jaspers, 1913; Merleau-Ponty, 1945). Экзоспекция, понимаемая как внешний наблюдатель психики, в естественной логике обязана включать визуальные и моторные признаки, поскольку они образуют тот слой поведения, который связывает субъективный опыт с наблюдаемыми параметрами.

Важное методологическое уточнение состоит в том, что видеоанализ не равен «распознаванию эмоций по лицу». Такой редукционизм был характерен для ранних технологических проектов и часто приводил к завышенным обещаниям. Современная научная перспектива требует рассматривать мимику и движения как часть многоканальной системы: выражение лица, голос, содержание речи, контекст ситуации и индивидуальные особенности формируют единый паттерн, а смысл отдельных сигналов зависит от этой интеграции. Концепции базовых эмоций и универсальности выражений сыграли историческую роль и стимулировали создание формализованных систем описания мимики, включая кодирование лицевых действий (Ekman, Friesen, 1978; Ekman, 1992). Однако дальнейшие исследования показали, что выражение эмоций существенно модифицируется культурой, социальными нормами, ситуационными требованиями и индивидуальным стилем, а также тем, что эмоциональные состояния не всегда имеют стабильные «отпечатки» в мышечных паттернах лица (Russell, 1994; Barrett, 2017). Для экзоспекции это означает, что видеоанализ должен быть не простым классификатором эмоций, а инструментом оценки динамики поведения и психомоторики, учитывающим контекст и личностную базовую линию.

Клиническая психиатрия традиционно уделяет особое внимание психомоторике как маркеру тяжести состояния и как важному дифференциально-диагностическому признаку. Психомоторное возбуждение, заторможенность, кататонические феномены, акатизия, тремор, дискинезии, стереотипии, манерность, негативизм — всё это входит в феноменологический язык клинициста и отражается в диагностических разделах МКБ-10/11, пусть и с разной степенью

детализации. Видеоаналитическая экзоспекция может сделать следующий шаг: перевести эти наблюдения в измеримые параметры движения и позы, выявляя изменения темпа, амплитуды, вариативности и синхронизации моторных актов. При этом необходимо удерживать клиническое различие между моторными особенностями, обусловленными психопатологией, и моторными особенностями, вызванными неврологическими, соматическими или медикаментозными факторами. В частности, в психиатрической практике двигательные паттерны часто модифицируются антипсихотиками, антидепрессантами, нормотимиками, анксиолитиками; а также интоксикациями, нарушениями сна и возрастными изменениями. Следовательно, «двигательная сигнатура» не может быть интерпретирована без информации о терапии и соматическом фоне, что принципиально для ответственной экзоспекции (O'Sullivan, Schmitz, Fouché, 2018).

Одним из ключевых объектов видеоанализа является мимическая экспрессия и её динамика. Клинически значимы не только выраженные эмоции, но и такие феномены, как гипомимия, амимия, «маскообразность» лица, бедность мимических реакций, несоответствие мимики содержанию речи, парадоксальная экспрессия, а также лабильность и «вспышкообразность» эмоциональных реакций. В депрессии нередко наблюдается снижение спонтанной мимики, уменьшение улыбки, удлинение латентности эмоциональной реакции, что сочетается с монотонностью голоса и бедностью жестов. В маниакальных состояниях, напротив, часто отмечается повышенная экспрессивность, ускоренные смены выражений, усиленная жестикуляция и снижение тормозного контроля социальных дистанций. В психотических расстройствах возможны парадоксальные сочетания: внешняя эмоциональная плоскость при содержательно насыщенной речевой продукции, либо несоответствие аффекта ситуации. Эти описания присутствуют в клинической традиции и согласуются с представлением о том, что аффективная экспрессия является не только «выражением чувства», но и частью регуляции контакта и социального смысла (Kraepelin, 1913; Bleuler, 1911). Однако экзоспективный подход требует уточнения: видеоанализ может измерять параметры экспрессии, но не может напрямую «знать» субъективное чувство, а потому должен избегать категорических выводов о внутреннем состоянии. Его компетенция — это регистрация паттернов и их динамики во времени, которые затем интерпретируются в клиническом контексте.

Не менее важным является анализ взгляда и внимания. Направление взгляда, частота фиксаций, длительность избегания зрительного контакта, переключаемость внимания, микропаузирование при обработке информации, особенности саккад и мигания — всё это может косвенно отражать напряжение, тревогу, когнитивную перегрузку, снижение мотивации или психотические феномены. В клинике наблюдение за взглядом традиционно входит в оценку контакта, критичности и ориентировки. Экзоспекция может формализовать этот слой поведения: например, выявлять изменения распределения внимания в ходе интервью, реакцию на эмоциональные темы, «застывание» или хаотичность переключений. Однако здесь особенно высок риск ложных интерпретаций, поскольку взгляд зависит от культуры, привычек, особенностей личности, аути-

стических черт, социальных норм и даже от технических условий записи. Поэтому эти параметры должны трактоваться как вероятностные признаки, усиливающие или ослабляющие гипотезы, но не определяющие диагноз сами по себе (Frith, 1992).

Моторное поведение в видеоаналитической перспективе включает позу, жесты, перемещения, микродвижения, а также ритмику тела. В психиатрии давно известно, что моторика связана с аффектом и энергетикой состояния. Психомоторная заторможенность при депрессии выражается в уменьшении скорости движений, снижении амплитуды жестов, замедлении подъёма и смены позы, в бедности спонтанной активности. При тревоге, особенно соматизированной, могут преобладать мелкие беспокойные движения, напряжённая поза, частая смена положения, «самоуспокаивающие» жесты. При мании — увеличение общей двигательной активности, рост количества жестов, ускорение смены поз, а также двигательная «избыточность», не связанная с задачей общения. Эти феномены в разной форме отражены в критериях и клинических описаниях аффективных и тревожных расстройств МКБ-10/11, где психомоторные симптомы выступают частью синдромальной структуры. Видеоанализ делает возможным не только фиксацию наличия симптома, но и построение временно-го профиля: как меняется моторика в течение суток, в разные дни, на фоне терапии и в контексте стрессоров.

Особое место занимает кататония и связанные с ней феномены, поскольку они являются ярким примером психопатологии, где телесность становится непосредственным носителем расстройства. Современные классификационные системы признают кататонию как синдром, встречающийся при разных расстройствах, включая аффективные и психотические, а также при соматических состояниях, и подчёркивают необходимость её распознавания и лечения. Видеоанализ может быть полезен для объективизации таких признаков, как ступор, восковая гибкость, мутизм, негативизм, стереотипии, эхопраксия, манерность, а также эпизоды возбуждения. Но здесь экзоспекция обязана быть строго клинически ориентированной: кататонические признаки требуют немедленной врачебной оценки, а не алгоритмической «интерпретации», и любые автоматизированные выводы должны быть встроены в систему оповещения, где ответственность остаётся у специалиста. Кроме того, кататония может быть перепутана с неврологическими и токсическими состояниями, что делает обязательным клинико-соматический контекст.

Вопрос о мимике и «эмоциональной достоверности» становится особенно сложным в судебной психиатрии и психологии. С одной стороны, эксперты традиционно обращают внимание на несоответствие эмоций содержанию рассказа, на демонстративность, на признаки выученности или стилизации поведения. С другой стороны, научные данные и клинический опыт показывают, что эмоциональная экспрессия может быть снижена или парадоксальна по множеству причин, не сводимых к симуляции: травма, диссоциация, депрессия, психотическое отчуждение, личностные особенности, культурные нормы, медикаменты. Поэтому видеоанализ в экспертной практике должен использоваться

крайне осторожно: не как инструмент «детекции лжи», а как средство документирования поведения и выявления атипичных паттернов, требующих сопоставления с другими источниками данных. Попытка превратить мимику в доказательство намерения или искренности несёт высокий риск судебной ошибки и этического злоупотребления (Gudjonsson, 2003; O’Neil, 2016). В экзоспекции это должно быть закреплено принципиально: видеоаналитические метрики служат для клинической гипотезы и мониторинга, но не для окончательных выводов о достоверности.

С технической стороны видеоанализ опирается на компьютерное зрение и методы анализа движений, которые способны извлекать признаки из изображения и временных последовательностей. Наиболее очевидными являются параметры, связанные с позой и движением: траектории ключевых точек тела, скорость и ускорение жестов, частота смены поз, степень моторной вариативности. В отношении лица применяются методы выделения ключевых точек и описания движений отдельных зон. Однако научно-практическая экзоспекция должна учитывать, что любые такие методы зависят от качества записи: освещения, угла камеры, частоты кадров, разрешения, компрессии, наличия помех, а также от того, насколько естественно ведёт себя человек перед камерой. Парадоксально, но чем «строже» попытка стандартизировать запись, тем больше риск, что пациент начинает контролировать поведение, и тогда измерение утрачивает естественность. Следовательно, оптимальная стратегия — сочетание стандартизированных фрагментов (например, коротких структурированных эпизодов) и естественных фрагментов (например, свободной беседы), с обязательной маркировкой условий и оценкой достоверности данных (Torous, Onnela, Keshavan, 2017; Topol, 2019).

Особое значение для экзоспекции имеет проблема персонализированной нормы. Два человека могут иметь принципиально разные базовые уровни мимической экспрессии и жестикуляции при полном психическом здоровье. Один будет эмоционально сдержан и малоподвижен, другой — экспрессивен и подвижен. Следовательно, диагностически значимыми становятся не столько абсолютные показатели, сколько изменения относительно собственной базовой линии и относительно контекстных ожиданий. Эта идея перекликается с принципами «цифровой фенотипизации», где ключевым объектом является индивидуальная динамика параметров в реальных условиях жизни, а не сопоставление с усреднённой нормой (Insel, 2010; Torous, Onnela, Keshavan, 2017). Для клинической психиатрии это особенно важно, поскольку многие расстройства определяются именно изменением функционирования во времени, а не наличием «раз и навсегда» фиксированного признака. В рамках МКБ-10/11 также подчёркивается значимость длительности, динамики, контекста и функционального ущерба, что естественно согласуется с экзоспективным подходом.

При практической интеграции видеоанализа возникает вопрос: что именно является «признаком психического состояния», а что — признаком среды. Человек может двигаться иначе из-за тесного помещения, неудобного стула, боли, усталости, температуры, присутствия третьих лиц, угрозы конфиден-

циальности, социального стресса. Экзоспекция должна быть чувствительна к этим условиям и включать описание контекста как обязательный компонент интерпретации. В идеале видеоаналитические выводы должны сопровождаться оценкой «экологической валидности»: насколько условия записи и ситуация общения позволяют считать наблюдаемое поведение репрезентативным. Иначе экзоспекция рискует перепутать реакцию на ситуацию с проявлением расстройства, что в психиатрии является классическим источником диагностических ошибок.

Этический слой видеоанализа в экзоспекции принципиально важен, поскольку визуальные данные относятся к наиболее чувствительным. Видео несёт биометрические признаки, а также может раскрывать частные обстоятельства жизни, социальный статус, семейную ситуацию и другие элементы, не относящиеся к задаче диагностики. Следовательно, применение видеоанализа требует строгой политики минимизации данных и целевого использования: собирать только то, что необходимо для клинической задачи, хранить ограниченное время, обеспечивать шифрование и контроль доступа, а также предусматривать информированное согласие, где пациент понимает, что именно анализируется и какие ограничения существуют. Кроме того, необходимо исключить «вторичное использование» данных для целей, не согласованных с пациентом, поскольку это подрывает доверие и превращает экзоспекцию из клинического инструмента в механизм контроля. Эти требования вытекают не только из общих принципов медицинской этики, но и из современного понимания рисков алгоритмического управления людьми (Beauchamp, Childress, 2013; O'Neil, 2016).

Важнейшая уязвимость видеоаналитической экзоспекции связана с культурной и социальной вариативностью невербального поведения. Нормы зрительного контакта, допустимой экспрессии, дистанции и жестикуляции сильно различаются между культурами, субкультурами и профессиональными группами. Следовательно, модель, обученная на ограниченной выборке, может систематически ошибаться на других группах, что создаёт риск дискриминации и неверных клинических выводов. Этот риск не теоретический, а практический: в системах машинного обучения ошибка часто распределяется неравномерно, а её последствия в медицине могут быть высокими. Поэтому экзоспекция должна включать не только техническую валидацию точности, но и клиническую валидацию справедливости, где проверяется качество работы на разных группах пациентов и в разных условиях. В противном случае экзоспекция будет не инструментом объективности, а механизмом воспроизводства скрытых предубеждений под видом «нейтральной технологии» (O'Neil, 2016; Topol, 2019).

С точки зрения клинической интеграции наиболее продуктивной является модель, при которой видеоанализ не выдаёт «диагноз по лицу», а формирует часть экзоспективного профиля, сопоставимого с другими каналами: речью, просодией, физиологией, дневниковыми данными, анамнезом и клиническим наблюдением. Тогда мимика и моторика становятся не самостоятельным судом, а дополнительным измерением, которое повышает чувствительность к изменениям состояния и помогает мониторировать динамику. Например, снижение

моторной вариативности на фоне терапии может отражать улучшение тревоги, но также может быть побочным эффектом седативного воздействия; усиление двигательной активности может отражать выход из депрессии, но также может быть признаком гипомании. Только многоканальная интерпретация позволяет удержать клиническую точность и избежать неверных заключений. Именно в этом состоит зрелая форма экзоспекции: не замена клинициста «видеоклассификатором», а создание измерительной системы, которая расширяет наблюдаемость психики и делает её динамику документируемой (Insel, 2010; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Наконец, необходимо подчеркнуть, что видеоаналитическая экзоспекция является методологическим вызовом, сопоставимым с речевым анализом, но ещё более уязвимым к контексту и интерпретационным ошибкам. При всей привлекательности визуальных данных, именно они легко провоцируют иллюзию непосредственного знания: наблюдателю кажется, что он «видит эмоцию», «видит ложь», «видит диагноз». Научная дисциплина требует сопротивляться этой иллюзии и сохранять принцип феноменологической осторожности: наблюдаемое поведение — это показатель, а не сущность; оно требует интерпретации, подтверждения и сопоставления с другими данными. Экзоспекция, если она претендует на статус научно-практической парадигмы, должна институционализировать эту осторожность как норму работы. Только тогда видеоанализ, мимика и моторное поведение смогут стать частью объективной психиатрии будущего, а не источником нового вида ошибок и злоупотреблений (Jaspers, 1913; Popper, 1959).

ОТДЕЛ IV. ЭКЗОСПЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Глава 10. Принципы экзоспективной диагностики

10.1. От описания симптомов к профилю состояния

Классическая клиническая диагностика в психиатрии строится как последовательность: жалобы и наблюдения переводятся в симптомы, симптомы группируются в синдромы, синдромы сопоставляются с нозологическими конструкциями и классификационными рубриками, после чего формируется диагноз и план лечения. Эта логика исторически обеспечила профессиональную воспроизводимость и общность языка, но одновременно закрепила структурное ограничение интерспективной парадигмы: диагноз нередко становится итогом интерпретации ограниченного среза состояния, полученного в конкретной ситуации, при конкретном контакте, с неизбежной зависимостью от субъективных особенностей врача и пациента (Jaspers, 1913; Kendell, Jablensky, 2003). Экзоспективная диагностика, опирающаяся на многоканальные данные и алгоритмическую воспроизводимость анализа, предлагает иной режим: переход от «перечня симптомов» к «профилю состояния», то есть к структурированному описанию психики как динамической системы параметров, распределённых по времени, контекстам и каналам наблюдения.

Понятие профиля состояния вводит принципиально важный сдвиг в том, что считается диагностическим объектом. Если в традиции объектом является преимущественно категориальная единица — диагноз как принадлежность к классу расстройств, то в экзоспекции объектом становится многомерное состояние, которое может быть описано как конфигурация признаков разной устойчивости и разной клинической значимости. Такой подход концептуально близок к идеям психопатологической феноменологии, где подчёркивается необходимость описывать структуру переживания и поведения, а не только «наличие/отсутствие» признака (Jaspers, 1913). Он также согласуется с современными дискуссиями о размерных моделях психических расстройств и о границах категориальных диагнозов, поскольку многие клинические картины лучше объясняются не дискретными сущностями, а континуумами тяжести, смешанными фенотипами и изменчивыми траекториями (Krueger, Markon, 2006; Insel, Cuthbert, 2015). Важно, однако, не противопоставлять профиль и диагноз как взаимоисключающие формы. Экзоспективный профиль — это инструмент уточнения и повышения объективности, а диагноз по МКБ-10/11 остаётся юридически и клинически необходимым итогом в большинстве систем здравоохранения, в том числе для назначения терапии, ведения документации и экспертных решений.

Чтобы понять, почему переход к профилю состояния является не стилистическим, а эпистемологическим, необходимо различить два уровня описания. Первый уровень — симптом как именованный феномен, формулируемый в

языке клинической традиции: тревога, навязчивости, бредовые идеи, депрессивное настроение, анедония, бессонница, психомоторная заторможенность и т.д. Второй уровень — параметры, которые делают феномен измеримым и сопоставимым: интенсивность, частота, длительность, контекст возникновения, вариативность, реактивность на события, суточная ритмика, связь с физиологическими индексами, влияние медикации. В классической практике второй уровень часто присутствует имплицитно и не всегда документируется системно, а потому теряется при передаче информации и становится источником расхождений между врачами. Экзоспекция, напротив, вынуждена выносить второй уровень на первый план, поскольку именно он обеспечивает возможность внешнего наблюдения и алгоритмической обработки. В этом смысле профиль состояния — это «паспортизация» феномена через параметры, позволяющая перейти от словесного описания к измерительной модели, не уничтожая клинический смысл, но делая его операционализируемым (Popper, 1959; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Важнейшая причина, по которой симптомный подход оказывается недостаточным, заключается в том, что психическое расстройство редко проявляется как стабильный набор признаков. Гораздо чаще оно обнаруживается как траектория: нарастание или спад симптомов, смена фаз, цикличность, зависимость от среды, истощение адаптационных механизмов. Это особенно заметно в аффективных и тревожных расстройствах, где суточные колебания, реактивность на стресс и долговременная динамика имеют прямое диагностическое значение и определяют прогноз. МКБ-10/11 учитывают длительность и течение как ключевые критерии, однако в реальной практике эти параметры нередко фиксируются приблизительно, поскольку основаны на ретроспективном рассказе пациента и клиническом впечатлении. Экзоспективный профиль, основанный на данных времени и повторных измерениях, позволяет приближаться к более точному описанию течения: не просто «есть бессонница», а «фрагментация сна усилилась после конкретного события, сопровождается ростом вегетативной реактивности и изменением дневной активности, имеет определённый ритм и коррелирует с субъективной тревогой». Такой профиль не только уточняет диагноз, но и делает видимой причинно-временную структуру состояния, что критически важно для терапии и профилактики рецидивов.

Смена диагностического объекта с симптома на профиль особенно заметна там, где традиционная психиатрия сталкивается с феноменологическими «перекрытиями». Одни и те же жалобы — тревога, раздражительность, нарушения сна, снижение энергии, когнитивные трудности — встречаются при депрессии, тревожных расстройствах, посттравматических состояниях, биполярном спектре, расстройствах адаптации, соматических заболеваниях и побочных эффектах терапии. В симптомной логике это приводит к конкурирующим гипотезам, которые часто решаются «по впечатлению» или по наиболее заметному признаку. Профиль же стремится различить эти состояния через сочетание параметров: временной рисунок, соотношение физиологической активации и субъективной тревоги, особенности речи и моторики, изменения социальной

активности, эпизодичность и цикличность, наличие фазности, связь с травматическими триггерами, структура когнитивных и аффективных смещений. В этой рамке симптомы перестают быть «этикетками» и становятся компонентами конфигурации, которая может иметь различный диагностический смысл в зависимости от того, как она организована во времени и в контексте (Kendell, Jablensky, 2003; Krueger, Markon, 2006).

Понятие профиля состояния предполагает, что психика описывается как система с несколькими функциональными осями. К таким осям относятся аффективная регуляция, уровень психофизиологической активации, когнитивная организация и исполнительный контроль, социальная включённость и межличностная динамика, сенсомоторная регуляция, а также субъективное страдание и функциональный ущерб. Подобная многоосевая логика не является новшеством: она присутствует в разных формах в истории психопатологии и психометрии, включая попытки описывать психические явления через факторные структуры, шкалы и измерительные инструменты. Однако экзоспекция вводит дополнительное требование: каждая ось должна быть связана с наблюдаемыми каналами данных. Например, аффективная ось отражается не только в самоотчёте, но и в просодии, в мимике, в ритмике активности; ось активации — в вегетативных показателях и двигательной вариативности; когнитивная организация — в связности речи и в особенностях нарратива; социальная включённость — в паттернах коммуникации и активности. Такой подход позволяет перейти от субъективного «описания переживаний» к комплексной оценке состояния через взаимное подтверждение признаков из разных источников, что в методологии науки соответствует идее конвергентной валидности и триангуляции измерений (Campbell, Fiske, 1959; Cronbach, Meehl, 1955).

Одновременно профиль состояния требует признания принципиальной ограниченности любого отдельного канала. Самоотчёт может быть искажён защитами, алекситимией, низкой критикой, вторичной выгодой или особенностями памяти. Наблюдение врача ограничено контекстом приёма и неизбежным эффектом присутствия наблюдателя. Биосенсоры фиксируют физиологию, но не отличают тревогу от физической нагрузки, если не учтён контекст. Анализ речи и видео подвержен культурной вариативности и техническим артефактам. Профиль состояния становится научно корректным только тогда, когда эти ограничения не скрываются, а формализуются в виде оценок достоверности и веса признаков. В этом проявляется ключевой принцип экзоспективной диагностики: не стремиться к «единому признаку истины», а строить вероятностную картину на основе взаимного ограничения источников, где несогласованность данных сама по себе является диагностически значимой и требует клинического разбирательства (Popper, 1959; Kahneman, Slovic, Tversky, 1982; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

Переход к профилю состояния также меняет отношение к классификации МКБ. В традиционной практике диагноз по МКБ может восприниматься как конечная цель: выбрать правильный код и под него «подогнать» описание. Экзоспекция предлагает иную последовательность: сначала максимально точ-

ное описание профиля — то есть реальной конфигурации состояния, его динамики и функционального ущерба, — и лишь затем сопоставление с рубриками МКБ-10/11 как с нормативным языком оформления заключения. Это снижает риск подтверждающего смещения, когда клиницист, выбрав гипотезу, начинает замечать преимущественно те признаки, которые её поддерживают, и игнорировать несоответствия (Kahneman, 2011). Профиль, зафиксированный в параметрах и временных рядах, становится своего рода «сырьём» для диагностики, которое труднее подменить интерпретацией. В этом смысле экзоспекция может рассматриваться как технологическая поддержка клинического реализма: диагноз должен следовать из данных, а не данные — из диагноза.

Особую ценность профильный подход приобретает в пограничных зонах, где категориальные границы МКБ оказываются наиболее условными: различие униполярной депрессии и биполярного спектра, тревожно-депрессивных сочетаний, расстройств личности и устойчивых адаптационных паттернов, психотических расстройств и аффективных психозов, диссоциативных и посттравматических состояний. В этих ситуациях клиническая ошибка часто связана не с неверным распознаванием симптома, а с неверной оценкой его контекста, длительности и траектории. Экзоспективный профиль, фиксируя временные структуры, может сделать более видимыми такие параметры, как эпизодичность, цикличность, реактивность, наличие продромов, а также изменения в функционировании, которые в ретроспективном рассказе могут быть сглажены. Принципиально важно, что экзоспекция не отменяет клиническую беседу; напротив, она делает её более точной, поскольку врач получает возможность задавать вопросы, опираясь на документированную динамику, а не только на субъективную реконструкцию.

Профиль состояния также является мостом между диагностикой и мониторингом. В классической модели диагноз часто фиксируется как статическая категория, а дальнейшее наблюдение сводится к оценке «стало лучше или хуже». В экзоспективной модели диагностика и мониторинг — это единый процесс: профиль строится в исходной точке, затем повторно измеряется и сравнивается с собственной базовой линией пациента, формируя траекторию. В этой траектории могут быть обнаружены ранние признаки ухудшения, продромальные изменения сна, активности, речи, социальных паттернов, которые предшествуют клинически очевидному эпизоду. Подобная логика давно присутствует в соматической медицине, где мониторинг жизненных показателей позволяет предупреждать осложнения; экзоспекция стремится сделать аналогичный шаг в психиатрии, где традиционно превалирует реактивная модель помощи — вмешательство после развертывания эпизода. Разумеется, это требует осторожности и строгой клинической интерпретации, чтобы не превращать мониторинг в источник тревоги и гипердиагностики, однако методологически профильный подход создаёт для этого основу (Insel, 2010; Topol, 2019).

С философской точки зрения переход от симптомов к профилю состояния можно описать как переход от «номинального» к «структурному» знанию. Симптом — это имя, закреплённое традицией; профиль — это структура отно-

шений между признаками во времени и в контексте. Такая структура ближе к тому, что в науке считается объяснительной моделью: она позволяет не только классифицировать, но и предсказывать изменения, оценивать влияние вмешательств, различать подтипы и траектории. При этом экзоспекция сохраняет принцип феноменологической осторожности: профиль — это модель наблюдаемого, а не «прямая фотография» внутреннего мира. Он нуждается в клиническом толковании и в этическом контроле, поскольку чрезмерная вера в модель может породить новую форму догматизма — уже алгоритмического (Jaspers, 1913; Popper, 1959; O’Neil, 2016).

Для практического внедрения профильного подхода необходимы две дисциплины мышления: дисциплина операционализации и дисциплина клинического смысла. Первая требует, чтобы каждый значимый феномен был связан с измеримыми параметрами и чтобы условия измерения были описаны. Вторая требует, чтобы параметры не превращались в самоцель и всегда возвращались к вопросу о страдании пациента, функциональном ущербе и клинической значимости. МКБ-10/11, при всех их различиях, подчёркивают именно клиническую значимость и нарушение функционирования как критерий расстройства, что служит защитой от «измерительного редукционизма». Экзоспекция должна воспринимать это как принцип: профиль состояния имеет смысл только тогда, когда он помогает точнее понять, что происходит с человеком, и выбрать вмешательство, уменьшающее страдание и восстанавливающее функционирование.

В итоге переход от описания симптомов к профилю состояния является ядром экзоспективной диагностики. Он создаёт новый диагностический объект — многомерное и динамическое состояние, измеримое по разным каналам и сопоставимое во времени. Он уменьшает зависимость диагностики от единичного клинического впечатления, повышает воспроизводимость и открывает возможность раннего выявления изменений. И, что особенно важно, он позволяет примирить две традиции, которые долго воспринимались как конкурирующие: феноменологическую, ориентированную на смысл и структуру переживания, и инструментальную, ориентированную на измерение и объективизацию. Экзоспекция предлагает не выбирать между ними, а строить их союз, где измерение служит смыслу, а смысл направляет измерение (Jaspers, 1913; Campbell, Fiske, 1959; Torous, Onnela, Keshavan, 2017).

10.2. Вероятностное мышление в диагностике

Вероятностное мышление в психиатрической диагностике возникает не как модная методологическая опция, а как вынужденный ответ на эпистемологическую природу психического факта. Психические явления наблюдаемы преимущественно косвенно: через речь, поведение, физиологические корреляты, самоописание и эффекты в социальном функционировании. Ни один из этих каналов не обладает абсолютной специфичностью, а сами феномены, фиксируемые клиницистом, слабо изолированы и легко переходят друг в друга, образуя

сложные коморбидные конфигурации. В этом смысле психиатрия ближе к дисциплинам, где диагноз — это не обнаружение скрытой «вещи», а построение объяснительной гипотезы, конкурирующей с альтернативами и постоянно уточняемой в динамике (Jaspers, 1913; Kendell, Jablensky, 2003). Экзоспекция психики, вводя множественные источники данных и алгоритмическое сопоставление признаков, не отменяет этой природы, но делает её явной и формализуемой, переводя диагностический процесс из области «категорического впечатления» в область управляемой неопределённости.

Классическая клиническая традиция часто использует язык уверенности: диагноз формулируется как утверждение, а не как вероятность. Однако феноменологически это утверждение нередко опирается на неполные данные, полученные в единичном контакте, и на эвристики — когнитивные правила быстрого вывода, которые могут быть полезны в практике, но систематически искажают оценку вероятностей. Психиатр, как и любой эксперт, подвержен эффектам доступности, якорения, подтверждающего смещения, чрезмерной уверенности и ретроспективной рационализации (Kahneman, 2011; Kahneman, Slovic, Tversky, 1982). Эти эффекты не являются «ошибками личности»; они встроены в когнитивную архитектуру человеческого мышления. Экзоспективная модель, в которой данные поступают многоканально и в виде временных рядов, имеет шанс снижать влияние отдельных эвристик, но только при условии, что диагностическая культура сознательно принимает вероятностный режим. Иначе система данных будет использоваться для иллюстрации уже принятой гипотезы, а не для её проверки — то есть станет инструментом усиления подтверждающего смещения, лишь более технологичным.

Вероятностное мышление начинается с признания того, что диагноз в психиатрии является гипотезой о природе состояния, а не окончательным «приговором» о сущности человека. Эта гипотеза должна удовлетворять нескольким требованиям: она должна объяснять наблюдаемую конфигурацию симптомов и параметров, быть совместимой с временным развитием состояния, учитывать контекст и культурные нормы, объяснять функциональный ущерб и быть сопоставимой с классификационными критериями МКБ-10/11. Но даже если гипотеза удовлетворяет этим требованиям, она остаётся конкурирующей с альтернативами, поскольку многие расстройства имеют общие фенотипические ядра, а границы между рубриками частично условны. Следовательно, задача диагностики состоит не в том, чтобы «узнать правильный ответ», а в том, чтобы сравнить вероятности объяснений и выбрать наиболее обоснованное при текущем объёме информации, оставляя пространство для пересмотра при появлении новых данных.

В формальной эпистемологии и статистике подобная логика наиболее последовательно выражена в байесовском подходе, где вероятность гипотезы обновляется по мере поступления новых наблюдений (Jaynes, 2003). Однако в клинической психиатрии необязательно сводить вероятностное мышление к математическим расчётам. Достаточно принять несколько принципов: исходная оценка вероятностей зависит от базовых частот и контекста; каждый новый

факт изменяет баланс гипотез; вес факта определяется его надёжностью и специфичностью; отсутствие ожидаемого признака также является фактом; конкурирующие гипотезы должны удерживаться одновременно до момента, когда данные делают одну из них значительно более предпочтительной. Экзоспекция позволяет поддерживать эти принципы технически, поскольку предоставляет поток наблюдений, их качество, контекст и вариативность во времени. Но интеллектуальная дисциплина остаётся клинической: врач должен мыслить не в категориях «верно/неверно», а в категориях «наиболее вероятно при данных условиях», «какие данные уменьшили бы неопределённость» и «какие риски несёт ошибочный выбор гипотезы».

Существенным преимуществом вероятностного мышления является его способность интегрировать неоднородные данные без иллюзии полной согласованности. В экзоспекции почти неизбежны ситуации, когда самоотчёт пациента противоречит физиологическим индексам или наблюдаемому поведению, или когда речевые маркеры указывают на определённую организацию мышления, а социальная активность не соответствует ожидаемому паттерну. В классической клинике подобные несоответствия часто интерпретируются морально-психологически, как «неискренность», «симуляция», «нежелание сотрудничать», либо, напротив, игнорируются как «шум». Вероятностная перспектива предлагает иной взгляд: несогласованность данных — это не дефект картины, а диагностический сигнал, требующий уточнения модели. Она может указывать на диссоциацию, на защитные стратегии, на различия между внутренним переживанием и внешней регуляцией, на влияние медикации, на соматические факторы, на особенности личности, на ситуационную модуляцию симптомов или на технические артефакты измерения. Вероятностное мышление не предпринимает объяснение; оно удерживает набор объяснений и переводит задачу в плоскость уточняющих наблюдений.

Для психиатрии принципиально важно различать неопределённость двух типов: онтологическую и эпистемическую. Онтологическая неопределённость связана с тем, что психические состояния действительно вариативны и не имеют жёстких границ; это свойство самого объекта. Эпистемическая неопределённость связана с ограничениями наблюдения: неполнота данных, ошибки измерений, искажения самоотчёта. Экзоспекция уменьшает эпистемическую неопределённость, расширяя каналы наблюдения и повышая частоту измерений, но она не устраняет онтологическую неопределённость. Напротив, она может сделать её более заметной: пациент может демонстрировать смешанные состояния, быстрые флуктуации, переходы между паттернами, которые ранее «усреднялись» в клиническом впечатлении. Вероятностное мышление позволяет не воспринимать эту сложность как проблему, а признать её реальностью психопатологии, в которой динамика и контекст часто важнее статического ярлыка (Insel, Cuthbert, 2015).

Особую роль в вероятностной диагностике играет понятие диагностического веса признака. В традиционной клинике вес признака часто определяется опытом врача и культурой школы. Экзоспекция предлагает возможность при-

близиться к более формальному определению веса: признаку приписывается значение в зависимости от его устойчивости во времени, согласованности между каналами, специфичности для определённых состояний и устойчивости к контекстным влияниям. Например, один и тот же симптом «бессонница» имеет разный вес при депрессивном эпизоде, тревожном расстройстве, гипомании, зависимости от веществ или соматическом заболевании; его диагностическая ценность повышается, если известны параметры сна, суточная ритмика, связь с активностью и вегетативной реактивностью. Аналогично, признаки ускорения речи и повышенной активности могут быть контекстуально объяснимы (стресс, стимуляторы, профессиональная нагрузка), и их вес возрастает, когда они сопровождаются устойчивым снижением потребности во сне и изменением целенаправленности поведения. Вероятностный режим позволяет описывать эти различия не как спор школ, а как изменение апостериорной вероятности гипотезы при определённых данных.

С вероятностным мышлением тесно связан принцип дифференциальной стоимости ошибки. В психиатрии разные ошибки несут разную цену: пропустить биполярный спектр и назначить терапию, способную индуцировать аффективную инверсию, опаснее, чем временно сохранить диагностическую неопределённость и наблюдать динамику; пропустить психотическое состояние с риском опасного поведения может быть критичнее, чем гипердиагностировать кратковременные психотические феномены и назначить избыточный контроль; в судебной психиатрии цена ошибки структурно максимальна, поскольку последствия касаются свободы человека и безопасности общества. Вероятностное мышление не только оценивает «какой диагноз вероятнее», но и задаёт вопрос: «какое решение минимизирует ожидаемый ущерб при данной неопределённости». Это переводит диагностику из логики классификации в логику принятия решений при риске — область, которая хорошо разработана в теории принятия решений и в когнитивной психологии (von Neumann, Morgenstern, 1944; Kahneman, Slovic, Tversky, 1982). Экзоспекция может поддерживать этот подход, предоставляя количественные оценки неопределённости и траектории, но эти оценки всегда должны быть встроены в клиническую ответственность.

В этом контексте становится ясно, почему экзоспекция по своей природе не может быть детерминистской. Алгоритм, который выдаёт единственный диагноз «с уверенностью 99%», представляет не научный идеал, а рискованную риторику. В сложных областях медицины корректнее говорить о распределении вероятностей по гипотезам, о степени уверенности и о том, какие данные наиболее влияют на решение. В искусственном интеллекте это соответствует идее калибровки вероятностей и прозрачности, поскольку некалиброванные «уверенности» модели вводят пользователя в заблуждение и могут стать источником систематических ошибок (Goodfellow, Bengio, Courville, 2016; Hastie, Tibshirani, Friedman, 2009). В экзоспективной психиатрии калибровка имеет не только техническое, но и этическое значение: пациент и врач должны понимать, что модель сообщает о вероятности и неопределённости, а не о «пригово-

ре», и что окончательное клиническое решение требует контекстуального толкования.

Вероятностное мышление также дисциплинирует отношение к классификациям МКБ-10/11. Эти системы по своей природе категориальны и предназначены для стандартизации коммуникации и статистики, однако их клинические критерии включают элементы, которые допускают вероятностную интерпретацию: степень выраженности, длительность, функциональный ущерб, исключаяющие условия, коморбидные сочетания и спецификаторы. Профильный подход, обсуждавшийся в предыдущей подглаве, делает возможным количественное и динамическое наполнение этих критериев. Вероятностный режим позволяет говорить о «соответствии критериям с разной степенью полноты» и о том, какие критерии подтверждены многоканально, а какие остаются гипотетическими из-за ограниченности данных. Это особенно важно в пограничных случаях и при ранних стадиях расстройства, когда критерии ещё не полностью развёрнуты, но риск развития эпизода высок. В таких ситуациях вероятностное мышление поддерживает профилактическую клинику: не дожидаться полной картины, но и не «закреплять» диагноз преждевременно, сохраняя пространство для наблюдения и уточнения (Insel, Cuthbert, 2015).

Существенным компонентом вероятностной диагностики является работа с предшествующими вероятностями, то есть с тем, что в клиническом языке соответствует базовым частотам и контексту. Например, частота депрессивных и тревожных расстройств в популяции выше, чем частота психотических расстройств; вероятность расстройства адаптации повышается при недавнем стрессоре; вероятность побочных эффектов повышается при определённых фармакологических схемах; вероятность соматической причины возрастает при определённых возрастных и медицинских факторах. Игнорирование базовых частот ведёт к грубым когнитивным ошибкам — либо к редким диагнозам «по яркому симптому», либо к недооценке серьёзных состояний. Экзоспекция может помочь, поскольку контекстные данные и медицинская информация включаются в модель, однако существует риск обратной крайности: статистическая частота может подавлять клиническое исключение. Вероятностное мышление требует баланса: базовые частоты задают фон, но редкие события остаются возможными и должны рассматриваться при наличии сильных специфических признаков. В этом проявляется научная дисциплина клинического рассуждения: редкое не означает невозможное, а частое не означает достаточное для объяснения (Jaynes, 2003; Hastie, Tibshirani, Friedman, 2009).

В экзоспективной модели вероятностность неизбежно становится многослойной. На первом слое находится вероятность того, что наблюдаемый признак достоверен: например, является ли изменение просодии следствием состояния или следствием качества записи; отражает ли снижение активности депрессию или ограничение среды. На втором слое — вероятность того, что набор признаков соответствует определённому профилю состояния. На третьем слое — вероятность того, что этот профиль соответствует диагностическим рубрикам МКБ-10/11 и их спецификаторам. На четвёртом слое — вероятность

прогнозов: риск обострения, риск суицидальности, вероятность ответа на терапию. Каждое из этих уровней имеет свою неопределённость, и смешение уровней является частой ошибкой в интерпретации данных. Например, высокая уверенность в наличии признака не равна высокой уверенности в диагнозе, а высокая вероятность диагноза не равна высокой вероятности неблагоприятного исхода. Вероятностное мышление, будучи принятым как культура, препятствует таким подменам и тем самым повышает безопасность применения ИИ в клинике.

Не менее важен вопрос о том, как вероятностная модель соотносится с субъектом — пациентом. Диагноз в психиатрии имеет символическое значение; он влияет на самоидентификацию, на социальный статус, на ожидания семьи и системы. Поэтому представление вероятностей должно быть этически выверенным и клинически грамотным. Экзоспекция не должна превращаться в «машину ярлыков», выдающую человеку список вероятных расстройств без контекста. Напротив, вероятностный режим в идеале уменьшает стигму, потому что показывает: психическое состояние — это не статическая сущность, а динамическая конфигурация, изменяемая вмешательствами и средой; и клиническое решение — это управление рисками и страданием, а не присвоение идентичности. Этот гуманитарный аспект вероятностного подхода парадоксально совпадает с его научной сутью: признание неопределённости и динамики приближает нас к реальности психики и уменьшает догматизм интерпретаций (Jaspers, 1913).

Наконец, вероятностное мышление является ключевым мостом между клиникой и искусственным интеллектом. Современные модели машинного обучения не «понимают» диагнозы как сущности; они строят вероятностные зависимости между признаками и исходами. Их сила — в обработке многомерных данных и выявлении статистических закономерностей; их слабость — в уязвимости к смещениям данных, к неучтённым факторам, к переносимости между популяциями и к ошибкам интерпретации пользователем. Поэтому экзоспективная психиатрия должна строиться как совместная система, где ИИ предоставляет вероятностные оценки и объяснимые вкладовые признаки, а врач осуществляет клиническую валидацию, контекстуальное толкование и ответственное решение. Вероятностное мышление в этом союзе является не вспомогательным навыком, а языком взаимодействия человека и алгоритма. Без него врач будет либо отвергать ИИ как «неточный», потому что он не даёт категорического ответа, либо, напротив, принимать вероятностные оценки как категорическую истину — и в обоих случаях возникнет риск. Вероятностная культура позволяет удерживать правильную дистанцию: уважать данные, видеть ограничения, принимать решения осознанно и документируемо (Torous, Onnela, Keshavan, 2017; Topol, 2019).

Таким образом, вероятностное мышление в экзоспективной диагностике является методологическим ядром нового режима психиатрического знания. Оно переводит диагноз из сферы впечатления в сферу управляемой неопределённости, делает когнитивные искажения видимыми и ограничиваемыми, поз-

воляет интегрировать противоречивые каналы данных, вводит понятие цены ошибки и поддерживает этически корректную коммуникацию с пациентом. В рамках МКБ-10/11 вероятностный подход не разрушает классификацию, а уточняет её применение, позволяя основанию для решения быть более прозрачным и воспроизводимым. И именно в этом пункте экзоспекция наиболее отчётливо демонстрирует свою научную претензию: она не обещает абсолютной объективности, но строит систему, которая умеет работать с неопределённостью как с предметом знания, а не как с дефектом практики (Popper, 1959; Kendell, Jablensky, 2003).

10.3. Дифференциальная диагностика в экзоспективной модели

Дифференциальная диагностика в экзоспективной модели возникает как практическое продолжение двух предыдущих принципов: перехода от перечня симптомов к профилю состояния и принятия вероятностного режима рассуждения. Если симптоматологическое мышление традиционно стремилось «узнать» болезнь по сочетанию признаков, то профильное и вероятностное мышление неизбежно приводит к задаче выбора между конкурирующими объяснениями, каждое из которых частично совместимо с наблюдаемым фенотипом. В психиатрии эта конкуренция особенно напряжена, поскольку многие синдромальные элементы — тревога, бессонница, раздражительность, когнитивное истощение, психомоторные изменения, нарушения внимания, сенситивность к стрессу — являются трансдиагностическими и встречаются при широком спектре расстройств, описанных в МКБ-10/11. Экзоспекция, расширяя каналы наблюдения и переводя их в форму временных рядов, не «упрощает» дифференциальную диагностику, а делает её более строгой: неопределённость становится измеримой, а конфликт гипотез — явным и документируемым.

Классическая дифференциальная диагностика строится вокруг клинического интервью, психического статуса и анамнестической реконструкции. Экзоспективная модель добавляет к этому постоянный внешний регистр: поведенческие параметры, цифровые следы, физиологические индексы, речевые и голосовые признаки, особенности моторики и мимики, а также данные среды и контекста. Но сама логика дифференциального диагноза остаётся клинической: необходимо не только обнаружить признаки, но и определить, какие из них являются ведущими, какие вторичными, какие обусловлены контекстом, какие — лечением, какие — соматикой, и какие — техникой измерения. Именно поэтому экзоспективная дифференциальная диагностика должна быть организована не как «поиск совпадения с шаблоном», а как процедура последовательного сопоставления гипотез на разных уровнях: феноменологическом, динамическом, контекстуальном и нозологическом. Это сближает психиатрию с методологией научного объяснения, где конкурирующие теории оцениваются по их объяснительной мощности, простоте и способности выдерживать проверку новыми данными (Popper, 1959; Lakatos, 1978).

Первый уровень дифференциальной диагностики в экзоспективной модели — разграничение нормы, варианта нормы и патологического состояния. Здесь экзоспекция предоставляет важный, но потенциально опасный ресурс: количественные отклонения легко интерпретировать как болезнь, хотя они могут быть отражением жизненного периода, нагрузки, культурных паттернов, временных стрессоров или адаптивных стратегий. Поэтому дифференциальная диагностика начинается с вопроса о клинической значимости: есть ли устойчивое страдание или функциональный ущерб, сохраняющийся во времени и выходящий за пределы ожидаемой реакции на обстоятельства. Экзоспекция дополняет этот вопрос измерениями: например, не просто «плохой сон», а длительная фрагментация сна с ухудшением дневного функционирования; не просто «сниженная активность», а систематическое выпадение из привычного поведенческого репертуара; не просто «раздражительность», а стойкое изменение тональности речи и социального поведения. Однако даже точные измерения не отвечают на нормативный вопрос автоматически. Поэтому первый барьер дифференциальной диагностики — это не алгоритм, а клиническое решение о том, что наблюдаемое изменение представляет собой психопатологический процесс, а не временную адаптацию.

Второй уровень — разграничение первичной психопатологии и вторичных состояний, прежде всего соматических, неврологических и токсико-метаболических причин. В классической психиатрии этот принцип выражен в правилах исключения: прежде чем утверждать расстройство настроения или психоз, необходимо оценить соматические и неврологические факторы. Экзоспекция здесь двояка. С одной стороны, физиологические и поведенческие данные могут дать ранние сигналы о соматической природе симптомов: например, несоответствие между субъективной тревогой и отсутствием ожидаемой вегетативной реактивности может указывать на алекситимию, диссоциацию или фармакологическое влияние; наоборот, выраженная тахикардия и переменность ритма в определённых контекстах может направить к эндокринным или кардиологическим факторам. С другой стороны, экзоспективные показатели легко «психиатризуются» — интерпретируются как маркеры тревоги или депрессии, тогда как они отражают соматическую дисфункцию. Поэтому экзоспективная дифференциальная диагностика требует встроенного соматического фильтра: систематической проверки медицинских данных, лекарственной нагрузки, интоксикаций и неврологических состояний, особенно в случаях позднего дебюта, атипичной динамики, резких флуктуаций сознания или когнитивного ухудшения (Kaplan, Sadock, 2015; Goodwin, Jamison, 2007). В логике МКБ-10/11 это соответствует необходимости различать первичные психические расстройства и «психические и поведенческие расстройства вследствие заболевания мозга, повреждения и дисфункции», а также расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Третий уровень — разграничение синдромов с общим фенотипическим ядром, прежде всего тревожно-депрессивного спектра, реакций на стресс и расстройств адаптации, а также различение депрессивного эпизода и биполярного

спектра. В традиционной практике здесь возникает феномен диагностической гравитации: симптомы тяготеют к наиболее распространённым рубрикам, и клиницист может «растворить» дифференциальную задачу в общей категории депрессии или тревоги. Экзоспекция вводит противодействие этому растворению, поскольку динамические ряды позволяют увидеть паттерны, несовместимые с простым объяснением. Например, для биполярного спектра критично не только наличие депрессивной симптоматики, но и следы гипоманиакальной или маниакальной динамики в прошлом: устойчивое снижение потребности во сне, повышение активности, ускорение речи, рост целенаправленной активности, изменения в импульсивности и социальной экспансивности. В клиническом интервью эти элементы часто недооцениваются или ретроспективно маскируются. Экзоспекция способна фиксировать их как повторяющиеся эпизоды, особенно если данные собираются длительно и многоканально (Goodwin, Jamison, 2007). В терминах дифференциальной диагностики это означает: конкуренция гипотез «рецидивирующая депрессия» и «биполярный спектр» должна разрешаться не единичным впечатлением, а анализом траекторий, в которых признаки возбуждения и снижения сна имеют особый вес.

Четвёртый уровень — разграничение психотических феноменов и непсихотических нарушений восприятия, мышления и убеждений, включая обсессивные феномены, диссоциативные переживания, культурно обусловленные убеждения и сверхценные идеи. Экзоспекция здесь особенно чувствительна к риску ложноположительной интерпретации. Речевые и поведенческие маркеры могут демонстрировать странность, ассоциативные скачки, нестандартные метафоры, необычные тематические связки, но это не обязательно означает психоз. Феноменологическая традиция подчёркивает необходимость различать нарушение формы мышления, нарушение содержания и нарушение критики (Jaspers, 1913). Экзоспективная модель может добавить к этому разграничение по устойчивости и контекстной модуляции: психотическая организация часто проявляет тенденцию к автономности от ситуации и к устойчивому искажению реальность-тестинга, тогда как обсессивные и тревожные феномены могут усиливаться в конкретных контекстах и сопровождаться сохранной критикой. Однако автоматическое распознавание таких различий алгоритмом без клинической верификации рискованно, поскольку критика — категория не только поведенческая, но и субъективно-рефлексивная. Следовательно, экзоспективная дифференциальная диагностика психотического уровня должна строиться как совместная процедура: алгоритм выявляет маркеры риска (снижение связности, изменение тематической организации, странность нарратива, рост поведенческой дезорганизации), а врач проверяет феноменологические признаки критики, структуру бредового переживания, контекст, а также влияние веществ и соматики (Kaplan, Sadock, 2015).

Пятый уровень — разграничение расстройств личности, хронических паттернов адаптации и эпизодических состояний. Эта задача принципиальна для экзоспекции, потому что многоканальные данные, собранные в течение недель и месяцев, делают видимыми устойчивые поведенческие стили: харак-

тер общения, типичные реакции на стресс, паттерны привязанности и конфликта, повторяющиеся циклы дисрегуляции. Но интерпретация этих паттернов может быть ошибочно «нозологизирована», если игнорируется контекст развития личности и социальные условия. МКБ-11, вводя более выраженный акцент на оценку тяжести расстройства личности и на домены черт, фактически предлагает клиническую рамку, в которую экзоспективные данные могут быть интегрированы как показатели устойчивости и дисфункциональности, а не как механический «ярлык». В дифференциальном отношении важно отделять то, что является хроническим стилем, от того, что является эпизодом: например, импульсивность как черта и импульсивность как состояние при гипомании или интоксикации; эмоциональная лабильность как характерологическая особенность и лабильность как компонент острого стрессового расстройства. Экзоспекция помогает увидеть временные границы и контраст между базовой линией и эпизодом, что может существенно повысить точность дифференциального решения.

Из этих уровней следует ключевое методологическое положение: дифференциальная диагностика в экзоспективной модели должна быть процедурой последовательного «сужения» гипотез, но не в смысле удаления альтернатив, а в смысле повышения разрешающей способности наблюдения. В классической практике врач часто вынужден решать задачу при дефиците данных, и дифференциальный диагноз становится списком, который редко подвергается систематической проверке. Экзоспекция делает проверку возможной, потому что она создает режим «постоянного наблюдения», где гипотезы могут сопоставляться с новыми данными. Тем самым дифференциальная диагностика превращается в динамический эксперимент: мы наблюдаем, какие признаки устойчивы, какие исчезают, какие усиливаются, какие коррелируют с контекстом, и как на них влияют вмешательства. Такой подход близок к концепции клинической валидации диагноза как предсказательной модели: диагноз должен не только описывать, но и прогнозировать — динамику, ответ на лечение, риск рецидива (Kendell, Jablensky, 2003). Экзоспекция предоставляет техническую инфраструктуру для этой валидации, но клиническая логика остаётся необходимой.

При этом экзоспективная дифференциальная диагностика сталкивается с новым видом ошибок, отличных от традиционных. Если в классической клинике ошибка часто возникает из-за ограниченности наблюдения, то в экзоспекции ошибка может возникать из-за избыточности данных и ложной уверенности, что «много данных» автоматически означает «истина». Многоканальные измерения могут создавать иллюзию полноты, хотя на самом деле они измеряют лишь определённые аспекты поведения и физиологии, оставляя вне поля зрения содержание переживаний, моральные конфликты, символические смыслы и феноменологическую структуру сознания. Кроме того, данные могут быть смещены: человек меняет поведение, зная о наблюдении; устройство снимается; контекст меняется; культурные нормы влияют на выражение эмоций; алгоритм обучен на иной популяции. Поэтому дифференциальная диагностика должна включать оценку достоверности каналов и их переносимости. В совре-

менной литературе по медицинскому ИИ подчёркивается, что переносимость моделей между популяциями и контекстами является одним из главных источников клинического риска, если не обеспечена строгая валидация и мониторинг (Obermeyer, Emanuel, 2016; Topol, 2019). В психиатрии эта проблема усиливается, потому что поведенческие и речевые маркеры особенно зависят от культуры и ситуации. Следовательно, экзоспективная модель дифференциальной диагностики должна быть саморефлексивной: она должна уметь оценивать не только «что показали данные», но и «насколько мы можем доверять данным в данном контексте».

Важным элементом дифференциальной диагностики является также разграничение коморбидности и диагностической альтернативы. В психиатрии коморбидность часто является правилом, а не исключением: тревога и депрессия, зависимости и аффективные расстройства, расстройства личности и эпизодические состояния, посттравматические феномены и соматоформные проявления. В традиционной практике это приводит к двум крайностям: либо врач «выбирает один» диагноз и игнорирует остальное, либо формирует длинный перечень диагнозов без понимания их иерархии. Экзоспективная модель предлагает третий путь: профилирование позволяет представить коморбидность как пересечение измерений, где часть феноменов относится к общему ядру дистресса, часть — к специфическим механизмам, а часть — к контекстным факторам. Дифференциальная диагностика тогда становится не выбором одного ярлыка, а уточнением структуры профиля: что является ведущим процессом, что — вторичным, что — следствием, и что — независимым сопутствующим расстройством. В рамках МКБ-11 это особенно актуально из-за акцента на спецификаторы, на оценку тяжести и на функциональные последствия, которые позволяют строить более гибкие клинические формулировки. При этом МКБ-10 остаётся важной системой для статистической и правовой практики в ряде стран; экзоспективная дифференциальная диагностика должна уметь «переводить» профиль в обе классификационные логики, избегая механического дублирования диагнозов.

С практической точки зрения экзоспективная дифференциальная диагностика требует особого отношения к времени. В классической модели дифференциальная диагностика часто статична: врач сопоставляет признаки «здесь и сейчас» с критериями. Экзоспекция делает время главным диагностическим ресурсом. Многие ключевые различия между расстройствами проявляются не в моментном срезе, а в траектории: например, эндогенная депрессия и реакция на стресс могут иметь различия в суточной вариативности, в утреннем ухудшении, в скорости восстановления; гипомания проявляется в характерной связке сниженного сна и повышенной активности; психотические состояния часто показывают нарастание дезорганизации и отчуждения от социальных ритмов; посттравматические феномены могут проявляться как контекстно обусловленные всплески гиперактивации и избегания. Если экзоспекция корректно строит базовую линию и выявляет отклонения, то дифференциальная диагностика становится анализом форм времени — тем, что феноменологическая психиатрия все-

гда считала принципиальным, но редко могла измерить (Jaspers, 1913; Minkowski, 1933). В этом смысле экзоспекция не противостоит классике, а реализует её потенциал инструментально.

Наконец, необходимо подчеркнуть, что дифференциальная диагностика в экзоспективной модели имеет не только клиническую, но и экспертную значимость, особенно в судебной психиатрии. В судебном контексте конкурирующие гипотезы часто включают симуляцию, диссимуляцию, ситуационную реакцию, влияние веществ, хронические личностные паттерны и эпизодические психотические состояния. Экзоспекция потенциально может предоставить независимые временные свидетельства поведения и функционирования до, во время и после события. Однако это повышает требования к методологической строгости: любые выводы должны учитывать возможность намеренного изменения поведения, неполноту данных, юридические ограничения, а также риск ретроспективной реконструкции по неполным следам. Вероятностная рамка здесь особенно важна: экспертное заключение должно отражать степень неопределённости и основания для предпочтения одной гипотезы другой, а не создавать иллюзию математической точности (Faust, Ziskin, 1988). Таким образом, экзоспективная дифференциальная диагностика в судебной сфере может стать инструментом стандартизации и повышения воспроизводимости, но только при соблюдении принципа критической проверки и при сохранении роли эксперта как ответственного интерпретатора.

В итоге дифференциальная диагностика в экзоспективной модели представляет собой динамический, многослойный и вероятностный процесс, в котором конкурирующие гипотезы сопоставляются не только по наличию симптомов, но и по структуре профиля, по временной организации, по контекстной модуляции, по функциональным последствиям и по устойчивости признаков в разных каналах данных. Экзоспекция расширяет поле наблюдения, но одновременно вводит новые риски — иллюзию объективности, зависимость от качества данных и смещения популяции. Поэтому центральный методологический принцип остаётся прежним, хотя и обретает новую форму: диагноз является обоснованной гипотезой, а дифференциальная диагностика — процедурой её постоянной проверки и уточнения по мере появления новых данных, в рамках критериев МКБ-10/11 и под клинической ответственностью врача (Kendell, Jablensky, 2003; Topol, 2019).

10.4. Роль врача в интерпретации экзоспективных данных

Экзоспективная диагностика, как было показано в предыдущих подразделах, формирует новый тип клинического материала: многоканальные данные, собранные не в моменте, а во времени; параметры, являющиеся не словами пациента и не описанием врача, а внешними регистрами поведения, речи, физиологии и контекста; отчёты, построенные алгоритмически, то есть воспроизводимо, но не обязательно прозрачно. В этой ситуации неизбежно возникает вопрос о роли врача. Он не сводится к формальному утверждению, что «врач

остаётся главным», поскольку сама архитектура экзоспекции перераспределяет функции между человеком и вычислительной системой. Речь идёт о том, какие именно элементы клинического мышления остаются невозполнимыми, какие — усиливаются инструментально, а какие требуют новой профессиональной дисциплины. Центральный тезис данного раздела состоит в том, что роль врача в экзоспективной модели не уменьшается, а меняет свою структуру: врач становится не только наблюдателем и интерпретатором феноменов, но и менеджером неопределённости, гарантом клинической валидности, хранителем контекста, а также ответственным субъектом, способным соединить измерение и смысл в единую диагностическую формулировку (Jaspers, 1913; Kendell, Jablensky, 2003; Topol, 2019).

Классическая психиатрическая диагностика исторически строилась на интервью и на интерпретации психического статуса — на искусстве распознавания признаков и на клиническом рассуждении, которое часто выражалось в форме «синдромного узнавания». Экзоспекция, напротив, производит данные, которые не являются феноменологическими описаниями в строгом смысле: они могут быть количественными, вероятностными, распределёнными во времени, а также полученными из косвенных признаков, например из речи или паттернов активности. Это создаёт опасность, что диагностика будет подменена «производством показателей», а клиническое решение — механическим следованием отчёту. Против этой опасности стоит фундаментальная феноменологическая идея: психиатрическое знание не может быть сведено к регистрации параметров, потому что оно имеет дело с сознанием, смыслом, мотивацией и отношением субъекта к своему состоянию (Jaspers, 1913). Экзоспекция не отменяет феноменологию, но заставляет врача заново определить, где проходит граница между измеримым проявлением и субъективной структурой переживания. Врач становится тем, кто удерживает различие между «признаком» и «значением признака», между «корреляцией» и «объяснением», между «выявленным паттерном» и «клиническим фактом».

Эта роль проявляется уже на самом первом шаге — в постановке вопроса к экзоспективной системе. В традиционной клинике врач задаёт вопросы пациенту; в экзоспекции врач задаёт вопросы данным. Но «правильный вопрос» к данным требует клинической гипотезы, иначе алгоритм будет искать закономерности без клинической релевантности или выдавать множественные сигналы без иерархии. Философия науки подчёркивает, что наблюдение всегда теоретически нагружено: мы видим то, что умеем различать, и измеряем то, что считаем значимым (Kuhn, 1962). Следовательно, врач в экзоспективной диагностике должен быть способен формулировать наблюдаемые конструкторы таким образом, чтобы они соответствовали клиническим задачам и классификационной логике МКБ-10/11, а не только техническим возможностям сенсоров и моделей. Например, если цель — дифференцировать депрессивный эпизод и биполярный спектр, то врачу важно запросить данные о цикличности сна и активности, о колебаниях темпа речи, о периодах повышенной целенаправленной активности, об изменении социальной экспансивности, а также о контекстной

модуляции этих показателей. Врач, таким образом, определяет, что именно будет считаться «диагностическим событием» в данных, и тем самым задаёт рамку интерпретации.

Второй ключевой аспект роли врача — оценка качества, достоверности и пригодности данных. Экзоспекция создаёт новую категорию клинических ошибок: ошибки, возникающие не из-за бедности наблюдения, а из-за дефектов измерения, смещений выборки, неверного переноса моделей и иллюзии объективности. В современной дискуссии о медицинском ИИ эти риски выделяются как центральные: модели могут быть точными в обучающей среде и ошибочными в иной популяции; данные могут отражать социальные и культурные смещения; технические артефакты могут имитировать клинические изменения (Obermeyer, Emanuel, 2016; Topol, 2019). В психиатрии к этому добавляются особенности поведения человека: пациент может менять речь и активность, зная о наблюдении; носимое устройство может не носиться; сон может измеряться с ошибкой; видеоканал может фиксировать не психопатологию, а особенности освещения и позы. Поэтому врач обязан выполнять функцию «клинического аудитора»: проверять, насколько данные репрезентативны, непрерывны, сопоставимы с базовой линией, и не объясняются ли изменения внешними причинами — болезнью, лекарствами, сменой режима, конфликтом, интоксикацией, переездом. Это не техническая работа инженера и не статистическая работа исследователя; это клиническая работа, потому что критерий пригодности данных определяется клиническим вопросом и ценой ошибки.

Третья функция врача — удержание контекста и «биографии симптома». Экзоспективные данные по своей природе склонны к деперсонализации: они описывают динамику параметров, но не объясняют, почему эти параметры изменились. Между тем психические расстройства, зафиксированные в МКБ-10/11, не являются чисто физиологическими событиями; они разворачиваются в личной истории, в межличностных отношениях, в культурной системе и в экономических обстоятельствах. Контекст не является «добавкой» к данным — он является частью того, что делает феномен клинически значимым. Даже в рамках диагностических критериев клиническая значимость часто определяется функциональным ущербом и страданием, а они не могут быть исчерпывающе выведены из биосигналов или поведенческих рядов. Врач, следовательно, выполняет роль интегратора: он сопоставляет экзоспективные маркеры с событиями жизни, с анамнезом, с психотравмирующими факторами, с соматическим состоянием, с лекарственной нагрузкой и с динамикой отношений. Эта интеграция позволяет отличить, например, ухудшение сна как компонент депрессивного эпизода от ухудшения сна из-за смены работы и ночных смен; повышение активности как гипоманиакальный подъём от повышения активности как вынужденную адаптацию к жизненному кризису. Экзоспекция, тем самым, делает контекст не менее важным, а более важным, потому что без контекста данные легко превращаются в ложные «доказательства».

Четвёртый аспект роли врача — феноменологическая верификация и клиническая семантика. Экзоспективные системы могут обнаруживать марке-

ры, которые коррелируют с определёнными диагнозами: снижение речевой связности, изменение просодии, рост латентности ответов, снижение активности, фрагментацию сна, повышение вариабельности или снижение реактивности. Однако корреляция не тождественна феномену. Например, «снижение связности речи» в вычислительном смысле может означать изменение тематического перехода или снижение семантической когезии, но феноменологически это может соответствовать различным состояниям: усталости, тревожной рассеянности, интоксикации, депрессии, формальному расстройству мышления или культурно обусловленному стилю повествования. Врач должен переводить вычислительный показатель в клинический язык, а затем проверять этот перевод через интервью, наблюдение и психический статус. В этом смысле врач остаётся «переводчиком» между двумя эпистемическими режимами: режимом параметров и режимом феноменов. В философии клинического знания это можно описать как необходимость связать третьелицевое описание поведения и физиологии с перволицевой структурой переживания, не смешивая одно с другим (Jaspers, 1913; Searle, 1992). Экзоспекция усиливает третьелицевое описание, но не устраняет необходимость феноменологической проверки.

Пятая функция врача — управление вероятностными выводами и коммуникация неопределённости. Экзоспективная диагностика, как было показано, принципиально вероятностна: она выдаёт не «истину», а распределение гипотез, ранжирование рисков, вероятности траекторий. Для клинициста это может быть непривычно, поскольку традиционная культура медицины часто ориентирована на категорическое решение. Однако психиатрия исторически живёт с неопределённостью, просто она была неформализованной. Экзоспекция делает неопределённость явной и потому требует нового профессионального навыка: не скрывать неопределённость, но и не парализоваться ею. Врач должен уметь интерпретировать вероятностные отчёты, отличать статистическую значимость от клинической значимости, понимать пределы модели, учитывать базовые частоты (base rates) и риск диагностических смещений (Kahneman, 2011). Особенно важно уметь объяснять пациенту и его родственникам, что означает вероятностный вывод, почему он не является приговором, как он будет проверяться во времени, и какие решения целесообразны при данном уровне риска. В судебной психиатрии эта функция становится ещё более критичной, поскольку экспертные выводы имеют правовые последствия, а излишняя уверенность, основанная на алгоритмических цифрах, может стать источником систематической несправедливости (Faust, Ziskin, 1988).

Шестой аспект роли врача — клиническая ответственность и этическая асимметрия. В экзоспекции возникает соблазн «распределить ответственность» между человеком и системой, однако с точки зрения медицинской этики и права ответственность за клиническое решение не может быть передана алгоритму, поскольку алгоритм не является моральным агентом и не несёт ответственности за последствия. Это положение корреспондирует с базовыми принципами биоэтики — благодеяния, непричинения вреда, автономии и справедливости — которые требуют наличия ответственного субъекта, способного к моральному

суждению (Beauchamp, Childress, 2019). Экзоспекция, напротив, усиливает необходимость такого субъекта, потому что увеличивает объём информации и потенциальную мощность вмешательства. Если система выдаёт «риск суицида» или «вероятность психотического срыва», то врач должен принять решение о том, как действовать: когда усиливать наблюдение, когда менять терапию, когда обсуждать госпитализацию, как учитывать автономию пациента и его право на частную жизнь. Эти решения не могут быть приняты на основе одной метрики; они требуют клинического и морального рассуждения. Следовательно, врач в экзоспекции — не пользователь инструмента, а гарант этической рамки применения инструмента.

Седьмая функция — терапевтическая интерпретация данных, то есть превращение диагностики в план действий. Экзоспективная модель создаёт высокий риск «диагностического фетишизма», когда сбор данных становится самоцелью. Врач, напротив, должен постоянно возвращать экзоспективные наблюдения к клиническому смыслу: какие вмешательства следует предпринять, какие цели терапии ставить, как измерять ответ на лечение, как предупреждать рецидив. В этом отношении роль врача не только диагностическая, но и психотерапевтическая: данные могут быть использованы как материал для мотивационного интервью, для когнитивно-поведенческой работы, для формирования навыков саморегуляции, для корректировки режима сна и активности. Но такое использование возможно лишь при условии, что врач понимает границы интерпретации и не превращает пациента в «объект мониторинга». Экзоспекция должна быть встроена в союз врача и пациента, а не разрушать его. И здесь вновь проявляется человеческая компетенция врача: эмпатическое объяснение, поддержка, формирование доверия, работа с сопротивлением и страхом перед наблюдением. Техническая система может измерять, но не может установить терапевтический контракт.

Восьмой аспект роли врача — защита от редукционизма и сохранение многоуровневой модели психопатологии. Экзоспекция естественным образом тяготеет к операционализации, к числам и к вычислимым маркерам. Это полезно, но опасно: психиатрия может незаметно перейти к представлению, что психическое расстройство — это сумма измеримых отклонений. Между тем психопатология включает уровни, которые не сводятся друг к другу: биологический, когнитивный, аффективный, поведенческий, интерперсональный, культурный. Философия психиатрии многократно указывала, что диагностические категории обладают не только дескриптивной, но и нормативной природой: они связаны с оценкой функционирования и страдания (Fulford, 1989). Врач должен удерживать эту многоуровневость, не позволяя экзоспекции диктовать единственный язык описания. В противном случае экзоспекция станет новым вариантом «биологизма», но теперь в цифровой форме.

Девятый аспект — организационная роль врача как участника системы качества. Экзоспективная диагностика предполагает инфраструктуру: протоколы сбора данных, стандарты интерпретации, клинические маршруты, требования к безопасности данных, процедуры реагирования на тревожные сигналы.

Если эти элементы не встроены, экзоспекция становится хаотичной и опасной. Врач, особенно в роли руководителя или эксперта, должен участвовать в разработке протоколов и в формировании клинических стандартов: определять, какие маркеры считаются клинически значимыми, какие пороги требуют вмешательства, как обеспечивать документирование и воспроизводимость, как проводить клиническую валидацию моделей и их регулярный аудит. Иначе медицинская практика окажется заложником инженерных решений, не адаптированных к клинической ответственности. В современной литературе по внедрению ИИ в медицину подчёркивается, что ключевой фактор успеха — это не точность модели, а её интеграция в клинический рабочий процесс и наличие механизмов контроля и обратной связи (Topol, 2019; Obermeyer, Emanuel, 2016). В психиатрии это особенно существенно.

Наконец, следует сформулировать итоговую позицию: экзоспекция не является конкурентом врача, потому что она не является субъектом клинического смысла и моральной ответственности. Экзоспекция является новым типом инструмента, который расширяет наблюдение, усиливает воспроизводимость и делает видимыми временные структуры психического состояния. Но именно врач превращает эти данные в клиническое знание. Он задаёт вопрос, проверяет качество данных, удерживает контекст, переводит параметры в феномены, управляет вероятностями, несёт ответственность, строит терапевтическую стратегию и защищает пациента от редукционизма и злоупотреблений. В этом смысле экзоспективная диагностика требует не меньшей, а большей квалификации: врач должен быть одновременно клиницистом, интерпретатором данных и этическим субъектом. Экзоспекция, тем самым, становится не «заменой» клиники, а её инструментальным продолжением, которое делает психиатрическое знание более проверяемым, но не менее человеческим (Jaspers, 1913; Kendell, Jablensky, 2003; Beauchamp, Childress, 2019; Topol, 2019).

Глава 11. Аффективные расстройства

11.1. Депрессивные расстройства

Депрессивные расстройства занимают в экзоспективной психиатрии особое место по причинам не только эпидемиологическим, но и методологическим. Именно депрессия демонстрирует парадокс современной клиники: с одной стороны, она относится к наиболее частым и социально значимым состояниям, описанным в международных классификациях; с другой — она остаётся одним из наиболее «скользких» объектов для интерспективной диагностики, поскольку её ядро формируется субъективными переживаниями, которые пациент может скрывать, минимизировать, рационализировать или, напротив, гиперболлизировать. Классическая психопатология на протяжении полутора столетий развивала язык описания депрессии как феноменологического комплекса, в котором сочетаются расстройства аффекта, мотивации, мышления, психомоторики, телесного самочувствия и витальных ощущений (Kraepelin, 1913;

Jaspers, 1913; Beck, 1967). Однако сама клиническая практика выявила границы этого языка: оценка тяжести, динамики и риска при депрессии демонстрирует значительную вариабельность даже среди опытных специалистов, поскольку врач неизбежно опирается на интервью и на моментальное впечатление, тогда как депрессия по своей природе является процессом, разворачивающимся во времени, с колебаниями, фазностью, скрытыми окнами ухудшения и периодами внешней «нормальности» (Kendell, Jablensky, 2003).

Экзоспекция, вводя внешнего наблюдателя в виде алгоритмической системы, пытается не заменить клиническое понимание депрессии, а расширить его, переведя часть депрессивного фенотипа в область измеримых параметров, временных рядов и вероятностных профилей. Это особенно важно в связи с тем, что депрессивные расстройства, будучи определёнными через критерии МКБ-10/11, включают компоненты, потенциально доступные внешней регистрации: изменение активности, сна, речи, социальной включённости, скорости и связности мышления, реактивности на стимулы, а также соматовегетативные сдвиги, сопутствующие длительному стрессу (Selye, 1950). Тем не менее этот переход от феноменологического описания к измеримому профилю не является простым. Он затрагивает фундаментальный вопрос: что именно мы называем «депрессивным расстройством» — набором симптомов, отражённых в классификации, или устойчивой динамической конфигурацией психики, проявляющейся в поведении и биоритмах так же отчётливо, как в самоотчёте пациента. Экзоспективная перспектива склоняется ко второму, но при этом требует строгого клинического контроля, чтобы не спутать депрессию с многочисленными состояниями, которые имитируют её поведенческий и физиологический рисунок (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

В МКБ-10 депрессивные расстройства представлены прежде всего депрессивным эпизодом (F32) и рекуррентным депрессивным расстройством (F33), с градациями тяжести и спецификаторами, включая соматический синдром. МКБ-11 сохраняет диагностическую преемственность, но стремится к более современной клинической структуре и уточняет рамки депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства, подчёркивая значимость функционального ущерба, длительности симптомов и исключения альтернативных причин. Для экзоспекции важно, что обе классификации — несмотря на различия в терминологии и структуре — фиксируют депрессию как состояние, включающее не только субъективный аффект, но и поведенческую, когнитивную и соматовегетативную компоненты. Это означает, что депрессия потенциально доступна внешней оценке в большей степени, чем принято считать, хотя «ядро переживания» — чувство безнадежности, утрата смысла, болезненная самокритика, переживание вины и внутреннее «обеднение мира» — остаётся областью перволицевого опыта (Beck, 1967; Jaspers, 1913).

С точки зрения экзоспективной диагностики депрессивные расстройства следует понимать как многоканальный синдром, в котором внешне наблюдаемые признаки распределены неравномерно: часть признаков хорошо регистрируется (например, снижение активности и фрагментация сна), часть регистри-

руется косвенно (например, когнитивная ригидность через структуру речи), а часть требует клинического интервью (например, суицидальные мысли, идеи самообвинения, переживание утраты будущего). Поэтому экзоспекция в депрессии не может строиться по принципу «замещения»: она строится по принципу «сборки», когда данные дополняют клиническую картину, а врач выполняет роль интегратора и интерпретатора (Topol, 2019; Beauchamp, Childress, 2019). В практическом смысле это означает, что экзоспективный профиль депрессии всегда должен рассматриваться как гипотеза, требующая подтверждения клиническими методами, но при этом способная выявить скрытые закономерности, которые клиника пропускает.

Одним из ключевых преимуществ экзоспекции в депрессии является переход от статической оценки к динамической. Традиционное обследование нередко фиксирует «срез» состояния: пациент приходит на приём в конкретный день, демонстрирует определённый уровень страдания, описывает симптомы в ретроспективе, а врач на основании этих данных формулирует диагноз и назначает лечение. Однако депрессивное состояние обладает выраженной вариативностью: дневные колебания настроения и энергии, «хорошие дни» и «плохие дни», эпизодические всплески активности, которые могут маскировать тяжесть, и периоды субъективной «анестезии», когда пациент перестаёт жаловаться, хотя функциональное снижение сохраняется (Kraepelin, 1913; Kupfer, 1995). Экзоспекция позволяет видеть не только средний уровень, но и структуру колебаний, скорость изменения, устойчивость симптомов и связь с контекстом. Это особенно значимо для оценки тяжести и риска, поскольку в депрессии клинически важны не только «симптомы как таковые», но и траектория их нарастания или ослабления, а также появление признаков, указывающих на переход к опасной фазе, включая суицидальный риск (Joiner, 2005; Mann, 2003).

Однако именно здесь возникает первая принципиальная трудность: экзоспективная система измеряет то, что проявляется вовне, и потому рискует систематически недооценивать «высокофункциональную» депрессию, когда человек сохраняет внешнюю активность, продолжает работать и выполнять социальные роли, но внутренне переживает выраженную аффективную боль, утрату смысла и суицидальные мысли. Подобные состояния хорошо известны клиницистам и часто становятся источником трагических ошибок, поскольку внешняя сохранность вводит в заблуждение и родственников, и специалистов (Mann, 2003). Следовательно, экзоспекция должна использоваться не как «объективный арбитр», а как дополнительный канал, который усиливает наблюдение там, где оно возможно, но не отменяет клинической осторожности там, где внешние признаки могут отсутствовать. В экзоспективной модели депрессии необходимо прямо признать асимметрию: отсутствие выраженных внешних маркеров не является доказательством отсутствия депрессии, а наличие маркеров требует клинического уточнения причин.

Второй крупный методологический узел связан с проблемой специфичности. Многие экзоспективные признаки, потенциально связанные с депрессией, являются неспецифическими маркерами общего дистресса или соматиче-

ского неблагополучия: нарушение сна, снижение активности, ухудшение variability сердечного ритма, рост ночных пробуждений, уменьшение социальной коммуникации. Эти признаки могут наблюдаться при тревожных расстройствах, при соматических заболеваниях, при хронической боли, при эндокринных нарушениях, при употреблении психоактивных веществ, при побочных эффектах лекарств. Даже психомоторная заторможенность может быть следствием не депрессии, а, например, нейролептической терапии или неврологического процесса. Поэтому экзоспективная диагностика депрессивных расстройств должна строиться не на одном маркере, а на конфигурации признаков, на их согласованности и на длительности, а также на сопоставлении с контекстом и анамнезом (Kendell, Jablensky, 2003). В этом отношении экзоспекция естественным образом приближает клинику к вероятностному мышлению, где «депрессия» — это наиболее правдоподобная гипотеза при определённом наборе наблюдений, но не единственная (Kahneman, 2011).

Для описания экзоспективного профиля депрессии полезно исходить из классической триады, сформулированной в различных традициях психопатологии: аффективное снижение, когнитивная деформация и психомоторная инертность, дополняемые соматовегетативными и циркадными нарушениями. Классические клиницисты подчёркивали, что депрессия не сводится к печали: она включает утрату витальности и переживание «изменения самого способа бытия», что проявляется в темпе психических процессов и в телесной энергетике (Kraepelin, 1913; Jaspers, 1913). Современные когнитивные модели делают акцент на негативных автоматических мыслях, схемах самооценки и искажениях интерпретации будущего (Beck, 1967). Для экзоспекции важно, что обе линии мысли указывают на признаки, которые могут быть частично наблюдаемы: темп речи и паузы, бедность интонации, снижение разнообразия тем и инициативы, уменьшение двигательной экспрессии, устойчивое сокращение диапазона активности, изменение структуры сна. Экзоспекция, таким образом, может моделировать депрессию как систему взаимосвязанных изменений, где один параметр усиливает другой, формируя устойчивое патологическое равновесие.

Сон и циркадные ритмы в депрессии представляют, вероятно, наиболее плодотворную область для экзоспективной регистрации. Ещё классические исследования показывали, что депрессия сопровождается характерными нарушениями сна, включая ранние пробуждения, снижение эффективности сна, фрагментацию и изменение суточного профиля бодрствования (Kupfer, 1995). Позднее хронобиологические подходы связали депрессивные состояния с нарушением регуляции циркадных систем и с десинхронизацией биологических часов, что проявляется не только в субъективной бессоннице, но и в изменении устойчивости режима, во «сдвигах» времени активности и в снижении амплитуды суточных колебаний (Czeisler, 1999). Экзоспекция в данном контексте может фиксировать не просто факт бессонницы, а структуру сна: вариативность отхода ко сну, регулярность пробуждений, соотношение дневной активности и ночного покоя, а также связь этих характеристик с нагрузкой, стрессом и терапией. Важным является то, что в депрессии циркадные нарушения могут выступать

как маркер тяжести, как предиктор рецидива и как индикатор ответа на лечение. Однако любые такие выводы требуют клинической валидации и осторожности, поскольку нарушения сна могут быть первичными или вторичными и не обязательно являются специфическими для депрессии (Kupfer, 1995).

Психомоторика и поведение образуют второй крупный блок экзоспективных признаков депрессии. Снижение активности, уменьшение количества перемещений, сужение радиуса повседневной жизни, сокращение спонтанных действий и инициативы — всё это может быть регистрируемо через носимые устройства и поведенческие следы. Однако клиническая интерпретация этих данных сложнее, чем кажется. Депрессия может проявляться как заторможенность, но также может сопровождаться тревожной ажитацией; пациент может «двигаться много», но это движение будет лишено целенаправленности и сопровождаться истощаемостью. Внешне активный человек может быть депрессивным, если его активность носит компульсивный, защитный характер. Поэтому экзоспекция должна учитывать не только объём активности, но и её структуру: регулярность, разнообразие, связь с социальными взаимодействиями, наличие эпизодов «провалов» и восстановлений. В этом отношении депрессия оказывается особенно подходящим объектом для временных рядов: именно динамика отличает депрессивное снижение жизненной активности от кратковременной усталости или ситуативного уединения.

Речь и голос в депрессии формируют третий блок признаков, который, хотя и кажется более «мягким» и менее объективным, на деле способен дать важные маркеры. Клиническая психопатология давно описывает депрессивную речь как более медленную, с паузами, с бедной интонацией, с тенденцией к краткости, с повторением тем самообвинения и безнадёжности (Jaspers, 1913). Когнитивная теория депрессии, в свою очередь, предсказывает появление характерных смысловых паттернов: негативные оценки себя, мира и будущего, снижение вероятности позитивных исходов, селективное внимание к угрозам и потерям (Beck, 1967). Экзоспекция может регистрировать темп речи, латентность ответа, вариативность интонации, а также структуру нарратива — но интерпретация должна быть особенно осторожной, поскольку речевые паттерны зависят от культуры, языка, личности и ситуации интервью. Тем не менее в динамическом наблюдении, когда сравнение идёт не с «нормой популяции», а с базовой линией конкретного человека, речевые изменения могут стать ранним индикатором ухудшения или улучшения. Это принципиально соответствует идее персонализированного мониторинга, где пациент сравнивается прежде всего с самим собой, а не с абстрактным средним (Torol, 2019).

Наконец, в экзоспективной модели депрессии особое внимание должно быть уделено риску суицидального поведения. Суицидальность традиционно рассматривается как область, где интерспекция пациента может быть неполной или недостоверной, а клиническая интуиция — уязвимой для ошибок. В то же время суицидальное поведение часто имеет предвестники в изменении сна, в резком сужении активности, в нарушении социальных контактов, в изменении тематики речи, в росте признаков отчаяния и безнадёжности, а также в появле-

нии «аномальных» паттернов — например, внезапной внешней собранности после длительного страдания, что может отражать принятие решения (Mann, 2003; Joiner, 2005). Экзоспекция теоретически способна усилить раннее обнаружение таких предвестников, но именно здесь максимальны риски ложноположительных и ложноотрицательных выводов, а также этические риски вторжения в частную жизнь. Следовательно, роль врача, описанная в предыдущей главе, становится здесь критически важной: экзоспективный сигнал может быть поводом для клинической проверки и профилактических действий, но не может быть единственным основанием для жёстких решений без клинического подтверждения и без этически корректной коммуникации (Beauchamp, Childress, 2019).

Таким образом, депрессивные расстройства в экзоспективной диагностике следует рассматривать как модельный объект, позволяющий показать преимущества и ограничения нового подхода. Преимущество состоит в том, что депрессия, будучи процессом, может быть описана как временная конфигурация параметров, а не как единичный набор симптомов, предъявленных на приёме. Ограничение состоит в том, что экзоспекция неизбежно сталкивается с неспецифичностью маркеров и с феноменологическим ядром депрессии, которое не может быть измерено напрямую. Отсюда вытекает общий принцип: экзоспективная диагностика депрессии должна быть ориентирована не на «замену» интервью, а на построение интегрального профиля состояния, где внешние данные повышают точность, но смысл и ответственность остаются за клиницистом (Jaspers, 1913; Kendell, Jablensky, 2003; Topol, 2019).

В следующей части данного подраздела необходимо последовательно рассмотреть: во-первых, экзоспективную операционализацию депрессивных критериев МКБ-10/11; во-вторых, типологию депрессивных состояний с точки зрения их внешней наблюдаемости (меланхолическая, тревожная, атипичная и др.); в-третьих, дифференциальные риски, включая биполярный спектр, соматогенные и медикаментозно индуцированные депрессии; и, наконец, клинические сценарии мониторинга и оценки ответа на терапию, включая психофармакологическое и психотерапевтическое вмешательство.

В экзоспективной диагностике депрессии ключевым становится вопрос операционализации: каким образом клинические критерии, сформулированные языком симптомов и феноменов, переводятся в параметры наблюдения и измерения, не теряя клинического смысла и не превращаясь в произвольные цифровые «тени». Исторически психиатрия уже проходила подобный этап в XX веке, когда описательная клиника столкнулась с необходимостью стандартизации и количественной оценки, что породило психометрические шкалы и диагностические интервью (Hamilton, 1960; Beck et al., 1961). Экзоспекция продолжает эту линию, но использует иной класс данных: непрерывные или квазинепрерывные потоки поведения и физиологии, а также цифровые следы коммуникации, которые ранее не входили в клинический инструментарий.

Если рассматривать критерии МКБ-10 для депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33), то они включают три «ти-

пичных» симптома — сниженное настроение, утрату интересов и удовольствия, снижение энергии и повышенную утомляемость — и набор дополнительных симптомов, среди которых нарушения сна, аппетита, сниженная самооценка, идеи вины, суицидальные мысли, снижение концентрации, психомоторные изменения. МКБ-11, сохраняя ядро, сильнее подчёркивает функциональный ущерб, длительность и необходимость исключения иных объяснений, а также использует более гибкую архитектуру диагностических категорий. Для экзоспекции принципиально, что часть симптомов относится к внутренним переживаниям (например, чувство вины), часть имеет смешанный статус (например, снижение концентрации может проявляться и субъективно, и в речевых паттернах), а часть непосредственно отражается во внешнем фенотипе (сон, психомоторика, активность).

Экзоспективная операционализация не предполагает прямого «измерения депрессии» как единого объекта; она предполагает измерение параметров, которые в клинической теории рассматриваются как корреляты или компоненты депрессивного синдрома. В рамках экзоспективной модели разумно говорить о многомерном профиле депрессивности, где каждый симптомный домен имеет свой набор наблюдаемых маркеров. Так, домен энергетики и активности может описываться устойчивым снижением суточной двигательной активности, уменьшением вариативности поведения и сокращением поведенческого репертуара. Домен сна может описываться фрагментацией, сдвигом циркадной фазы, повышением вариабельности времени засыпания и пробуждения. Домен когнитивного темпа и инициативы может отражаться в увеличении латентности ответов, снижении речевой продуктивности, росте пауз и снижении разнообразия тем. Домен аффективной реактивности может косвенно проявляться в бедности просодии, снижении мимической экспрессии и уменьшении моторной синхронизации в диалоге. Наконец, домен социального функционирования может проявляться в уменьшении частоты коммуникаций, сокращении социальных контактов и снижении участия в ролевых активностях.

Однако экзоспективная операционализация неизбежно сталкивается с проблемой валидности: один и тот же внешний показатель может иметь различные клинические значения в зависимости от контекста. Снижение активности может означать депрессию, но также может означать соматическое заболевание, травму, сезонные факторы, сознательное «перераспределение ресурсов», профессиональную перегрузку или изменения образа жизни. В отличие от психометрических шкал, где вопросы нацелены на внутренний опыт и отчасти учитывают семантику страдания, экзоспективные маркеры часто «немые» — они требуют интерпретации. Поэтому экзоспекция должна строиться на двух принципах: сопоставлении с персональной базовой линией и включении контекстных переменных. Сравнение с самим собой, а не с популяционной нормой, позволяет снижать культурные и личностные искажения, а контекст позволяет отличать патологическое снижение активности от добровольного изменения режима (Topol, 2019).

Отсюда вытекает важный методологический переход: депрессивное расстройство в экзоспективной логике описывается как устойчивое изменение параметров относительно базовой линии, сохраняющееся заданный интервал времени и сопровождающееся функциональным ущербом. Это близко к клиническому смыслу депрессии, но формулируется иначе: вместо «пациент сообщает о снижении интереса» система фиксирует длительное снижение разнообразия и частоты вовлечения в ранее значимые активности, подтверждаемое несколькими независимыми каналами. Вместо «пациент жалуется на бессонницу» система фиксирует рост фрагментации сна и увеличение ночных пробуждений, которые коррелируют с дневной истощаемостью. Вместо «пациент говорит, что ему трудно думать» система фиксирует рост латентности ответов и снижение связности нарратива, которые ранее для данного человека были иными. Но при этом остаётся принципиальное ограничение: переживание безнадежности и витальной тоски не может быть реконструировано исключительно по внешним данным; оно требует клинического контакта и этически корректного диалога (Jaspers, 1913).

Следующий слой анализа связан с типологией депрессивных состояний и их экзоспективной наблюдаемостью. Депрессия не является единым фенотипом. Клинические традиции выделяют меланхолическую депрессию, где ведущими являются психомоторная заторможенность, анедония, ранние пробуждения и «витализация» страдания; тревожную депрессию, где доминируют напряжение, ажитация и выраженная соматовегетативная симптоматика; атипичную депрессию, где возможны гиперсомния, повышенный аппетит, реактивность настроения и повышенная чувствительность к отвержению (Klein, 1974; Parker et al., 2000). В экзоспективной перспективе эти подтипы отличаются тем, какие каналы данных дают наиболее выраженные сигналы. Меланхолическая депрессия обычно более «видима» в психомоторике и структуре сна; тревожная депрессия — в вегетативных показателях, микродвижениях, речевой напряжённости и нестабильности; атипичная депрессия — в изменении ритмов сна и пищевого поведения, но иногда менее очевидна в моторном снижении, поскольку пациент может сохранять активность, особенно при внешней мотивации. Это означает, что экзоспективная система должна быть чувствительна к различным траекториям депрессивности, не сводя её к единому шаблону.

Отдельное место занимает депрессия с преобладанием соматических жалоб, которая в практике встречается чрезвычайно часто и нередко приводит к длительным диагностическим маршрутам вне психиатрии. Здесь экзоспекция сталкивается с двойной задачей: с одной стороны, она может выявлять устойчивые паттерны нарушенного сна, истощаемости и сниженной активности, подтверждающие наличие аффективного процесса; с другой — она должна помогать избегать редукционизма, когда любое соматическое страдание автоматически интерпретируется как депрессия. Для клинической безопасности необходимо, чтобы экзоспективная модель всегда включала «шлюз исключения» соматических причин, особенно при появлении новых симптомов, при изменениях веса, при эндокринных или неврологических подозрениях, а также при

возрастных факторах риска. В этом смысле экзоспекция должна рассматриваться не как автономная психиатрическая диагностика, а как часть медицинской диагностики в широком смысле, где психическое и соматическое взаимно обусловлены (Engel, 1977).

Дифференциальная диагностика в рамках депрессивных расстройств является центральной проблемой и одновременно одним из главных аргументов в пользу экзоспективного подхода. Наиболее критичный дифференциальный узел — различие униполярной депрессии и биполярного спектра. Клиническая практика показывает, что значительная доля пациентов с повторяющимися депрессивными эпизодами имеет в анамнезе гипоманиакальные или субсиндромальные состояния, которые не распознаются в обычном интервью, особенно если пациент воспринимает периоды подъёма как «норму» или как желаемую компенсацию, а не как патологию. Экзоспекция теоретически может улучшить выявление таких состояний, потому что гипоманиакальные сдвиги проявляются не только в субъективном настроении, но и в объективизируемой динамике: резкое увеличение активности, сокращение сна без субъективной усталости, рост скорости речи, повышение коммуникативной интенсивности, увеличение числа проектов и действий. Однако здесь особенно опасна ошибка «перепутывания»: повышение активности может быть следствием стрессовой мобилизации, профессиональных обстоятельств или стимуляторов, а сокращение сна — следствием тревоги. Поэтому экзоспективная система должна не просто фиксировать изменения, а оценивать их конфигурацию, длительность и последствия, а врач должен сопоставлять данные с клиническим анамнезом, семейной историей и реакциями на терапию. Важно подчеркнуть, что экзоспекция в этом узле не отменяет клиническое правило осторожности: при подозрении на биполярность назначение антидепрессантов без стабилизаторов настроения может ухудшить течение, и потому экзоспективные сигналы должны усиливать клиническую настороженность, а не заменять её (Goodwin, Jamison, 2007).

Другой дифференциальный узел — различие депрессии и тревожных расстройств, а также смешанных состояний. МКБ-10 содержит категорию смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2), а клиническая реальность показывает, что тревога и депрессия часто образуют континуум, где доминирование меняется во времени. Экзоспекция может фиксировать различия в физиологии и поведении: тревога чаще сопровождается повышенной вариабельностью, фрагментированностью, гипервозбуждением, тогда как депрессия — устойчивым снижением энергии и уменьшением вариативности. Но и здесь нет простых правил: тревожная депрессия может быть внешне более «возбуждённой», а генерализованная тревога — приводить к истощению и снижению активности. Следовательно, экзоспективная модель должна быть «двухмерной»: она должна оценивать одновременно ось гипервозбуждения и ось снижения энергии, а клиническая интерпретация должна учитывать, что пациент может переходить из тревожного доминирования в депрессивное и обратно. Именно динамика, а не единичный показатель, способна дать диагностически значимую информацию.

Особого обсуждения требуют депрессии, связанные с употреблением веществ или медикаментозно индуцированные состояния. Алкоголь, седативные препараты, стимуляторы, а также некоторые соматические лекарства способны имитировать депрессивную симптоматику или усиливать её. Экзоспективные маркеры при этом могут выглядеть «типично депрессивными», но их причина будет иной, и терапевтическая стратегия — иной. Врач должен учитывать лекарственный профиль и возможные побочные эффекты, а экзоспективная система, если она интегрируется в клинику, должна быть связана с данными о терапии и употреблении, по крайней мере в форме отметок пациента или медицинского журнала. Без этого экзоспекция рискует стать «слепой» к фармакологическому контексту, который в психиатрии является ключевым.

Наконец, в экзоспективной модели депрессии необходимо обсудить мониторинг ответа на терапию, поскольку именно здесь внешние данные могут оказаться максимально полезными. В традиционной клинике оценка эффекта часто опирается на субъективный отчёт пациента и на впечатление врача, что, хотя и является неизбежным, подвержено ряду искажений: пациент может хотеть «порадовать» врача, может стыдиться признать ухудшение, может не помнить детали, может интерпретировать изменения настроения как следствие внешних событий, а не терапии. Экзоспекция, напротив, позволяет видеть, как меняются параметры сна, активности, речевой скорости, социального функционирования и вариативности поведения в течение недель. При антидепрессивной терапии часто наблюдается определённая последовательность: сначала улучшается сон и энергетика, затем возрастает активность, и лишь затем субъективно улучшается настроение и снижается чувство безнадёжности. Однако такая последовательность не является универсальной и зависит от типа депрессии и терапии; тем не менее наблюдение за параметрами может помочь врачу отличить истинное улучшение от колебаний и плацебо-эффекта. Одновременно это позволяет раннее выявлять опасную ситуацию: рост энергии при сохранении суицидальных мыслей в ранней фазе лечения может увеличивать риск, если пациент получает «ресурс для действия» до того, как изменится когнитивно-аффективное ядро депрессии. Экзоспекция в принципе может фиксировать рост активности и уменьшение сна как признак мобилизации, но клиническое значение этого сигнала определяется только через интервью и оценку суицидальности (Mann, 2003).

Важно подчеркнуть, что экзоспективный мониторинг не является нейтральным. Он влияет на пациента: знание о наблюдении может менять поведение, а само использование приложений и трекеров может повышать тревожность у некоторых людей или, напротив, давать чувство контроля. Следовательно, внедрение экзоспекции в лечение депрессии должно учитывать психологические эффекты мониторинга и строиться на принципах информированного согласия и минимизации вреда. Этические основания такого подхода хорошо описаны в биомедицинской этике, где автономия пациента, благодеяние и невреждение должны быть сбалансированы, особенно когда речь идёт о цифро-

вом наблюдении и потенциальной уязвимости данных (Beauchamp, Childress, 2019).

В итоге депрессивные расстройства в экзоспективной диагностике раскрываются как область, где возможна реальная интеграция классической психопатологии и цифровых параметров. Экзоспекция способна усилить диагностику там, где клиника ограничена ретроспективностью и субъективностью, и способна сделать мониторинг более точным. Но она не может устранить необходимость клинического понимания и не может заменить смысловой уровень депрессии, который раскрывается в словах пациента, в его ценностях, в его жизненной истории и в том, как он переживает утрату будущего. Экзоспективная модель в данном случае является не альтернативой психиатрии, а инструментом её «объективации», который требует зрелого клинического использования и постоянной критической проверки (Jaspers, 1913; Engel, 1977).

Продолжение подраздела 11.1 логически должно перейти к двум связанным темам: к описанию экзоспективных маркеров аффективной динамики (что будет расширено в 11.3) и к сопоставлению депрессии с биполярным спектром (11.2), где вопрос фазности и гипоманиакальных предвестников станет центральным.

11.2. Биполярный спектр

Проблематика биполярного спектра занимает в экзоспективной диагностике особое место, поскольку именно здесь традиционная клиника наиболее остро сталкивается с ограничениями интерспекции и ретроспективной реконструкции. Классическая психиатрия, начиная с работ Э. Крепелина, описывала маниакально-депрессивное расстройство как болезнь фаз, где центральной является не столько статическая картина симптомов, сколько закономерности смены состояний, их темп, полярность и повторяемость (Kraepelin, 1921). Позднее, в разных традициях, обсуждались вариативность биполярных форм, континуальность между униполярной депрессией и биполярностью, а также роль «мягких» гипоманиакальных проявлений, которые редко становятся предметом жалоб и потому систематически недоучитываются в диагностике (Akiskal, 1996; Angst, 2007). В рамках МКБ-10 биполярное аффективное расстройство кодируется как F31 и включает текущий эпизод (гипоманиакальный, маниакальный с/без психотических симптомов, депрессивный различной тяжести, смешанный), при этом существенным условием остаётся наличие повторяющихся эпизодов с полярностью и сменяемостью. В МКБ-11 архитектура описания становится более модульной: типы биполярного расстройства формализуются точнее, усиливается акцент на клинической значимости, функциональном ущербе и исключении альтернативных причин, а также расширяется язык описания смешанных состояний и быстрого циклирования как клинически значимых спецификаторов.

Экзоспективная перспектива в отношении биполярности, в отличие от депрессии, начинается не с вопроса «насколько выражено страдание», а с во-

проса «как устроена динамика» и «какие внешне наблюдаемые переходы свидетельствуют о смене фаз». В традиционной диагностике критически важным остаётся анамнез: пациент должен вспомнить периоды подъёма, врач — интерпретировать их как патологические, а не как нормальные «лучшие дни», и сопоставить это с течением депрессий, семейной отягощённостью, реакциями на терапию (Goodwin, Jamison, 2007). Однако гипомания по определению склонна быть эго-синтонной: в ней человек редко воспринимает себя больным, нередко испытывает ощущение эффективности и даже превосходства, что снижает вероятность обращения и повышает вероятность ретроспективного вытеснения, рационализации или романтизации состояния. Маниакальные эпизоды, напротив, могут быть очевидны для окружающих, но нередко вспоминаются пациентом фрагментарно или описываются через конфликтные социальные последствия, а не через внутреннюю феноменологию. Следовательно, основная диагностическая «дыра» биполярного спектра — это не распознавание мании как таковой, а систематическое недовыявление гипомании и субсиндромальных фаз, которые и определяют переход от модели «рекуррентной депрессии» к модели «биполярности» (Akiskal, 1996; Angst, 2007).

Именно поэтому биполярный спектр является зоной потенциального выигрыша от экзоспекции. Экзоспекция предлагает не «новую теорию биполярности», а новый тип наблюдения: непрерывную регистрацию изменений сна, активности, речевых и коммуникативных паттернов, психомоторики и социального поведения, которые в совокупности могут указывать на фазный сдвиг ещё до того, как он будет признан самим человеком. В цифровой психиатрии этот подход часто описывается как «digital phenotyping», подразумевающий сбор данных о поведении человека в естественной среде с помощью смартфонов и носимых устройств, а затем их интерпретацию как прокси-маркеров психического состояния (Insel, 2017; Torous, Onnela, 2016). В контексте экзоспекции важно, что эта логика не является редукцией клиники к данным; она является попыткой сделать фазность наблюдаемой не только в момент осмотра, но и во времени, в виде кривой состояния, где отдельные параметры меняются согласованно и повторяемо для данного индивида.

Феноменологическое ядро гипомании и мании включает повышение настроения или раздражительности, рост энергии, снижение потребности во сне, ускорение мышления и речи, повышенную отвлекаемость, увеличение целенаправленной активности и вовлечённости, рискованное поведение, изменения социального взаимодействия и иногда — грандиозность. В интерспективной клинике эти явления фиксируются через рассказ пациента и наблюдение врача. Экзоспекция переводит вопрос в другую плоскость: какие элементы этого ядра оставляют устойчивые следы в наблюдаемом фенотипе. Снижение потребности во сне является одним из наиболее «экзоспективных» признаков: оно способно фиксироваться через длительность сна, время засыпания и пробуждения, фрагментацию и циркадные сдвиги, особенно если анализ опирается не на популяционные нормы, а на индивидуальную базовую линию (Wirz-Justice, 2006). Однако даже этот показатель не может трактоваться линейно, потому что

сокращение сна может быть вызвано тревогой, внешними обстоятельствами или стимулирующими веществами. Поэтому экзоспекция должна оценивать не одиночный признак, а конфигурацию: сокращение сна в сочетании с ростом активности, увеличением коммуникативной интенсивности и ускорением речи значительно более специфично для гипоманиакального сдвига, чем сам по себе короткий сон.

Рост активности и изменение структуры повседневности, по сути, составляют второй столп экзоспективной модели биполярности. В гипомании и мании увеличивается поведенческая вариативность, расширяется «радиус действия» человека, возрастает число начатых дел, встреч, коммуникаций, увеличивается темп и частота переключений. В отличие от депрессии, где часто наблюдается сужение репертуара и уменьшение вариативности, при гипомании нередко происходит обратное: репертуар расширяется, но становится менее устойчивым и более импульсивным. В цифровом поведении это может проявляться как учащение сообщений, рост числа контактов, более поздние часы активности, более интенсивное взаимодействие с устройством, увеличение времени в коммуникационных приложениях и изменение ритма ответов (Torous, Onnela, 2016). Важно, однако, что сама по себе высокая активность может быть личностной чертой, профессиональной необходимостью или нормальной реакцией на успех. Поэтому экзоспекция должна быть строго персонализированной: критерием является не «высокая активность», а значимое отклонение от собственного стабильного паттерна, совпадающее с другими изменениями и сопровождающееся теми или иными последствиями для функционирования.

Речевые и голосовые маркеры играют для биполярного спектра особую роль, потому что ускорение мышления и речи, рост ассоциативности и снижение контроля над переключениями являются типичными компонентами гипомании и мании. Если в депрессии часто наблюдается снижение речевой продуктивности, увеличение пауз и замедление темпа, то в гипомании может проявляться обратное: увеличение скорости речи, снижение латентности ответов, рост напора, увеличение вариативности интонаций, повышение громкости, а также появление смысловых скачков и уменьшение «дистанции» между идеей и её выражением. При этом клиническая значимость не сводится к скорости: важнее изменение связности и управляемости нарратива, потому что именно здесь проявляется переход от продуктивного подъёма к патологическому ускорению. В экзоспективной модели это означает анализ не только акустики, но и структуры высказываний, тематических переключений, повторов, «давления речи», а также диалогических характеристик — перебивания, нарушения очередности, неспособности удерживать тему. Такой анализ, если он построен корректно, потенциально способен фиксировать ранние признаки декомпенсации, когда человек ещё субъективно «в ресурсе», но уже теряет когнитивный контроль (Andreasen, 1979).

Важнейшая клиническая проблема биполярного спектра — это смешанные состояния и смешанные черты, которые исторически были трудны для классификации и до сих пор остаются источником диагностических ошибок.

Смешанность означает не «среднее» между депрессией и манией, а одновременное присутствие элементов противоположных полюсов: например, депрессивное настроение и суицидальные мысли при высокой энергии, ажитации и бессоннице, или раздражительная мания с дисфорией и тревогой. Именно смешанные состояния часто ассоциируются с высоким риском импульсивных действий и суицидальности, поскольку энергия сочетается с отрицательным аффектом и внутренним напряжением (Goodwin, Jamison, 2007). Экзоспективно такие состояния могут выглядеть как парадоксальная конфигурация: повышенная активность и снижение сна при одновременных признаках эмоциональной негативизации, нестабильности и поведенческой дезорганизации. Но здесь особенно важна клиническая осторожность: схожие конфигурации могут возникать при тревожных расстройствах, при абстиненции, при употреблении стимуляторов, при пограничной патологии и при некоторых соматических состояниях. Поэтому экзоспекция в отношении смешанных эпизодов должна рассматриваться прежде всего как система раннего предупреждения, а не как самостоятельный классификатор: она сигнализирует о высокорискованной динамике, которую врач обязан оценить очно, с учётом анамнеза, психического статуса и соматических факторов.

Отдельно следует обсудить быстрые циклы и ультрабыстрые изменения, которые в клинике воспринимаются как одна из наиболее тяжёлых форм течения. В традиционном языке «rapid cycling» чаще связывают с частотой эпизодов в год, но клинически важна и внутринедельная или внутридневная лабильность, особенно если она сочетается с нарушением сна и чувствительностью к ритмам. Экзоспекция в этой зоне обладает теоретическим преимуществом, потому что может фиксировать «фазность» как временной ряд, а не как набор ретроспективных утверждений. При этом возникает методологический вопрос: где заканчивается эпизодичность и начинается эмоциональная дисрегуляция и реактивность. Для биполярности принципиально, что изменения имеют определённую автономность по отношению к событиям и обладают внутренней инерцией: они разворачиваются и затухают по закономерностям, которые не объясняются полностью ситуацией, хотя ситуация может быть триггером. Экзоспективный анализ должен, следовательно, учитывать контекст, но не растворять в нём динамику: если модель объясняет всё стрессом, она теряет способность распознавать эндогенную фазность; если модель игнорирует стресс, она превращается в детектор ложных тревог.

Дифференциальная диагностика биполярного спектра в экзоспективной модели неизбежно выходит за пределы «униполярная депрессия против биполярности». На практике возникает необходимость различать гипоманиакальные паттерны и поведенческие феномены, которые могут выглядеть похоже: синдром дефицита внимания с гиперактивностью у взрослых, расстройства личности с импульсивностью, употребление психоактивных веществ, нарушения сна, некоторые тревожные состояния и даже нормативные периоды высокой продуктивности. Врачебная задача здесь не сводится к «вынесению ярлыка»; она сводится к оценке природы подъёма: присутствует ли сниженная потребность

во сне без последующей истощаемости, есть ли качественное изменение самооценки и критики, есть ли рост рискованного поведения, есть ли повторяемость паттерна и семейная отягощённость, есть ли типичная реакция на антидепрессанты, есть ли характерная «архитектура» фазности. Экзоспекция может усилить эту оценку тем, что покажет повторяемость и согласованность изменений в данных, но она не может заменить клиническую интерпретацию причинности и смысла.

С точки зрения терапевтической безопасности, распознавание биполярного спектра имеет принципиальное значение, поскольку ошибка в сторону «униполярной депрессии» может приводить к неадекватной фармакотерапии, включая риск индукции мании или ускорения циклов при некоторых стратегиях антидепрессивного лечения. В этом смысле экзоспекция может выступать как инструмент профилактики: она позволяет выявлять «подозрительные» подъёмы активности и снижения сна на фоне лечения, фиксировать ранние признаки переключения, а затем своевременно инициировать клиническую оценку. Однако именно здесь проявляется этическая и профессиональная граница: данные не должны автоматически приводить к изменению лечения без врача, а алгоритмические выводы должны быть подчинены клинической ответственности. Подобная установка соответствует общей логике медицинского ИИ как системы поддержки принятия решений, а не автономного «диагноста» (Torol, 2019).

В более широком эпистемологическом смысле биполярный спектр демонстрирует, почему экзоспекция является не просто технологическим новшеством, а изменением режима знания. Биполярность — это расстройство времени: её сущность раскрывается в последовательностях, в циклах, в переходах и в том, как меняется субъектность человека при смене фаз. Интерспективная психиатрия исторически была вынуждена работать с фрагментами времени, представленными в рассказе пациента и в кратком наблюдении. Экзоспекция добавляет к этому непрерывность наблюдения, позволяя видеть то, что ранее было доступно лишь косвенно. Но чем больше мы видим, тем выше риск ложной уверенности: цифровые маркеры могут создавать иллюзию точности там, где на самом деле нужна осторожность, контекст и клиническое понимание. Поэтому биполярный спектр является одновременно и «витриной возможностей» экзоспекции, и испытанием её зрелости: система должна уметь различать фазность и реактивность, подъём и тревожную мобилизацию, гипоманию и нормальную продуктивность, а врач должен сохранять роль интерпретатора и ответственного субъекта решения (Jaspers, 1913; Goodwin, Jamison, 2007).

На уровне структуры главы логическим продолжением является переход к 11.3. Экзоспективные маркеры аффективной динамики, где следует уже не столько описывать клинические формы, сколько формализовать типы временных рядов, предвестники смены фаз, показатели «инерции» и «размаха» колебаний, а также принципы построения персонализированных базовых линий и порогов тревоги.

11.3. Экзоспективные маркеры аффективной динамики

Переход от нозологических описаний депрессивных и биполярных расстройств к экзоспективным маркерам аффективной динамики означает смену фокуса: вместо фиксирования «среза» симптомов в конкретный момент времени в центр ставится форма изменения состояния во времени, его инерция, амплитуда, ритм, переключаемость и контекстная обусловленность. Для классической психиатрии эта идея не нова: Крепелин подчёркивал, что сущность аффективной патологии раскрывается не столько в единичной феноменологии, сколько в закономерностях течения, повторяемости и исходах фаз (Kraepelin, 1921). Однако интерспективная медицина по своей природе вынуждена работать с дискретными фрагментами времени: визитами, эпизодическими контактами, ретроспективными рассказами и субъективными дневниками. Экзоспекция, опираясь на непрерывный сбор данных и аналитические модели временных рядов, превращает динамику в самостоятельный объект измерения, а значит, позволяет говорить о «профиле течения» как о параметрической структуре, сопоставимой между пациентами и воспроизводимой в наблюдении (Insel, 2017; Torous, Onnela, 2016).

Экзоспективные маркеры аффективной динамики следует понимать не как «биомаркеры» в строгом соматическом смысле, а как устойчивые, количественно описуемые признаки изменения поведенческого и физиологического фенотипа, которые коррелируют с вероятностью депрессивного или маниакального/гипоманиакального сдвига и обладают прогностической ценностью. Их научная и клиническая значимость определяется не абсолютным значением показателя, а его отклонением от индивидуальной базовой линии и взаимосогласованностью изменений в нескольких каналах данных. В этом проявляется ключевой принцип экзоспекции: психиатрическая патология редко выражается одним параметром; она выражается конфигурацией, а конфигурация — динамикой (Jaspers, 1913). Поэтому экзоспективный маркер — это всегда, в скрытом виде, отношение «сейчас» к «обычно» и «вместе» к «по отдельности». Данный принцип одновременно является и методологической защитой от ошибочных выводов, и источником сложности, поскольку требует индивидуализированного моделирования, стабильных периодов калибровки и контроля внешних смешивающих факторов.

Фундаментальным компонентом экзоспективного описания является понятие базовой линии, то есть статистически устойчивого личного паттерна сна, активности, социальной вовлечённости и когнитивно-речевых характеристик, сформированного в относительно стабильном периоде. Традиционная психиатрия интуитивно использует эту идею, когда сопоставляет состояние пациента «с его обычным». Экзоспекция делает эту интуицию формализуемой: динамический профиль строится относительно индивидуального «норматива», а не относительно популяционных средних. В аффективной патологии это особенно важно, потому что межиндивидуальная вариативность огромна: один человек по темпераменту постоянно активен и социально экспрессивен, другой —

интровертирован и малоречив, и любые популяционные пороги неминуемо будут давать ложные срабатывания. Именно поэтому персонализированная психиатрия в цифровом контуре рассматривает пациента как собственный контроль, а не как сравнение с абстрактной нормой (Torous, Onnela, 2016).

Если рассматривать аффективную динамику как временной ряд, то клинически значимыми становятся не только «уровни» (например, сколько часов сна), но и свойства ряда: тренд, вариабельность, автокорреляция, сезонность, асимметрия подъёмов и спадов, скорость изменения и наличие «предвестников» перехода. В феноменологическом языке это соответствует вопросам: «насколько быстро ухудшается?», «насколько резко переключается?», «есть ли цикличность?», «есть ли инерция?», «что предшествует?». В терминологии динамических систем можно говорить о критическом замедлении восстановления и росте нестабильности как об универсальных признаках приближения к переходу между режимами, и хотя перенос этих концепций в клиническую психиатрию требует осторожности, сама логика переходов между состояниями оказалась продуктивной для построения прогностических моделей (Scheffer, 2009). Для аффективных расстройств это означает, что модель может быть настроена на распознавание не самого эпизода, а его «вхождения» и «выхода», то есть зон повышенного риска, когда вмешательство наиболее эффективно и менее травматично, чем лечение уже развернувшегося эпизода.

Одним из наиболее надёжных экзоспективных кластеров маркеров остаются ритмические признаки сна и циркадной организации. Классическая хроно-психиатрия давно связывает депрессию с нарушениями сна, включая ранние пробуждения, фрагментацию и изменение архитектуры сна, а также с сдвигами циркадных ритмов; манию и гипоманию — со снижением потребности во сне и с фазовыми сдвигами активности (Wirz-Justice, 2006; Goodwin, Jamison, 2007). Экзоспекция переводит эти наблюдения в форму непрерывной регистрации: длительность и регулярность сна, время отхода ко сну и пробуждения, внутрисуточная амплитуда активности, степень «социального джетлага», устойчивость выходных и будних паттернов. При депрессивном ухудшении часто наблюдается либо прогрессирующая фрагментация и укорочение сна с дневной сонливостью, либо удлинение времени пребывания в постели при снижении эффективности сна; при гипоманиакальном сдвиге — сокращение сна при росте дневной активности, особенно если это сопровождается субъективным отсутствием усталости и ростом ночной вовлечённости в деятельность. Однако решающим для экзоспекции является не «короткий сон» как таковой, а его сочетание с ростом поведенческой энергии и изменением речевых и социальных параметров, поскольку бессонница тревожного происхождения может давать короткий сон без гипоманиакального подъёма, а соматические факторы могут имитировать оба паттерна.

Психомоторика и общая двигательная активность составляют второй важнейший контур маркеров, особенно в силу того, что психомоторные изменения являются одним из наиболее наблюдаемых компонентов аффективных эпизодов. В депрессии описывают психомоторную заторможенность или,

напротив, агитацию; в мании — двигательную расторможенность, увеличение целенаправленной активности, многозадачность и импульсивность. Экзоспективно это проявляется в изменении суточной активности, в распределении активности по времени, в увеличении или уменьшении вариативности движений, в изменении «гладкости» моторного поведения и скорости переключений. Принципиально, что депрессия нередко характеризуется не только снижением общей активности, но и сужением репертуара действий, уменьшением географической мобильности и повторяемостью маршрутов, тогда как гипомания — расширением репертуара, увеличением перемещений и ростом «новизны» поведения. Эти признаки могут фиксироваться как в данных носимых датчиков, так и в косвенных цифровых следах, однако они подвержены сильному влиянию среды, сезона, работы и семейных обязанностей. Поэтому корректная экзоспекция обязана учитывать контекст и не подменять клиническую интерпретацию чистой статистикой: изменение активности в период отпуска и изменение активности в период разворачивающейся гипомании могут быть формально похожи, но отличаются сочетанием с ритмом сна, речевыми характеристиками, социальными паттернами и последствиями для функционирования (Torous, Onnela, 2016).

Третий контур — коммуникативно-речевые маркеры, которые в аффективной динамике отражают не только настроение, но и когнитивный темп, энергетический тонус и степень самоконтроля. В депрессивной фазе обычно увеличивается латентность ответа, уменьшается речевая продуктивность, снижается вариативность интонации, повышается доля пауз, а в содержании возрастает негативная валентность, самоуничтожение, тематика утраты и безнадёжности; в гипомании часто наблюдаются снижение латентности, ускорение темпа речи, увеличение речевого давления и расширение тематического поля, иногда — повышение грандиозности и снижение критичности. Экзоспекция получает доступ к этим характеристикам через анализ голоса, темпа и структуры речи, а также через метрики коммуникации в цифровой среде. При этом необходимо подчёркивать, что содержание речи в клиническом смысле не может автоматически «прочитываться» как диагноз, поскольку смысл всегда контекстен и культурно обусловлен. Научно обоснованнее рассматривать устойчивые структурные признаки речи и их динамику, а не конкретные темы; этот подход отчасти согласуется с идеей, что психопатология проявляется в форме мышления и речи, а не только в тематическом материале (Andreasen, 1979). Вместе с тем, даже структурные маркеры остаются вероятностными и должны интерпретироваться в связке с клинической картиной и анамнезом.

Особым классом экзоспективных маркеров аффективной динамики являются показатели социального функционирования и поведенческой экономики, то есть изменения в том, как человек распределяет время, внимание, ресурсы и риски. В депрессии характерны социальное отстранение, уменьшение инициативы и рост избегания, снижение участия в привычных ролях, ухудшение исполнительных функций; в гипомании — рост инициативы и контактов, иногда — нарушение границ, конфликтность, увеличение рискованных реше-

ний и финансовой импульсивности. Экзоспекция потенциально способна фиксировать эти сдвиги через изменение ритма социальных взаимодействий, частоты контактов, длительности общения, а также через косвенные показатели организации деятельности. Однако именно здесь сосредоточены наибольшие этические риски: чем ближе данные к интимной сфере жизни, тем выше вероятность нарушить доверие, приватность и автономию. Следовательно, в научно-практической модели необходимо закрепить принцип минимальной достаточности: фиксировать следует прежде всего метрики, а не содержательные детали; использовать — только при наличии информированного согласия и прозрачных правил, а интерпретацию — ограничивать задачами клинической безопасности (Torol, 2019).

С клинической точки зрения наиболее ценными являются не статические маркеры эпизода, а предикторы фазового сдвига. В аффективных расстройствах особенно важны «продромальные окна», когда эпизод ещё не достиг диагностического порога, но уже меняется ритм сна, повышается раздражительность, нарушается концентрация, появляется тревожная или дисфорическая мобилизация, учащаются конфликты и ухудшается саморегуляция. Классическая психиатрия описывала продромы преимущественно качественно, на основе интервью и наблюдения. Экзоспекция может предложить количественное описание продромов как комбинации трендов и возрастающей вариабельности. Для депрессии типичным может быть постепенное смещение к более позднему вставанию или, наоборот, к ранним пробуждениям, снижение дневной активности, рост фрагментации сна, увеличение времени в пассивных цифровых занятиях и снижение коммуникационной инициативы; для гипомании — сокращение сна, рост ночной активности, увеличение количества начатых дел, ускорение коммуникации и рост поведенческой новизны. При этом следует подчеркнуть, что предикция в психиатрии всегда вероятностна и должна быть встроена в контур клинического управления риском, а не в контур автоматического «объявления диагноза». Вероятностная модель должна сообщать не «у вас началась гипомания», а «вероятность фазового сдвига выросла, рекомендована клиническая оценка», поскольку ошибка алгоритма может иметь серьёзные последствия для доверия и лечения (Torol, 2019).

Отдельного внимания требует проблема смешанных состояний, поскольку именно они часто представляют собой «аномальные» конфигурации маркеров. В смешанных эпизодах и при смешанных чертах возможно сочетание укорочения сна и повышенной активности с выраженной тревогой, негативной валентностью, раздражительностью и суицидальными тенденциями. Экзоспективно это может проявляться как рост моторной активности при одновременном снижении устойчивости поведенческих паттернов, повышении конфликтности коммуникации и ухудшении когнитивной связности. Клинически это является зоной повышенного риска, где «энергия» сочетается с внутренней дисфорией и импульсивностью. Однако смешанные конфигурации легко спутать с тревожными расстройствами, абстиненцией или последствиями употребления стимуляторов. Поэтому экзоспекция здесь должна быть особенно консерватив-

ной: её задача — фиксировать опасную динамику и инициировать врачебную оценку, а не предлагать уверенную классификацию (Goodwin, Jamison, 2007).

Экзоспективные маркеры аффективной динамики неизбежно сталкиваются с проблемой смещения причин, поскольку физиологические и поведенческие параметры не специфичны для одной нозологии. Нарушение сна может быть следствием соматического заболевания, хронической боли, тревоги или внешних обстоятельств; снижение активности может быть следствием сезонности или профессиональной нагрузки; ускорение речи может быть следствием стресса или психостимуляторов. В философии науки это соответствует известной проблеме недоопределённости теории данными: одни и те же наблюдаемые факты допускают несколько объяснений (Quine, 1951). В психиатрии эта проблема усиливается тем, что сама психическая жизнь контекстна и исторична: человек может сознательно менять режим сна и активности по волевым причинам, и эти изменения будут выглядеть «патологическими», если игнорировать смысл. Поэтому экзоспективная модель должна быть семантически «скромной»: она фиксирует закономерности и отклонения, но не претендует на объяснение без клинического контекста. Отсюда вытекает требование к архитектуре отчёта: алгоритм обязан показывать не только вывод, но и структуру данных, динамику отклонений, альтернативные гипотезы и степень неопределённости, чтобы врач мог принять ответственное решение.

С практической точки зрения, наиболее зрелый путь внедрения экзоспективных маркеров аффективной динамики состоит в том, чтобы рассматривать их как часть многоконтурной системы наблюдения, где данные сна и активности, речевые характеристики, социальные метрики и субъективные самоотчёты взаимно проверяют друг друга. Классическая психиатрия всегда сочетала наблюдение и расспрос; экзоспекция добавляет к этому третий слой — инструментальную регистрацию, но не отменяет первых двух. Более того, самоотчёт остаётся незаменимым в феноменологических аспектах — переживании безнадёжности, вины, суицидальных мыслей, ощущении утраты смысла, субъективной «ускоренности» мышления. Экзоспекция может лишь косвенно отражать эти переживания через их поведенческие следы. Следовательно, корректная модель аффективной экзоспекции должна быть гибридной: её сила — в обнаружении динамики и ранних сигналов, её предел — в объяснении смысла и в этической ответственности за интервенции (Jaspers, 1913; Topol, 2019).

В логике данной главы естественным продолжением является раздел 11.4. Мониторинг и прогноз, где требуется связать маркеры динамики с клиническими задачами: определением индивидуальных «красных зон», построением прогностических сценариев, оценкой риска рецидива, мониторингом терапии и формированием безопасного контура обратной связи между пациентом, врачом и экзоспективной системой. Если вы согласны, я продолжу следующим сообщением с 11.4 в том же академическом стиле и с теми же принципами ссылок.

11.4. Мониторинг и прогноз

Мониторинг и прогноз в аффективных расстройствах представляют собой ту область, где экзоспекция проявляет свою максимальную практическую ценность: она переносит клиническое внимание с фиксации уже сформировавшегося эпизода на управление траекторией состояния, на раннее обнаружение фазового сдвига и на предупреждение неблагоприятных исходов. Классическая психиатрия исторически строилась вокруг распознавания синдрома и установления диагноза, однако в отношении депрессивных и биполярных расстройств давно известно, что главные потери связаны не с единичным эпизодом как таковым, а с рецидивированием, хронификацией, неполной ремиссией, функциональным снижением и суицидальным риском, которые формируются во времени и часто накапливаются незаметно для врача, если наблюдение носит эпизодический характер (Kraepelin, 1921; Goodwin, Jamison, 2007). Именно поэтому мониторинг следует считать не «дополнением» к диагностике, а её продолжением в динамике, то есть тем уровнем знания, где диагноз превращается в управляемую модель течения.

В интерспективной традиции мониторинг аффективной патологии опирался на клинические визиты, ретроспективный рассказ, дневники настроения и субъективные шкалы. Эти инструменты полезны, но они структурно ограничены: пациент склонен забывать детали, искажать временные связи, подстраивать нарратив под ожидания врача или под собственный образ, а при гипомании критика может быть снижена настолько, что пациент вовсе не признаёт изменения как патологические (Beck, 1979; Goodwin, Jamison, 2007). Экзоспекция добавляет к этому непрерывный слой наблюдения, который фиксирует не только то, что человек сообщает, но и то, что «делает» его организм и поведение: сон, суточную активность, психомоторный темп, характеристики речи, ритм социальной вовлечённости, а также контекстные события. Это не отменяет субъективный опыт, но вводит независимый ряд данных, который позволяет проверять внутреннюю картину внешними признаками и тем самым снижать риск «слепых зон» как со стороны пациента, так и со стороны врача (Torous, Onnela, 2016; Torol, 2019).

Чтобы мониторинг стал клинически осмысленным, экзоспективная система должна быть ориентирована не на абстрактные популяционные пороги, а на индивидуальную динамическую норму. В аффективных расстройствах особенно важно различать вариативность темперамента и стиля жизни от патологической вариативности: у одного человека нормой может быть короткий сон и высокая активность, у другого — медленный темп и ограниченная социальность. Поэтому базовая линия должна формироваться на достаточно длительном интервале относительной стабильности, и лишь отклонения от неё приобретают диагностический смысл. В этом отношении экзоспекция ближе к клинической логике самого врача, который всегда сопоставляет текущее состояние пациента с его «обычным», но в отличие от врача она делает это сопоставление количественно точным, воспроизводимым и чувствительным к малым сдвигам, которые трудно уловить в разговоре (Insel, 2017).

Прогноз в экзоспективной модели должен быть понятийно отделён от «предсказания диагноза». В клинике прогноз подразумевает оценку вероятности определённых событий в заданном горизонте времени: рецидив депрессии, переход в гипоманию или манию, нарастание смешанных черт, ухудшение сна, рост суицидального риска, снижение функционирования, развитие неполной ремиссии или, напротив, устойчивое восстановление. Такой прогноз не является утверждением, он является вероятностной оценкой, и его назначение — поддержать решение врача и саморегуляцию пациента, но не заменить клиническое суждение. Здесь проявляется важнейшая эпистемологическая осторожность экзоспекции: она усиливает клинический интеллект, но не отменяет его; она повышает чувствительность наблюдения, но не устраняет неопределённость (Jaspers, 1913).

Технически и методологически прогноз строится на выявлении предвестников фазового сдвига, то есть продромальных паттернов. В аффективных расстройствах продромы часто проявляются не «настроением», а изменением регуляторных систем: сна, суточного ритма, энергетического уровня, психомоторного темпа и когнитивной связности. Для депрессии характерно постепенное нарастание фрагментации сна, снижение дневной активности, увеличение времени пассивного пребывания в постели, замедление речи и когнитивная инертность; для гипомании — сокращение сна при росте активности и коммуникационной интенсивности, повышение поведенческой новизны, ускорение темпа и уменьшение латентности ответов, иногда — рост раздражительности и конфликтности как дисфорический вариант подъёма (Goodwin, Jamison, 2007). Однако главная ценность экзоспекции заключается в том, что она способна обнаруживать не только средние изменения, но и увеличение нестабильности, то есть рост вариабельности показателей и потерю «устойчивой структуры дня», что в логике динамических систем может соответствовать приближению к переходу между режимами (Scheffer, 2009). Если такой сигнал обнаружен, клинически разумной задачей становится не «поставить новый диагноз», а усилить наблюдение, уточнить контекст, проверить гипотезы, скорректировать режим и, при необходимости, ранне вмешаться терапевтически.

Мониторинг и прогноз в аффективной патологии нельзя сводить только к распознаванию фаз. Не менее важна задача оценки ремиссии как процесса восстановления. Традиционная психиатрия знает феномен неполной ремиссии, когда формальные критерии эпизода уже не соблюдаются, но сохраняются остаточные симптомы, а вместе с ними — высокий риск рецидива, функциональные потери и субъективное ощущение «неполного возвращения к себе» (Paykel, 2008). Экзоспективно неполная ремиссия может проявляться как сохранение фрагментации сна, сниженная амплитуда дневной активности, ограниченная социальная вовлечённость и редуцированная когнитивно-речевая продуктивность относительно собственной базовой линии. Это создаёт важный клинический эффект: врач получает возможность видеть не только «исчезновение жалоб», но и восстановление функциональной траектории. При этом мониторинг ремиссии должен быть интегрирован с психотерапевтическими и реабилитационными мерами.

литационными целями, потому что функциональное восстановление не всегда совпадает с фармакологическим улучшением настроения; иногда оно требует работы со смыслом, навыками саморегуляции, социальной структурой и профессиональной адаптацией (Beck, 1979).

Отдельной областью является мониторинг лечения, где экзоспекция может служить инструментом оценки ответа на терапию и раннего распознавания побочных эффектов или неблагоприятных сдвигов. В депрессии клинический ответ часто оценивают по шкалам и субъективному отчёту, но экзоспективные данные позволяют видеть восстановление сна, рост стабильности суточного ритма, возвращение активности и социального функционирования как объективизированные признаки улучшения. В биполярном спектре особенно важен мониторинг на предмет индукции гипомании/мании антидепрессантами и на предмет раннего подъёма при изменении режима сна и стрессе; эти явления клинически хорошо описаны, но нередко ускользают от врача на ранней стадии, если контакт редок и пациент не считает изменения опасными (Goodwin, Jamison, 2007). Экзоспекция, фиксируя сокращение сна в сочетании с ростом активности и ускорением речи, может выступить как сигнал к профилактическому клиническому вмешательству, но только при условии, что этот сигнал встроен в этически корректную систему принятия решений и не запускает автоматические действия без врача.

Принципиально важно, что экзоспективный мониторинг не является нейтральным наблюдением: он неизбежно воздействует на пациента через обратную связь. Если система сообщает о риске, она может снижать неопределённость и повышать контроль, но может также усиливать тревогу, формировать гиперрефлексию и интерпретативные искажения. Следовательно, дизайн мониторинга должен учитывать психологические эффекты наблюдения и выстраивать обратную связь так, чтобы она поддерживала адаптивную саморегуляцию, а не превращалась в источник навязчивого контроля. В этом смысле экзоспекция должна учиться у психотерапии: любая интервенция, даже информационная, должна быть дозированной, контекстной и ориентированной на укрепление автономии (Beck, 1979). Практически это означает, что пациенту чаще полезно получать не «оценку диагноза», а рекомендации по режиму, сну, снижению стимуляции, контакту с врачом и отслеживанию субъективных признаков, если система фиксирует неблагоприятный тренд.

Вопрос прогноза неизбежно выводит к теме риска и безопасности. В депрессивных расстройствах важнейшим негативным исходом остаётся суицидальное поведение, и хотя прямое предсказание суицида остаётся крайне сложной задачей, мониторинг факторов риска и «кризисных траекторий» может быть полезен. Экзоспективные данные могут фиксировать нарастание изоляции, ухудшение сна, снижение активности, увеличение ночной бодрствовательности, рост дисрегуляции, изменения речевых характеристик и резкие переломы в поведенческом паттерне. Однако эти признаки неспецифичны и могут возникать по разным причинам, поэтому их клинический смысл заключается не в автоматическом «обнаружении суицида», а в распознавании опасной динами-

ки, требующей немедленной клинической оценки и, возможно, усиления поддержки. Здесь особенно важно соблюдать принцип не-навреждения: ложноположительный сигнал может привести к недоверию и отказу от мониторинга, а ложноотрицательный — к пропуску кризиса. Следовательно, система должна быть калибрована на приоритет чувствительности или специфичности в зависимости от клинической ситуации, но окончательное решение должно оставаться за врачом, который учитывает анамнез, контекст и личностные особенности пациента.

Мониторинг и прогноз в экзоспективной модели неизбежно сталкиваются с проблемой причинной интерпретации: даже если система точно фиксирует изменение сна и активности, она не знает, обусловлено ли это стрессом, соматическим заболеванием, изменением режима работы или началом аффективной фазы. Поэтому экзоспективный прогноз должен быть многослойным: он должен различать «сигнал отклонения» и «клиническую гипотезу», а между ними должно существовать пространство врачебного опроса и контекстной проверки. В идеале отчёт должен показывать не только то, что изменилось, но и то, какие альтернативные объяснения возможны, и какую дополнительную информацию следует собрать. Такой подход близок к клиническому рассуждению как к процессу проверки гипотез, а не к механическому присвоению ярлыка (Jaspers, 1913). Это особенно важно в рамках МКБ-10/11, где диагностические категории остаются описательными и зависят от контекста, длительности и функциональных последствий. Экзоспекция может усилить точность фиксации длительности, частоты и функционального воздействия изменений, но она не заменяет критерии клинической значимости, которые включают страдание, дезадаптацию, опасность и нарушение контроля.

Отсюда следует ключевая практическая идея: в аффективных расстройствах прогноз наиболее продуктивен, когда он привязан к индивидуальным «сценариям рецидива». Каждый пациент имеет свой типичный путь вхождения в депрессию или подъём: у одного первым меняется сон, у другого — социальная изоляция, у третьего — раздражительность и конфликтность, у четвёртого — когнитивное торможение. Экзоспекция позволяет выявить этот личный сценарий на основе данных прошлых эпизодов и текущих колебаний, а затем использовать его как «паспорт предупреждения»: когда система видит повторение знакомой конфигурации, она повышает уровень настороженности и предлагает заранее согласованный план действий. В этом плане мониторинг превращается в инструмент совместного клинического управления: пациент, врач и экзоспективная система работают как единый контур раннего реагирования. Такой контур не отменяет свободу пациента, но расширяет его возможности, потому что снижает вероятность внезапного «провала» в эпизод без осознания происходящего (Torous, Onnela, 2016).

Наконец, прогноз в аффективной динамике должен быть ориентирован не только на предупреждение эпизода, но и на оптимизацию долгосрочной траектории. В биполярном спектре долгосрочные исходы зависят от регулярности режима сна, снижения стрессовой нагрузки, приверженности терапии и раннего

распознавания подъёмов; в депрессии — от поддержания ремиссии, профилактики рецидивов, восстановления функционирования и работы с когнитивными и межличностными факторами. Экзоспекция способна поддерживать эти долгосрочные цели, если она встроена в терапевтический план как инструмент обратной связи, а не как система тотального контроля. В противном случае она рискует стать источником сопротивления, стигматизации и отказа от участия. Именно поэтому мониторинг и прогноз в экзоспекции требуют не только алгоритмической точности, но и клинико-этической архитектуры, где определены роли, границы, ответственность и правила действия при рисках (Topol, 2019).

На уровне структуры книги логично завершить главу об аффективных расстройствах переходом к следующему разделу — тревожным и стресс-связанным расстройствам, где мониторинг и прогноз имеют иную динамическую логику: тревога часто проявляется как состояние повышенной вегетативной готовности и гипернастороженности с колебаниями, зависящими от триггеров и контекста, а не как фазы с относительно автономным течением, как в биполярном спектре. Поэтому в Главе 12 потребуется иная модель экзоспективной чувствительности и иной набор ограничений интерпретации, хотя общий принцип — переход к динамическим профилям — останется единым.

Глава 12. Тревожные и стресс-связанные расстройства

12.1. Генерализованное тревожное расстройство

Переход от аффективных расстройств к тревожным и стресс-связанным расстройствам в экзоспективной логике принципиально меняет объект наблюдения: если при депрессии и биполярном спектре центральной является фазовая динамика с относительной автономией эпизода, то при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР) доминирует феномен хронической, диффузной психофизиологической мобилизации, тесно сцепленной с контекстом, когнитивными привычками и стилем регуляции угрозы. Классическая психопатология давно описывает тревогу как состояние ожидания опасности, не обязательно соразмерной реальности, и как форму особого «настроения мира», в котором вероятность негативного события переживается как постоянно повышенная (Jaspers, 1913). В когнитивной традиции тревога трактуется как результат устойчивых интерпретационных схем и селективного внимания к угрозе, поддерживаемых избеганием и руминативно-вербальным перерабатыванием опасности, где «беспокойство» выступает не просто симптомом, а инструментом псевдоконтроля и предотвращения неопределённости (Beck, Emery, 1985; Borkovec, 1994). Экзоспекция, исходя из своего методологического ядра, должна не подменять эти описания, а преобразовывать их в наблюдаемые и измеримые профили, сохраняя клинический смысл тревоги как особой формы отношения к будущему и к неопределённости.

В МКБ-10 генерализованное тревожное расстройство формулируется как состояние устойчивой, «свободноплавающей» тревоги, продолжающейся

недели и месяцы, сопровождаемой выраженными вегетативными симптомами и мышечным напряжением, а также постоянной озабоченностью и ожиданием неблагоприятных событий, которые трудно контролировать. В МКБ-11 ГТР также описывается как чрезмерная тревога и беспокойство по поводу различных сфер жизни, присутствующие большую часть дней в течение длительного времени, с выраженным соматическим напряжением и нарушением функционирования; при этом подчёркивается, что тревога трудно контролируема и не ограничена одним объектом или ситуацией. Для экзоспекции ключевой вывод состоит в следующем: ГТР — это не единичный «приступ» и не только субъективное чувство, а устойчивый режим психофизиологической регуляции, который должен оставлять следы в биологических ритмах, моторике, речевом поведении, паттернах внимания и в структуре повседневной активности. Следовательно, экзоспективная диагностика ГТР должна строиться вокруг распознавания именно режима, то есть стабильной конфигурации признаков во времени, а не вокруг поиска единичного маркера.

Исторически тревога в психиатрии долго находилась на границе между нормой и патологией, что связано с её адаптивной функцией как сигнала угрозы. Именно эта адаптивность и делает тревожные расстройства трудными для объективизации: многие «тревожные» признаки встречаются у здоровых людей в условиях реального стресса. Поэтому экзоспективная модель обязана учитывать критерий несоразмерности и стойкости, то есть то, что тревожное состояние сохраняется при отсутствии соответствующей угрозы, генерализуется на разные сферы и становится самоподдерживающимся за счёт поведения и когнитивных привычек. Иначе говоря, экзоспекция должна быть контекстно-чувствительной: она обязана различать «тревогу как реакцию» и «тревогу как режим» (Jaspers, 1913). Это различие невозможно только по физиологии, потому что вегетативная активация возникает и при радостном возбуждении, и при физической нагрузке, и при кофеине, и при соматической болезни. Следовательно, экзоспективная диагностика ГТР неизбежно многоканальна: она интегрирует физиологические индикаторы с данными сна, активности, речи, цифрового поведения и событийного контекста, а затем сопоставляет полученную картину с индивидуальной нормой и с клиническими критериями значимости.

Одной из центральных особенностей ГТР является преобладание вербального, когнитивного компонента тревоги — хронического беспокойства. В клинической феноменологии это проявляется как непрерывное «прокручивание» вероятных негативных сценариев, попытка предугадать и предотвратить опасность, стремление к уверенности и контролю, которое парадоксально усиливает напряжение. Исследовательская традиция, связанная с моделями Боровца, подчёркивает, что беспокойство выполняет функцию избегания ярких эмоционально-образных переживаний угрозы и тем самым поддерживает тревогу, удерживая её в «мыслительной» форме, но не разрешая её через переработку и опытную коррекцию (Borkovec, 1994). Экзоспекция здесь получает редкую возможность: речевой и текстовый материал может выступить не только «доказательством» наличия тревоги, но и структурным описанием её когни-

тивного механизма. Устойчивые паттерны условности, прогнозирования, катастрофизации, частое использование модальностей «а вдруг», «если», «что будет, если», постоянные уточняющие вопросы, тенденция к избыточной детализации возможных рисков — всё это может быть выявлено как признаки тревожного когнитивного стиля. Однако клинически важно подчеркнуть: речь идёт не о «детекторе тревоги по словам», а о вероятностной реконструкции когнитивного режима, который затем сопоставляется с соматическим напряжением, нарушением сна и функциональными последствиями (Beck, Emery, 1985).

Физиологический слой ГТР в экзоспективной модели может описываться как хроническая симпатическая готовность и снижение гибкости автономной регуляции. В психофизиологии тревога часто связывается с устойчивым повышением уровня возбуждения, с тенденцией к гипервентиляции, с мышечным напряжением и соматическими жалобами. При этом современный взгляд подчёркивает не столько «высокий уровень» активации, сколько снижение вариативности и адаптивности: система менее способна быстро возвращаться к базовой линии после стрессора, и это может проявляться в изменениях показателей автономной регуляции и в нарушениях сна. Экзоспективно важен не абсолютный показатель, а его динамика и реактивность: как быстро параметры нормализуются, насколько они зависят от контекста, как часто в течение дня возникают короткие «всплески» напряжения без очевидной причины. В теории стресса Селье хроническая мобилизация описывалась как состояние длительного напряжения адаптационных систем, приводящее к истощению и соматическим последствиям (Selye, 1956). Для экзоспекции это означает, что длительная тревога должна проявляться на уровне ритмов и восстановления, то есть прежде всего в сне, в субъективной усталости, в снижении эффективности и в росте соматизированных жалоб.

Нарушения сна при ГТР имеют особый клинический статус: сон не только страдает от тревоги, но и становится механизмом её поддержания. Характерны трудности засыпания из-за потока беспокойства, поверхностный сон, ранние пробуждения с ощущением напряжения, а также субъективное чувство «не восстановился», даже если длительность сна формально достаточна. Экзоспективные данные сна (поведенческие и, при наличии, физиологические) могут выявлять увеличение латентности засыпания, фрагментацию, вариативность времени отхода ко сну и подъёма, снижение стабильности циркадного режима. Однако клиническая интерпретация требует осторожности, поскольку подобные изменения встречаются при депрессии, при соматических заболеваниях и при нарушениях гигиены сна. Отличительным признаком ГТР является то, что бессонница здесь часто непосредственно связана с когнитивной активностью и с «предсонным беспокойством», а дневная симптоматика включает раздражительность, напряжение и трудности концентрации, что поддерживает цикл тревоги и усталости. Экзоспекция может обнаружить этот цикл как устойчивую взаимосвязь: ухудшение сна предшествует росту дневной тревоги и снижению активности, что затем усиливает вечернее беспокойство.

Поведенческий слой ГТР парадоксален: тревога может сочетаться как с гиперактивностью (постоянная занятость как форма избегания), так и с ограничением активности (избегание ситуаций неопределённости). Поэтому экзоспективная диагностика должна учитывать не только объём активности, но и её структуру. При ГТР часто наблюдается «непродуктивная занятость» — большое количество мелких действий, проверок, перестроек, возвращений к задачам, а также рост времени, потраченного на поиск информации и на успокаивающие ритуалы. В цифровом поведении это может проявляться как частые обращения к новостям, поисковым запросам о здоровье, работе, безопасности, как склонность к многократным уточнениям и проверкам. Однако эти признаки не являются специфичными и несут риск неверной интерпретации, особенно в условиях внешней неопределённости (например, экономической или социальной). Следовательно, экзоспективная система должна оценивать не сам факт информационной активности, а её навязчивость, цикличность, связь со снижением эффективности и наличие субъективного переживания неконтролируемости, которое остаётся центральным критерием патологического беспокойства (Borkovec, 1994).

Когнитивные нарушения при ГТР обычно описываются как трудности концентрации, ощущение «тумана», сниженная продуктивность и повышенная отвлекаемость на угрозу. В экзоспективной логике это может отражаться в речевых и поведенческих показателях: удлинение времени ответа на вопросы, рост самопоправок, снижение связности при обсуждении сложных тем, тенденция к «зацикливанию» на негативных сценариях. В отличие от депрессивной когнитивной инертности, где доминирует замедление и снижение энергии, при тревоге возможна ситуация, когда темп речи остаётся быстрым, но возрастает количество уточнений, оговорок и условных конструкций, а содержание носит предвосхищающий и контрольный характер. Здесь уместно вспомнить различие, которое часто проводится в клинике между «заторможенной» и «напряжённой» когнитивной дисфункцией: тревога не столько замедляет мышление, сколько делает его узким, привязанным к угрозе и перегруженным проверкой (Beck, Emery, 1985). Экзоспекция может объективизировать этот эффект через сочетание речевых и контекстных данных, но неизбежно должна избегать редукционизма: смысл тревожного мышления определяется не только формой речи, но и тем, как пациент воспринимает неопределённость и ответственность.

Дифференциально-диагностически ГТР в экзоспективной модели должно быть отделено от депрессивных расстройств, панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, расстройств адаптации и ряда соматических состояний. Важно подчеркнуть, что экзоспекция не заменяет дифференциальную диагностику, а перестраивает её: вместо вопроса «какой диагноз точнее по жалобам» возникает вопрос «какой профиль динамики и механизмов лучше объясняет наблюдаемые данные». При депрессии чаще доминирует устойчивое снижение позитивного подкрепления, психомоторное замедление и снижение интереса, тогда как при ГТР ведущим механизмом становится хроническое беспокойство и напряжение, а активность может быть сохранена, хотя и

становится менее эффективной. При паническом расстройстве центральным является пароксизмальный характер тревоги и выраженные кратковременные вегетативные пики, тогда как при ГТР преобладает длительный фон с колебаниями, но без ярко очерченных приступов; экзоспективно это различие может проявляться в форме временных рядов физиологических индикаторов и в паттернах поведения. При ОКР тревога связана с obsessions и compulsions и имеет более специфическую структуру, чем генерализованное беспокойство; при расстройствах адаптации тревога более явно привязана к конкретному стрессору и имеет временную ограниченность. Однако все эти различия требуют клинического интервью и контекстной проверки, потому что данные внешнего наблюдения без смысла, который придаёт им субъект, могут приводить к ложным выводам (Jaspers, 1913).

Особое место в экзоспективной диагностике ГТР занимает проблема соматизации и коморбидности. Генерализованная тревога часто сопровождается соматическими жалобами, которые сами по себе могут становиться объектом беспокойства, формируя замкнутый круг «симптом — интерпретация — тревога — усиление симптома». Экзоспекция потенциально способна обнаруживать этот круг по косвенным признакам: росту частоты самоконтроля, обращений к медицинской информации, изменению поведения в ответ на телесные ощущения, усилению ночной настороженности. Но здесь особенно высок риск этических и диагностических ошибок, потому что реальная соматическая патология может маскироваться под тревожное объяснение, и наоборот. Следовательно, экзоспективная система должна быть встроена в клинический протокол, где предусмотрено соматическое обследование при определённых признаках, а также где фиксируются границы интерпретации данных. Экзоспекция в таких случаях может помочь увидеть несоответствие: например, когда выраженные субъективные жалобы не сопровождаются ожидаемыми поведенческими и физиологическими изменениями, или когда, напротив, есть выраженные изменения сна и активности при минимальном вербализованном беспокойстве, что может свидетельствовать о диссимуляции, алекситимии или о другой структуре расстройства.

Если рассматривать ГТР как «режим угрозы», то центральной задачей мониторинга становится оценка его интенсивности, устойчивости и реактивности к контексту. В клиническом плане полезно различать тревогу как устойчивый фон и тревогу как реакцию на конкретные события; экзоспекция способна количественно описать, насколько состояние пациента определяется внешними триггерами и насколько оно автономно. Чем более автономным становится тревожный режим, тем ближе он к клиническому ГТР, и тем более оправдано сочетание психотерапевтических и медикаментозных вмешательств, ориентированных не только на симптом, но и на восстановление гибкости регуляции (Beck, Emery, 1985). В этой точке экзоспекция может поддерживать врача, предоставляя динамический профиль: например, демонстрируя, что даже при отсутствии объективных стрессоров сохраняется высокая ночная активация и

выраженная фрагментация сна, или что кратковременные внешние события приводят к непропорционально длительному ухудшению состояния.

Наконец, необходимо подчеркнуть, что экзоспективная диагностика ГТР должна быть построена как вероятностная, многослойная интерпретация, а не как механический алгоритм. Генерализованная тревога, возможно, является одним из наиболее «пограничных» расстройств между нормой и патологией, потому что её симптомы легко объяснить жизненными обстоятельствами, а её когнитивные паттерны часто воспринимаются пациентом как рациональные и даже морально оправданные. Именно поэтому роль врача здесь особенно велика: он должен не только распознать клинический режим, но и помочь пациенту увидеть разницу между заботой и беспокойством, между ответственностью и гиперконтролем, между адаптивной настороженностью и хронической мобилизацией, которая разрушает сон, эффективность и качество жизни. Экзоспекция может придать этой работе дополнительную объективность, показывая пациенту динамику и помогая связывать субъективные переживания с наблюдаемыми паттернами, но она не заменяет терапевтического смысла и человеческого контакта, который остаётся центральным инструментом изменения тревожного режима (Jaspers, 1913; Beck, Emery, 1985).

Продолжение этой логики в следующих подразделах главы требует показать, как ГТР отличать от панического расстройства и фобий, где доминируют приступность и ситуационная обусловленность, а также как экзоспективно описывать посттравматическое стрессовое расстройство, где тревога становится частью травматической памяти и реакций на напоминания. Если вы дадите команду, я продолжу с 12.2. Паническое расстройство и фобии, сохраняя тот же научный стиль и экзоспективную рамку.

12.2. Паническое расстройство и фобии

Если генерализованное тревожное расстройство в экзоспективной перспективе выглядит как хронический режим настороженности и вербально-когнитивного контроля угрозы, то паническое расстройство и фобические расстройства предъявляют иной тип клинической реальности: здесь тревога организована вокруг эпизода и вокруг ситуации. Паника — это, прежде всего, пароксизм, то есть кратковременная, но интенсивная вспышка автономной активации, переживаемая как катастрофическая и нередко трактуемая пациентом как угроза жизни или потери контроля. Фобия — это, прежде всего, устойчивое избегание, то есть стабилизация поведения вокруг специфического объекта или контекста, который становится носителем угрозы. В обоих случаях тревога приобретает структуру, удобную для экзоспекции, поскольку её временная и пространственная организация лучше поддаётся внешнему наблюдению: приступ имеет начало, пик и спад, а избегание — географию и повторяющиеся сценарии. Однако именно эта «наблюдаемость» создаёт парадоксальный риск: чем проще выделить паттерн, тем выше вероятность редукционизма, когда интенсивная физиология принимается за паническую симптоматику без учёта

смысла, а избегание — за фобию без дифференциации с рациональным поведением, обусловленным опытом или соматикой. Поэтому экзоспективная модель должна удерживать одновременно два измерения: формальное (динамика, частота, контекст, воспроизводимость) и феноменологическое (переживаемая катастрофичность, изменение отношения к телу и к пространству, трансформация ожиданий) (Jaspers, 1913).

В МКБ-10 паническое расстройство описывается как повторяющиеся приступы тяжёлой тревоги (паники), которые не ограничены определённой ситуацией и потому непредсказуемы; приступы характеризуются внезапным началом, выраженными вегетативными симптомами и страхом смерти, потери контроля или «схода с ума». В МКБ-11 паническое расстройство сохраняет акцент на повторяющихся панических атаках, сопровождающихся интенсивными соматическими симптомами и когнитивными интерпретациями угрозы, а также на формировании вторичного страха перед самими приступами и на поведенческих изменениях, направленных на предотвращение или избегание возможных атак. В отношении фобий МКБ-10 выделяет агорафобию, социальные фобии и специфические фобии как расстройства, где ключевым является избегание ситуаций или объектов, вызывающих страх, при понимании пациентом иррациональности или чрезмерности страха; МКБ-11 сохраняет эти категории и подчёркивает устойчивость страха и функциональную значимость избегания. Для экзоспективной диагностики здесь принципиально важна связка «событие — тело — интерпретация — поведение»: паника и фобия существуют не только как соматическая реакция, но как «обученная» система, в которой автономная активация получает катастрофическое значение, а затем закрепляется через избегание и безопасность-поведение, формируя устойчивую сеть предикторов и реакций (Clark, 1986; Beck, Emery, 1985).

Классическая когнитивная модель паники, разработанная Кларком, подчёркивает, что паническая атака запускается не столько внешней угрозой, сколько катастрофической интерпретацией телесных ощущений: сердцебиение становится знаком инфаркта, головокружение — признаком инсульта, дереализация — началом психоза, а ощущение одышки — удушьем (Clark, 1986). Эта интерпретация усиливает тревогу, тревога усиливает физиологические ощущения, и возникает самоподдерживающаяся петля. Экзоспекция, опираясь на данные о физиологии и поведении, способна реконструировать контуры этой петли: внезапные пики вегетативной активации, последующее резкое изменение поведения (остановка деятельности, поиск помощи, выход из помещения, звонки близким), затем период восстановления, часто сопровождающийся поиском объяснений и успокаивающих действий. Однако, если экзоспекция ограничится фиксацией «пики», она окажется методологически слепой к ключевому механизму — к интерпретации. Поэтому особую роль приобретает анализ нарратива после эпизода: то, как пациент объясняет приступ, какие слова использует для описания угрозы, насколько доминируют медицинские катастрофические сценарии, как изменяется его «карта безопасности» и ожидания будущего. В экзоспективной системе это может быть представлено как интеграция физиологиче-

ского события с последующей вербальной реконструкцией, где смысл является не приложением, а центральным диагностическим измерением (Jaspers, 1913; Clark, 1986).

Физиологически паническая атака отличается не просто высоким уровнем возбуждения, а резкостью нарастания и субъективной неконтролируемостью. Внешне наблюдаемые признаки могут включать внезапное учащение дыхания, признаки гипервентиляции, моторное беспокойство, стремление к выходу, к «спасательному» объекту (вода, окно, телефон), изменение тембра голоса и речи, фрагментарность коммуникации. Носимые устройства и другие датчики способны фиксировать резкие изменения частоты сердечных сокращений, движения, иногда изменения дыхательного паттерна и темпа. Но экзоспекция должна помнить, что схожие пики возникают при физической нагрузке, при боли, при соматических аритмиях, при гипогликемии, при употреблении стимуляторов, а также при эпилептических и иных пароксизмальных состояниях. Следовательно, первичная экзоспективная фиксация приступа — это не «диагноз», а событие, требующее дифференциального толкования. Врачебная интерпретация должна включать оценку связи с контекстом, повторяемости, наличия катастрофических интерпретаций и последующего избегания, а также исключение соматических причин при наличии красных флагов. В этом смысле паника представляет собой пример того, как экзоспекция должна дисциплинировать клиническое мышление: она не облегчает задачу «распознавания», а повышает требования к протоколу интерпретации.

В экзоспективной модели ключевым диагностическим элементом панического расстройства становится не единичная паническая атака, а формирование «страха страха», то есть ожидания приступа и поведения, направленного на предотвращение или контроль телесных ощущений. Пациент начинает проверять пульс, избегать нагрузок, кофе, жары, общественного транспорта, очередей; он строит маршруты по принципу «быстрый выход», выбирает места у двери, носит с собой «средства безопасности» и постоянно сканирует тело. Эти поведенческие изменения, будучи внешне наблюдаемыми, могут становиться мощными экзоспективными индикаторами. Однако и здесь необходимо избегать ошибочной логики: подобные меры могут быть рациональными при реальной соматической патологии. Поэтому экзоспекция должна опираться на сочетание критериев: повторяемость панических эпизодов, характер интерпретаций, устойчивость безопасности-поведения и степень функционального ограничения. В терминах диагностики это означает, что экзоспективный профиль панического расстройства складывается из временных рядов (эпизодичность) и из топологии поведения (избегание и безопасность) (Clark, 1986).

Фобические расстройства в экзоспективной логике представляют собой «устойчивую геометрию угрозы». Если паника организована вокруг времени (внезапный эпизод), то фобия организована вокруг пространства и социальных контекстов. Агорафобия формирует карту, где опасными становятся места, из которых трудно уйти или где трудно получить помощь; социальная фобия организует мир вокруг угрозы оценки и унижения; специфическая фобия концен-

трирует страх на определённом объекте или ситуации. Экзоспекция способна фиксировать такие карты через поведенческие следы: сужение радиуса передвижения, повторение ограниченных маршрутов, избегание определённых типов мест, снижение участия в социальных событиях, предпочтение удалённого формата взаимодействия. Но интерпретация этих следов крайне чувствительна к контексту: образ жизни, работа, культурные практики и внешние обстоятельства могут выглядеть как «избегание», не являясь симптомом. Следовательно, экзоспекция в фобиях должна быть не «детектором маршрутов», а инструментом выявления несоответствия между ценностями и поведением, между желаемым функционированием и фактическими ограничениями, а также инструментом проверки устойчивости страха и его предсказуемости по определённым стимулам.

Клиническая психология рассматривает избегание как центральный механизм поддержания фобии: избегая стимул, субъект не получает корректирующего опыта, и страх остаётся неоспоренным. Поведенческая традиция, начиная с работ по классическому и оперантному обусловливанию, описывает, как избегание закрепляется через отрицательное подкрепление, поскольку немедленно снижает тревогу (Skinner, 1953). Когнитивная традиция добавляет к этому роль катастрофических ожиданий и внимания к угрозе (Beck, Emery, 1985). Экзоспекция, если она претендует на клиническую полезность, должна уметь не просто фиксировать избегание, но описывать его функциональную роль: как быстро тревога снижается после ухода из ситуации, как изменяется поведение накануне предполагаемого контакта со стимулом, какие «подстраховки» используются. Уровень детализации здесь важен: фобия редко ограничивается простым «не хожу»; она проявляется в микроповеденческих решениях, которые пациент нередко не осознаёт как симптом, поскольку они выглядят как «разумная осторожность». Экзоспективные данные, интегрированные во времени, способны сделать видимой именно эту невидимую экономику избегания, но только при условии, что врач удерживает критерий клинической значимости и не превращает особенности образа жизни в «патологию данных».

Отдельное место занимает агорафобия, поскольку она часто связана с паническими атаками и может быть как первичной, так и вторичной по отношению к паническому расстройству. В классическом клиническом опыте именно сочетание паники и агорафобии формирует наиболее выраженное функциональное ограничение: человек начинает избегать транспорта, магазинов, мостов, метро, кинотеатров, то есть мест, где «нельзя быстро выйти» или «некому помочь». Экзоспективно это проявляется как прогрессирующее сужение пространственного поведения, рост зависимости от сопровождающего лица, появление «безопасных зон» и «безопасных маршрутов». Однако диагностически важно отличить агорафобическое избегание от ограничений, обусловленных депрессией, соматической слабостью, хронической болью или социальными обстоятельствами. В экзоспективной модели дифференциация строится на связке «страх — избегание — облегчение»: при агорафобии избегание мотивировано страхом паники или страхом невозможности получить помощь, и уход

из ситуации приносит специфическое облегчение, которое затем закрепляет паттерн. Это облегчение может быть выявлено косвенно: по снижению физиологической активации после выхода, по изменению темпа речи и поведения, по изменению содержания нарратива, где после ухода появляется рационализация и временное успокоение (Clark, 1986).

Социальная фобия (социальное тревожное расстройство) имеет менее «физиологически очевидную», но крайне выраженную экзоспективную структуру. Она организована вокруг угрозы негативной оценки, стыда и унижения, и поэтому проявляется в изменениях коммуникации: избегание публичных выступлений, звонков, встреч, активного участия в обсуждениях; склонность к кратким ответам; рост времени подготовки сообщений; иногда — парадоксальное «перепроизводство» контроля: многократное редактирование текста, задержки ответа, избыточные уточнения. В социальном тревожном расстройстве часто присутствует специфический фокус внимания на собственных признаках тревоги («видно ли, что я дрожу», «слышно ли, что голос дрожит»), что усиливает симптомы и формирует замкнутую систему самонаблюдения (Beck, Emery, 1985). Экзоспекция, анализируя речь и поведение, может уловить эти паттерны, но должна избегать смешения с интроверсией, культурной сдержанностью или профессиональными нормами коммуникации. Клиническое различие здесь не в стиле общения как таковом, а в наличии страдания, в устойчивости избегания и в снижении функционирования при значимых для человека социальных задачах.

Специфические фобии в экзоспективной перспективе кажутся наиболее прямолинейными, но именно поэтому они диагностически коварны. Страх высоты, крови, инъекций, животных, закрытых пространств может быть очевиден по избеганию и по выраженной физиологии при встрече со стимулом. Но экзоспекция здесь может легко ошибиться, принимая за фобию рациональную осторожность или опытно обусловленную неприязнь. Кроме того, специфические фобии могут быть частично компенсированы так, что внешние следы минимальны: человек просто не сталкивается со стимулом. В таких случаях экзоспекция без данных провокации или без нарративного материала окажется бессильной. Это обстоятельство показывает важный предел экзоспекции: некоторые расстройства проявляются не в повседневной статистике поведения, а в потенциальной реакции на специфический стимул. Следовательно, клинически значимая экзоспекция должна включать протоколы активного сбора данных: стандартизированные вопросы, задания, симулированные ситуации, которые этично и безопасно вызывают умеренное напряжение и позволяют оценить реактивность. Эта идея согласуется с традицией психофизиологических экспериментов и с клиническими тестами, где стимул используется как инструмент выявления латентной патологии, но требует строгих этических рамок и врачебного контроля.

Дифференциальная диагностика панического расстройства и фобий в экзоспективной модели неизбежно включает сопоставление с соматическими пароксизмами и с другими психическими расстройствами. Панические атаки мо-

гут встречаться при депрессии, при ПТСР, при злоупотреблении веществами, при эндокринных и кардиологических нарушениях. Фобическое избегание может быть вторичным при психотических расстройствах (избегание из-за бредовых идей), при расстройствах личности (избегание из-за межличностной чувствительности), при аутизме (избегание из-за сенсорной перегрузки). Экзоспекция может помочь именно там, где клиника сталкивается с «рассказом пациента», который неполон или искажён: временные ряды и поведенческие карты могут выявить скрытую приступность, повторяющиеся триггеры, закономерности избегания. Но окончательное толкование должно оставаться врачебным, потому что одно и то же поведение может иметь разные причины и разные клинические следствия. Экзоспекция в данном случае — это не новый «судья диагнозов», а новый источник доказательств, требующий интерпретации по правилам клинической эпистемологии, где причинность не выводится автоматически из корреляций (Jaspers, 1913).

С терапевтической точки зрения экзоспекция открывает важную перспективу: она может быть встроена в экспозиционные и когнитивные протоколы как объективный мониторинг прогресса. При паническом расстройстве ключевой задачей становится разрыв петли катастрофической интерпретации и обучение толерантности к телесным ощущениям через interoцептивную экспозицию; при фобиях — постепенное и систематическое приближение к стимулу с формированием нового опыта безопасности (Clark, 1986; Beck, Emery, 1985). Экзоспекция может фиксировать уменьшение реактивности, ускорение восстановления, снижение безопасности-поведения и расширение поведенческой карты. Однако методологически важно подчеркнуть: если экзоспекция используется как инструмент контроля, она может стать частью патологической системы — пациент начнёт проверять показатели и тем самым усиливать тревогу. Следовательно, экзоспективное сопровождение лечения должно быть организовано так, чтобы поддерживать автономию пациента и снижать гиперконтроль, а не укреплять его.

Таким образом, паническое расстройство и фобии в экзоспективной модели представляют собой два комплементарных типа тревожной организации: тревога как эпизод и тревога как пространство. Их диагностическая сила для экзоспекции заключается в высокой структурированности и воспроизводимости паттернов, но их главный риск — в соблазне подменить клиническую причинность внешней статистикой. Правильная экзоспекция должна превращать наблюдаемое в клинически интерпретируемое: связывать пики физиологии с нарративом, избегание — с ценностями и функционированием, а паттерны — с критериями МКБ-10/11. В этом случае экзоспективная диагностика не только повышает точность распознавания, но и делает возможным более тонкий мониторинг: она позволяет врачу видеть, где уменьшается страх, а где лишь усиливается стратегия избегания, маскируя прогресс внешней стабильностью.

12.3. Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое стрессовое расстройство занимает в группе тревожных и стресс-связанных расстройств особое положение, поскольку его клиническое ядро определяется не столько универсальным механизмом тревоги, сколько событием, которое нарушает базовую структуру субъективного времени и безопасности. В тревожных расстройствах субъект, как правило, боится будущего; в депрессии — утраты будущего; в ПТСР прошлое вторгается в настоящее с такой интенсивностью, что разрушает границу между «тогда» и «сейчас». Именно это нарушение временной границы — и феноменологическое, и нейропсихологическое — делает ПТСР одновременно чрезвычайно «наблюдаемым» и крайне трудным для экзоспективной интерпретации. Наблюдаемым — потому что симптоматика формирует повторяющиеся паттерны физиологической реактивности, сна, поведения, речи и избегания. Трудным — потому что эти паттерны являются производными от смысла: от того, что именно было пережито, как оно было интегрировано, какие социальные и правовые последствия имело, и какие механизмы защиты включились. Экзоспекция здесь не может быть простой регистрацией «стресса», поскольку стресс является неспецифическим физиологическим ответом, а ПТСР — специфической структурой памяти, эмоций и поведения, возникающей после экстремального события и поддерживаемой определённым типом переработки травматического опыта (Horowitz, 1976; van der Kolk, 2014).

В МКБ-10 ПТСР определяется как отсроченная или затяжная реакция на стрессорное событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, способные вызвать глубокое отчаяние почти у любого человека; клиническая картина включает повторное переживание травмы (флэшбэки, навязчивые воспоминания, кошмары), избегание, эмоциональное оцепенение и состояние повышенной вегетативной возбудимости. В МКБ-11 структура критериев стала более компактной и феноменологически «собранной»: выделяются три кластера — повторное переживание травмы в настоящем, избегание напоминаний о травме и устойчивое чувство повышенной угрозы (гипервозбудимость, гипervнимание), причём подчёркивается, что повторное переживание имеет характер «здесь-и-сейчас», а не просто воспоминания. Это уточнение особенно важно для экзоспекции: различие между «думаю о событии» и «переживаю его как происходящее» может не быть очевидным в обычной беседе, но проявляется в динамике голоса, мимики, моторики, в резких физиологических скачках и в изменении поведения при столкновении с триггером. В то же время МКБ-11 выделяет также комплексное ПТСР как отдельную категорию, связывая его с длительными или повторяющимися травматическими воздействиями и добавляя нарушения саморегуляции, негативную самооценку и устойчивые межличностные трудности. Для экзоспективного подхода это означает необходимость различать «эпизодическую» травматизацию и хроническую травму, поскольку их поведенческие и физиологические следы имеют разную организацию и разные риски ошибочной интерпретации.

В экзоспективной модели ПТСР можно понимать как устойчивую систему предиктивной ошибки: мозг, ориентированный на прогнозирование угроз

и безопасности, после травмы начинает «переучиваться» на мир, где угроза воспринимается как более вероятная и более близкая во времени, чем в действительности. Этот сдвиг в вероятностных ожиданиях выражается как гипервнимательность, усиленная реактивность на неожиданные стимулы, нарушения сна и повышенная готовность к обороне. Однако ПТСР не сводится к гипервозбудимости: ключевым остаётся специфическая связка между напоминанием и реакцией, то есть триггерность. Экзоспекция, если она претендует на клиническую значимость, должна искать не просто высокую автономную активность, а закономерность «контекст → вспышка → восстановление → последующее избегание». Именно такая закономерность делает ПТСР распознаваемым в динамике и отличимым от генерализованной тревоги, где фон тревоги более устойчив и менее привязан к конкретным напоминаниям.

Один из фундаментальных элементов ПТСР — травматическая память, которая отличается от обычной автобиографической памяти фрагментарностью, сенсорной насыщенностью и недостаточной интеграцией в нарратив. В феноменологии пациента травматическое событие часто существует не как связный рассказ, а как набор «врезок»: запах, звук, фрагмент образа, телесное ощущение, короткая сцена. В классических психологических моделях это описывается как конфликт между тенденцией к завершению переработки и тенденцией к избеганию, где травма «требуется» интеграции, но одновременно вызывает настолько сильную реакцию, что психика пытается её отодвинуть (Horowitz, 1976). Экзоспективно это проявляется в особенностях речи: при попытке рассказывать о травме нарушается связность, увеличиваются паузы, появляются внезапные обрывы, голос становится напряжённым или, наоборот, резко тускнеет, возникает переключение на телесные детали, иногда наблюдается диссоциация, выраженная в изменении темпа, взгляда и контакта. Но эти признаки сами по себе неспецифичны: они встречаются при депрессии, при панике, при соматических состояниях. Специфичность возникает тогда, когда изменения стабильно связаны с определёнными темами, словами, образами или ситуациями и сопровождаются немедленной автономной реакцией и последующим избеганием. Поэтому экзоспекция травматической памяти должна строиться вокруг анализа «узлов» нарратива, где психика теряет связность, и сопоставления этих узлов с данными о реактивности и поведении (van der Kolk, 2014).

Повторное переживание — центральный признак ПТСР — в экзоспективной перспективе может быть понято как эпизод, в котором организм реагирует так, словно угроза снова актуальна. Клинически это проявляется флэшбэками, ночными кошмарами, а также внезапными телесными реакциями при столкновении с напоминанием. Внешний наблюдатель может фиксировать такие эпизоды через резкие изменения вегетативных показателей, изменения моторики, микропаузу, «замер» или, напротив, ускорение движений, изменения голоса. Однако самой опасной ошибкой здесь является гипердиагностика: многие люди имеют интенсивные воспоминания о тяжёлых событиях, но это не обязательно ПТСР. Следовательно, экзоспективная диагностика должна удерживать критерий «настоящности» переживания, то есть феномен «как будто

происходит сейчас», и критерий функционального ущерба, то есть устойчивого влияния на сон, отношения, трудоспособность и повседневное функционирование. Экзоспекция может помочь количественно описать этот ущерб: фрагментацию сна, вариативность активности, снижение социальной вовлечённости, избегание мест и тем, но диагноз остаётся клиническим решением, поскольку значение события и его интерпретация определяют психопатологическую форму.

Избегание при ПТСР имеет двойственную природу. С одной стороны, оно похоже на фобическое: человек избегает мест, разговоров, людей, звуков и предметов, связанных с травмой. С другой стороны, оно может быть внутренним: избегание мыслей, эмоций, телесных ощущений, что приводит к своеобразной «эмоциональной анестезии» и к отчуждению от собственных переживаний. В МКБ-10 этот компонент описывался как эмоциональное оцепенение и отчуждение, а также избегание стимулов, напоминающих о травме. В МКБ-11 избегание остаётся ключевым кластером, но общий критерий сформулирован более строго: активное избегание мыслей, воспоминаний, действий или ситуаций, связанных с травматическим событием. Экзоспективно внутреннее избегание труднее, чем внешнее: оно может проявляться в изменении лексики, в уходе от личного местоимения, в абстрактности речи, в «рационализации» вместо эмоционального описания. Врач, интерпретируя экзоспективные данные, должен учитывать культурные и профессиональные стили выражения эмоций; иначе экзоспекция превратится в измерение не психопатологии, а риторики. Поэтому экзоспективная система должна сопоставлять речевые признаки с контекстом биографии и коммуникации пациента, а также с динамикой автономной реактивности, показывающей, что «безэмоциональность» может скрывать высокий уровень внутреннего напряжения (van der Kolk, 2014).

Ключевым для МКБ-11 признаком ПТСР является устойчивое чувство текущей угрозы, выраженное в гипернастороженности и усиленной реактивности. Это измерение лучше всего поддаётся экзоспекции, поскольку оно отражается в физиологии, в микро-поведенческих сигналах и в режиме активности. Повышенная реактивность может проявляться как склонность к резким реакциям на неожиданные звуки, как трудности расслабления, как вспышки раздражительности и агрессии, как нарушения концентрации. В данных это может выглядеть как фрагментированный сон, частые ночные пробуждения, высокий уровень ночной активности, повышенная вариативность сердечного ритма в стрессовых ситуациях, резкие изменения активности при внешних стимулах. Но и здесь необходима строгая дифференциация: аналогичные признаки наблюдаются при тревожных расстройствах, при злоупотреблении стимуляторами, при гипертиреозе, при хронической боли, при соматических заболеваниях. Экзоспекция должна не просто фиксировать «высокий уровень», а выявлять специфическую связность с травматическими напоминаниями и устойчивость паттерна во времени после события, а также корреляцию с избеганием и повторным переживанием, которые образуют триаду критериев ПТСР в МКБ-11.

Особую проблему для экзоспекции представляет диссоциация. В травматических состояниях нередко возникают дереализация, деперсонализация, «отключение» эмоций, провалы памяти, ощущение наблюдения за собой со стороны. Эти феномены являются важными клиническими маркерами тяжести и формы травматизации, но внешне могут быть неуловимы или интерпретироваться неправильно. Диссоциация может проявляться как снижение мимической выразительности, «стеклянный» взгляд, замедление реакции, несоответствие речи и физиологии, когда человек говорит нейтрально, но показатели реактивности высоки. Экзоспекция способна уловить именно это несоответствие как сигнал, требующий клинической проверки, но не как автоматическое доказательство. В судебно-экспертном контексте этот вопрос становится особенно чувствительным, поскольку диссоциация может быть симулирована, а также может быть ошибочно принята за симуляцию из-за необычности проявлений. Следовательно, экзоспективный подход в ПТСР должен включать принцип «необратимости вывода»: данные могут усиливать или ослаблять гипотезу, но не должны становиться единственным основанием заключения без клинической верификации и без анализа контекста (Jaspers, 1913).

Комплексное ПТСР в МКБ-11 требует отдельного обсуждения, поскольку оно расширяет рамку «страх — избегание — угрозность» до нарушений саморегуляции и личности. Хроническая травма, особенно в условиях длительного насилия, плена, систематического унижения или длительной угрозы, приводит к тому, что симптоматика становится не эпизодической, а структурной: изменяется самоотношение, формируются устойчивые паттерны стыда, вины, беспомощности, нарушается способность к стабильным отношениям. Экзоспекция здесь может фиксировать долгосрочные паттерны: нестабильность режима сна и бодрствования, высокий уровень конфликтности в коммуникации, колебания в активности, трудности с поддержанием проектов и обязательств. Но интерпретация должна быть предельно осторожной, потому что эти признаки пересекаются с личностной патологией, с депрессией, с зависимостями и с социальными условиями. Практическая ценность экзоспекции при комплексном ПТСР заключается не в том, чтобы «заменить» клиническую оценку структуры личности, а в том, чтобы предоставить временную карту дисрегуляции: показать, как состояние изменяется в ответ на триггеры, как быстро наступает истощение после напряжения, как формируется цикл избегания и самоповреждающих стратегий, если они присутствуют. Это может быть клинически полезно для планирования терапии и мониторинга риска, но требует строгих этических рамок и согласия пациента, поскольку травматические данные — особенно уязвимая зона приватности (van der Kolk, 2014).

Для экзоспективной диагностики ПТСР принципиальным становится различие между травматическим событием и травматическим расстройством. Наличие травмы не равняется диагнозу; наличие симптомов стресса не равняется ПТСР. Клинический диагноз возникает там, где формируется специфическая триада: повторное переживание как «настоящее», избегание и постоянное чувство угрозы, приводящие к функциональным нарушениям. Экзоспекция

должна быть построена как система, способная отличить нормальные процессы адаптации от патологических: например, кратковременные нарушения сна после события, естественную настороженность и грусть не следует превращать в «цифровой диагноз». В этом контексте экзоспекция выступает не только как инструмент обнаружения, но и как инструмент профилактики гиперпатологизации: она может показать, что реактивность снижается, сон восстанавливается, избегание уменьшается, и тем самым поддержать клиническое решение о нормальном восстановлении. Такая логика соответствует этике современной психиатрии и предупреждает «диагностический колониализм данных», когда любое отклонение от среднего становится поводом для ярлыка.

Наконец, терапевтическое значение экзоспекции при ПТСР заключается в возможности объективного мониторинга процесса переработки травмы. В доказательных подходах к терапии ПТСР важны экспозиция, когнитивная переработка, работа с травматической памятью и снижение избегания; прогресс часто выражается не в полном исчезновении воспоминаний, а в изменении их качества: воспоминание становится «прошлым», снижается реактивность, расширяется поведенческий репертуар, восстанавливается сон и способность к близости. Экзоспекция может фиксировать именно эти изменения в динамике: уменьшение частоты ночных пробуждений, снижение реактивности на триггеры, увеличение социальной активности, стабилизацию режима. Но, как и в паническом расстройстве, здесь существует риск превращения мониторинга в гиперконтроль, особенно у пациентов с высоким уровнем тревоги и перфекционизма. Поэтому экзоспективное сопровождение терапии должно быть интегрировано в клинический план так, чтобы данные служили не «судьёй», а зеркалом процесса, интерпретируемым совместно врачом и пациентом в логике безопасности и автономии.

Таким образом, ПТСР в экзоспективной модели является демонстрацией как силы, так и пределов внешнего наблюдения. Сила проявляется в том, что травматическая симптоматика формирует воспроизводимые паттерны — триггерность, избегание, гипернастороженность, нарушения сна — которые могут быть объективированы во времени. Предел состоит в том, что ядро ПТСР — смысл травмы и феномен «настоящности» повторного переживания — не редуцируется к физиологии и поведению и требует клинической феноменологии, эмпатии и контекстного анализа. Именно здесь экзоспекция должна проявить зрелость: не обещать абсолютной объективности, а выстроить научно дисциплинированное сотрудничество данных и клинического мышления, сохраняя приоритет человека в интерпретации человеческой травмы (Jaspers, 1913).

12.4. Физиологические и поведенческие паттерны тревоги

Тревога как психопатологический феномен обладает парадоксальным свойством: она субъективно переживается как чувство, однако объективно обнаруживается прежде всего как режим организма. В клинике тревога проявляется не только содержанием сознания, но и устойчивой перестройкой автоном-

ной регуляции, сна, внимания, моторики и межличностного поведения. Именно поэтому тревожные и стресс-связанные расстройства становятся «привилегированным» объектом экзоспекции: здесь внешний наблюдатель получает доступ к множественным каналам данных, каждый из которых в отдельности неспецифичен, но в совокупности способен формировать воспроизводимый профиль состояния. Ключевым методологическим шагом заключается в переходе от оценки отдельных симптомов к анализу устойчивых паттернов и их связности во времени, то есть к построению динамической модели тревоги как состояния, имеющего собственные ритмы, триггеры и траектории восстановления (Cannon, 1929; Selye, 1956).

В классических физиологических концепциях тревога связана с мобилизацией, описанной как реакция «fight-or-flight» и последующими режимами поддержания гомеостаза (Cannon, 1929). Современная психофизиология уточняет, что решающим является не абсолютный уровень возбуждения, а нарушенная регуляция: повышенная реактивность на стимулы, замедленное возвращение к базовому уровню, а также смещение равновесия между симпатической активацией и парасимпатической модуляцией. Именно эти параметры более устойчивы и более информативны для экзоспекции, чем единичные показатели, поскольку тревога редко представлена как постоянный «высокий пульс»; чаще она проявляется как серия всплесков и неустойчивостей, которые организм компенсирует ценой истощения, нарушений сна и когнитивной эффективности. Клиническая феноменология тревоги, начиная от описаний Джеймса и Ланге, подчеркивала связь чувства с телесными изменениями, однако современная трактовка требует осторожности: телесная активация не является доказательством тревоги, а тревога не всегда сопровождается очевидной активацией, особенно при диссоциативных или депрессивно-тревожных состояниях (James, 1884; Lazarus, 1991).

Экзоспективная задача состоит в том, чтобы определить, какие именно физиологические и поведенческие следы тревоги имеют диагностическую и прогностическую ценность в рамках МКБ-10/11. Здесь важно подчеркнуть различие в языке классификаций: МКБ-10 строилась на более развернутых описаниях синдромов и их сочетаний, включая вегетативные и соматические симптомы тревоги; МКБ-11 стремится к феноменологической ясности и к структурным критериям, но также предполагает, что тревожные расстройства могут быть выражены преимущественно в физиологических и поведенческих паттернах, если они приводят к значимому страданию и нарушению функционирования. Следовательно, экзоспекция должна быть не «датчиком тревоги», а системой, способной измерять дистресс и дисфункцию через наблюдаемые режимы организма и поведения, а затем сопоставлять их с клиническими критериями.

Наиболее универсальным физиологическим проявлением тревоги является дисрегуляция автономной нервной системы, отражающаяся в вариативности сердечного ритма, в изменениях кожно-гальванической реакции, в паттернах дыхания, в периферической температуре, в мышечном тонусе и в нарушениях желудочно-кишечной моторики. Однако экзоспективная ценность каждо-

го из этих каналов определяется не их доступностью, а их устойчивостью в реальном мире и чувствительностью к контексту. Например, сердечный ритм легко измеряется, но крайне чувствителен к физической нагрузке, кофеину, лекарствам и соматическим заболеваниям. Напротив, вариативность сердечного ритма потенциально отражает баланс симпатической и парасимпатической регуляции и может быть более информативной, но её интерпретация требует контекста и осторожности, поскольку она не является специфическим биомаркером ни тревоги, ни какого-либо отдельного расстройства. Экзоспекция должна уметь различать «активацию как норму» и «активацию как патологический режим», то есть учитывать длительность, частоту эпизодов, восстановление и связь с психологическими триггерами, а не фиксировать лишь средние значения (Thayer, Åhs, Fredrikson, Sollers, & Wager, 2012).

Дыхание — один из ключевых, но часто недооцениваемых каналов экзоспекции тревоги. Клинически тревога сопровождается поверхностным дыханием, гипервентиляцией, ощущением нехватки воздуха и склонностью к дыхательным паттернам, поддерживающим паническую симптоматику. В паническом расстройстве и в агорафобии дыхательная дисрегуляция может выступать как центральный механизм, что было показано в исследованиях физиологии паники и роли interoцептивных сигналов (Klein, 1993). При генерализованной тревоге дыхательные изменения часто менее драматичны, но могут проявляться как хроническое напряжение, регулярные «вздохи», измененный ритм дыхания и повышенная чувствительность к interoцептивным ощущениям. Экзоспективно дыхание важно тем, что оно соединяет физиологию и поведение: оно является одновременно автономным и доступным волевому контролю, а значит — чувствительным к психотерапевтическим вмешательствам и к обучению саморегуляции. Следовательно, мониторинг дыхательных паттернов может быть не столько диагностическим маркером, сколько маркером эффективности терапии и восстановления регуляции.

Сон представляет собой наиболее интегративный экзоспективный показатель тревоги, поскольку он отражает итоговую нагрузку на регуляторные системы и выступает одновременно следствием и фактором поддержания тревожных состояний. Для тревожных расстройств характерны трудности засыпания, частые ночные пробуждения, поверхностный сон и субъективное ощущение «невыспанности», при этом объективные параметры могут показывать фрагментацию сна и снижение эффективности сна. В ПТСР нарушения сна имеют особую структуру: кошмары, ночные пробуждения, ночная гиперактивация. В генерализованной тревоге сон нарушается преимущественно через руминации и когнитивную гиперактивацию перед сном. В паническом расстройстве возможны ночные панические атаки, которые пациент может интерпретировать как соматическую катастрофу. Экзоспективная система должна учитывать, что сон — чувствительный индикатор, но крайне неспецифичный: депрессия, зависимость, хроническая боль, эндокринные нарушения и медикаменты могут менять сон сходным образом. Поэтому для экзоспекции сон полезен прежде всего как динамический маркер: если профиль тревоги усиливается, сон

обычно ухудшается раньше, чем пациент формулирует осознанную жалобу; если лечение эффективно, сон часто стабилизируется одним из первых параметров, особенно при снижении гипервозбудимости (Morin, 1993).

Поведенческие паттерны тревоги проявляются в микродинамике активности, в избегании, в изменении социальных контактов, в экономике усилий и в ошибках контроля внимания. Тревога редко делает человека полностью неподвижным; чаще она перестраивает поведение так, что субъект начинает действовать «вокруг угрозы», включая профилактические стратегии, проверочные ритуалы, избегание неопределенности и постоянный поиск подтверждения безопасности. Это может выражаться как повышение количества коротких действий и переключений, как снижение способности к длительной концентрации, как рост частоты проверок сообщений, новостей, звонков, как избегание определенных маршрутов и ситуаций. Экзоспективная сила здесь в том, что поведение фиксируется во времени и может быть сопоставлено с контекстом. Но именно здесь возникает максимальный риск этического и методологического искажения: многие паттерны поведения отражают не психопатологию, а образ жизни, профессию и культурные нормы. Экзоспекция должна быть построена так, чтобы различать индивидуальный стиль и патологическое смещение. Это означает необходимость персонализированной «базовой линии» и анализа отклонений от неё, а не сравнения с популяционной нормой, которая в психиатрии часто оказывается слишком грубой для индивидуального вывода (Jaspers, 1913).

Особое значение имеют моторные и психомоторные признаки тревоги: суетливость, невозможность сидеть спокойно, увеличение количества мелких движений, тремор, напряжение мышц лица и шеи, характерная поза «готовности», ускорение походки, изменение жестов. Эти признаки известны клиницистам и входят в традиционную оценку психического статуса, но экзоспекция ставит задачу их формализации и количественного измерения. Важно при этом помнить, что психомоторная активность при тревоге может быть двунаправленной. Одни пациенты демонстрируют гиперактивность и двигательное беспокойство, другие — «замирание», избегание движения и экономию поведения, что особенно характерно при сочетании тревоги с депрессией или при выраженной социальной тревоге. Следовательно, экзоспективный анализ моторики должен учитывать тип тревоги, контекст ситуации и индивидуальные стратегии совладания. Формализация моторных паттернов — один из наиболее перспективных, но и наиболее уязвимых участков экзоспекции: перспектива здесь состоит в высокой частоте наблюдаемых сигналов, уязвимость — в риске интерпретировать особенности темперамента, нейроразвития или соматического состояния как маркеры психопатологии.

Когнитивно-поведенческая компонента тревоги проявляется в специфической организации внимания и мышления. В классических моделях тревоги показано смещение внимания в сторону угрозы, повышенная чувствительность к неопределенности и склонность к катастрофизации (Beck, Emery, & Greenberg, 1985). В экзоспекции это может проявляться в речевых и поведенче-

ских признаках: увеличении количества уточняющих вопросов, поиске гарантий, повторении одних и тех же тем, в ускорении речи или, напротив, в блокировках при необходимости выбора. Однако здесь вновь возникает риск смешения с личностными особенностями и с ситуационными факторами. Поэтому экзоспективная система должна оценивать не отдельные речевые маркеры, а их устойчивую связь с физиологической реактивностью и с избеганием. Например, когнитивная тревога, не сопровождаемая заметной физиологической активацией, может быть выражена через руминации, бессонницу и снижение когнитивной эффективности; физиологическая тревога, наоборот, может проявляться в телесных симптомах и панических эпизодах при относительно бедном вербализованном содержании. Экзоспекция способна различать эти два профиля, если анализ строится на связности каналов данных, а не на доминировании одного канала.

Важнейший для экзоспекции вопрос — это различение тревоги как состояния и тревоги как расстройства. Тревога как универсальная эмоция выполняет адаптивную функцию, мобилизуя ресурсы для избегания угрозы и планирования действий. Патологическая тревога определяется не интенсивностью как таковой, а несоразмерностью, длительностью, устойчивостью и нарушением функционирования. Здесь становится необходимым временной критерий. В генерализованной тревоге паттерн обычно имеет хронический характер и выражен как длительная когнитивная и соматическая напряженность; в паническом расстройстве паттерн эпизодический, но с выраженной постэпизодической тревогой ожидания; при фобиях паттерн ситуативен и тесно связан с избеганием; при ПТСР паттерн триггерный и связан с травматическими напоминаниями и гиперугрозностью. Экзоспекция должна уметь распознавать именно эти временные формы: хронический фон, эпизодические вспышки, ситуационную зависимость и триггерную связанность. В этом смысле паттерны тревоги являются, по сути, временными сигнатурами, которые могут быть описаны статистически и сопоставлены с клиническими категориями МКБ-10/11, хотя окончательная классификация остаётся клиническим актом.

Дифференциально-диагностическая ценность физиологических и поведенческих паттернов тревоги проявляется через сопоставление с депрессией, психотическими состояниями, соматическими заболеваниями и побочными эффектами препаратов. Например, тахикардия, тремор и потливость могут быть следствием гипертиреоза или отмены седативных средств; нарушения сна могут быть связаны с депрессией или апноэ сна; гиперактивность может быть проявлением гипомании, а не тревоги. Для экзоспекции это означает необходимость принципа «внешней валидации»: любые выводы о тревоге должны быть сопряжены с вопросом о соматических и фармакологических факторах. В идеале экзоспективная модель должна включать слой медицинского контекста: наличие сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринных нарушений, употребление кофеина и алкоголя, применение антидепрессантов, антипсихотиков, нормотимиков и анксиолитиков, а также их динамику. Без этого слоя экзоспек-

ция будет склонна к ложноположительным выводам, особенно в популяции с высокой соматической нагрузкой.

Экзоспекция тревоги имеет также важное прогностическое измерение. Клинически наиболее значимыми являются показатели устойчивости и восстанавливаемости регуляции. Если тревожные реакции возникают часто и организм долго возвращается к базовой линии, это повышает риск хронизации, коморбидной депрессии, злоупотребления веществами и соматизации. Если же реактивность высока, но восстановление быстрое и сон сохраняется, прогноз обычно лучше. Такие параметры не требуют сложной «психиатрической интерпретации» и могут быть описаны как свойства регуляторной системы: чувствительность к стрессорам, скорость восстановления, ночная стабилизация, устойчивость циркадного ритма. В экзоспективной модели они становятся ключевыми для мониторинга эффективности лечения: терапия, медикаментозная или психотерапевтическая, должна приводить не только к снижению субъективной тревоги, но и к нормализации паттернов восстановления, что отражается в стабилизации сна, снижении частоты вспышек реактивности и уменьшении избегания. В этом смысле экзоспекция может приблизить психиатрию к измерительной дисциплине, не подменяя феноменологию, а дополняя её динамической физиологией (Selye, 1956; Thayer et al., 2012).

Однако именно в тревоге наиболее заметны этические риски экзоспекции. Тревожные пациенты склонны к гиперконтролю, к поиску уверенности и к повторным проверкам. Если экзоспективная система предоставляет постоянные индикаторы «уровня тревоги», она может непреднамеренно усиливать патологический цикл, превращаясь в объект ритуальной проверки. Следовательно, дизайн экзоспективных инструментов для тревоги должен быть клинически «мудрым»: он должен снижать неопределенность через структурированную обратную связь, но не создавать бесконечный поток сигналов, провоцирующих тревогу ожидания. Оптимальной представляется модель, где данные агрегируются в интервалы, обсуждаются с врачом, связываются с терапевтическими задачами и интерпретируются в контексте жизни пациента, а не предъявляются как «сырой биометрический приговор». Этот принцип напрямую связан с границами ответственности экзоспекции, о которых говорилось в начале монографии: внешний наблюдатель может измерять, но не должен доминировать над субъективным опытом и автономией пациента.

Итак, физиологические и поведенческие паттерны тревоги в экзоспективной модели следует понимать как многоканальную временную структуру, включающую автономную реактивность, дыхательные и соматические корреляты, нарушения сна, динамику активности, избегание и когнитивно-речевые проявления. Каждый канал в отдельности не является биомаркером тревоги и не может служить основанием диагноза. Но связность каналов, их повторяемость, контекстная обусловленность и влияние на функционирование формируют профиль, который может существенно повысить точность клинических гипотез и качество мониторинга лечения. Экзоспекция, примененная к тревоге строго и методологически дисциплинированно, не устраняет клиническую фе-

номенологию, а делает её измеримой во времени, тем самым открывая путь к более воспроизводимой диагностике и к более ответственной, персонализированной профилактике хронизации тревожных расстройств (Beck et al., 1985).

Глава 13. Психотические расстройства

13.1. Расстройства шизофренического спектра

Переход от тревожных и стресс-связанных расстройств к психотическим состояниям принципиально меняет сам объект экзоспекции. Если при тревоге внешний наблюдатель в первую очередь сталкивается с дисрегуляцией возбуждения и с нарушениями восстановительных режимов, то при расстройствах шизофренического спектра центральной становится иная ось: распад или качественное искажение тех процессов, которые обеспечивают согласование субъективного опыта с межсубъективной реальностью, то есть с тем, что в клинической традиции обозначается как реальность-тестинг, формальная организация мышления, прагматика речи, социальная семантика поведения и структура «Я» как носителя переживаний (Jaspers, 1913). Именно здесь экзоспекция приобретает одновременно наибольшую надежду и наибольшую опасность: надежду — потому что многие феномены психоза имеют внешние, наблюдаемые корреляты в речи, мимике, моторике и социальной интеракции; опасность — потому что эти корреляты легко спутать с культурными особенностями, с нейроразвитием, с последствиями травмы или с интоксикациями, а ошибочное заключение в зоне психоза имеет крайне высокую цену как в клинике, так и в судебной практике.

Исторически понятие шизофрении сформировалось как попытка описать не набор случайных симптомов, а специфический тип нарушения психической интеграции. Крепелин видел в *dementia praecox* прежде всего закономерную траекторию расстройства с тенденцией к дефекту, то есть к стойким изменениям личности и функционирования (Kraepelin, 1919). Блейлер, вводя термин *schizophrenia*, переносит акцент на «расщепление» психических функций и подчеркивает фундаментальные, «основные» нарушения — ассоциативной связности, аффективной модуляции, амбивалентности и аутизации, не сводимые к единичным продуктивным феноменам (Bleuler, 1911). Шнейдер позднее предлагает перечень «первого ранга» как клинический ориентир, но уже в середине XX века становится ясно, что эти признаки полезны эвристически и феноменологически, однако не являются ни специфическими, ни универсальными, особенно в популяциях с разной культурой выражения и при смешанной психопатологии (Schneider, 1959). Для экзоспекции этот исторический путь важен методологически: он напоминает, что психотическое расстройство нельзя редуцировать ни к галлюцинациям, ни к бреду, ни к кататонии. Речь идет о профиле, включающем сочетание продуктивных, негативных и когнитивных изменений, которые образуют особую динамическую конфигурацию.

Современные классификации сохраняют идею спектра, но уточняют ее границы и структуру. В МКБ-10 психотические расстройства шизофренического круга представлены группой F20–F29, включающей шизофрению, шизотипическое расстройство, устойчивые бредовые расстройства, острые и транзиторные психотические расстройства, шизоаффективные расстройства и ряд других категорий. В МКБ-11 вводится более унифицированный блок первичных психотических расстройств, где шизофрения и родственные состояния описываются через сочетание доменов симптоматики и через требования к длительности и функциональному снижению; при этом усиливается акцент на измерении выраженности симптомов и на клинической спецификации, а не на «жестких» подтипах, которые в МКБ-10 имели ограниченную прогностическую ценность и низкую устойчивость во времени. Для экзоспективной диагностики это означает следующее: система внешнего наблюдения должна быть ориентирована не на классификацию «по этикетке», а на распознавание доменных нарушений и их устойчивых конфигураций, сопоставимых с критериями МКБ-10/11, а затем — на поддержку клинического решения врача.

В рамках экзоспекции наиболее доступным каналом данных при расстройствах шизофренического спектра становится речь, поскольку мышление при психозе проявляется прежде всего в организации высказывания, в логике переходов, в структуре референции и в прагматике диалога. Классическая психопатология описывает формальные нарушения мышления как расстройства ассоциативного процесса, ведущие к разрыхлению связности, соскальзываниям, разорванности, паралогике и своеобразным неологизмам, однако экзоспекция должна перевести эти феномены в измеряемые параметры, не теряя клинического смысла (Bleuler, 1911; Andreasen, 1979). На уровне внешнего наблюдения это выражается в изменении когерентности нарратива, в нарушении причинно-следственных связей, в нестабильности референции («кто», «что», «почему»), в необычной частоте метафор, в смещении тем без переходов, в изменении латентности ответа и в нарушении диалогической адаптации, когда пациент не калибрует речь под предполагаемое знание собеседника. Особое значение имеет прагматика: психотический дискурс может сохранять грамматическую правильность, но утрачивать социальную уместность, что проявляется в странности ассоциаций, в «смысловой автономности» речи и в снижении чувствительности к обратной связи.

Однако экзоспекция речи при психозе неизбежно сталкивается с фундаментальным ограничением: «странность» языка не тождественна психозу. Нейроразвитие, аутизм, высокий уровень абстрактного мышления, культурные идиомы, билингвизм, а также интоксикации и неврологические заболевания могут менять речевые паттерны. Поэтому внешняя система не должна искать «шизофренические слова», а должна оценивать согласованность речи с контекстом, устойчивость изменений во времени и их сопряженность с другими каналами — аффективной экспрессией, социальной интеракцией, поведенческой дезорганизацией и функциональным снижением (Jaspers, 1913). Иначе говоря, экзоспекция обязана строиться на принципе конвергенции: признаки речи ста-

новятся значимыми, когда они системно подтверждаются другими проявлениями и когда они образуют устойчивую траекторию.

Вторым ключевым экзоспективным измерением является негативная симптоматика, которая в клинической реальности часто определяет исход, степень инвалидизации и качество жизни в большей мере, чем продуктивные симптомы. Негативные симптомы включают снижение мотивации, обеднение аффекта, алогию, ангедонию и социальную отгороженность; их феноменология описывалась как «дефицитарная» линия шизофрении и как нарушение волевой и эмоциональной энергетики личности (Kraepelin, 1919; Andreasen, 1982). Экзоспективная специфика здесь в том, что негативные симптомы не «видны» как яркие события, они проявляются в статистике повседневности: сокращении социальной активности, уменьшении разнообразия поведения, падении инициативы, снижении амплитуды мимики и жестов, обеднении просодии, сужении интересов и исчезновении спонтанных целей. В отличие от тревоги, где наблюдается гиперактивация и избегание, при негативной симптоматике чаще формируется профиль «психической тишины» — редкие контакты, малое число коммуникативных актов, короткие ответы, низкая вариативность поведенческого репертуара. Экзоспекция способна фиксировать эти параметры как изменения частоты, длительности и разнообразия поведения, но интерпретация вновь требует клинической осторожности: депрессия, зависимость, деменция, побочные эффекты антипсихотиков и социальная депривация могут имитировать дефицит.

Третье измерение — поведенческая дезорганизация и нарушения социальной интеракции. В классических описаниях шизофрении и родственных психозов указывалось на несоответствие поведения ситуации, на странность, на неадекватность эмоциональных реакций и на специфическую «аутизацию» как уход в автономный внутренний мир (Bleuler, 1911; Minkowski, 1927). Экзоспективно это проявляется в снижении способности к социальному «таймингу»: пациент отвечает слишком поздно или слишком рано, перебивает или, напротив, выпадает из диалога; неверно интерпретирует намерения собеседника; демонстрирует аффективную плоскость или несоразмерный аффект; нарушает нормы дистанции и контакта. При этом крайне важно, чтобы экзоспекция не подменяла клиническую оценку «странности» алгоритмическим ярлыком. Корректный подход состоит в анализе устойчивых отклонений относительно собственной базовой линии пациента и относительно социального контекста, а также в сопоставлении с функциональным снижением, поскольку именно функциональная деградация и несоответствие поведения требованиям реальной жизни являются одним из ключевых критериев клинической значимости в современных классификациях.

Особое место в спектре занимают кататонические феномены, поскольку они наиболее «телесны» и, казалось бы, наиболее доступны внешнему измерению. Однако кататония в современной клинической картине часто имеет смешанную этиологию и встречается не только при шизофрении, но и при аффективных расстройствах, при интоксикациях и при соматических состояниях, что

существенно усложняет экзоспективную интерпретацию. Внешний наблюдатель может фиксировать ступор, мутизм, восковую гибкость, негативизм, возбуждение, стереотипии, эхофеномены, но смысл этих данных возникает только в клиническом контексте, включающем витальные показатели, медикаменты и неврологический статус. Поэтому экзоспекция в зоне кататонии должна быть прежде всего инструментом мониторинга риска и динамики состояния, а не классификатором нозологии.

Важнейшая современная проблема шизофренического спектра — раннее распознавание и продромальные состояния. Клиническая практика показывает, что продуктивный психоз часто является «поздним» событием на фоне длительных изменений в когнитивной эффективности, социальной активности, эмоциональной резонансности и самоорганизации. Концепции высокого риска психоза и продрома развивались как попытка идентифицировать траекторию до манифеста, однако их диагностическая точность ограничена, а риск стигматизации крайне высок. Именно здесь экзоспекция должна проявить максимальную дисциплину: вместо «предсказания шизофрении» более корректно говорить о выявлении неблагоприятных траекторий — ускоряющегося функционального снижения, нарастающей социальной изоляции, ухудшения сна, когнитивной дезорганизации и увеличения странностей восприятия, которые требуют клинического осмотра и дифференциальной диагностики. Экзоспекция может быть полезна как система раннего предупреждения и как средство объективирования динамики, но она не имеет права становиться механизмом «алгоритмического диагноза» в продроме, поскольку ошибка здесь не только медицинская, но и социальная.

Отдельно следует подчеркнуть, что расстройства шизофренического спектра являются примером области, где экзоспекция должна работать не как «замена психопатологии», а как формализация ее наблюдаемой части. Психопатология, начиная с Ясперса, различает объяснение и понимание; в психозе понимание субъективного опыта ограничено, а объяснение требует опоры на внешние признаки и на последовательность наблюдений (Jaspers, 1913). Экзоспекция продолжает эту линию, но делает её измерительной: она превращает наблюдение в временной ряд, клиническое впечатление — в документируемый профиль, а отдельные описания — в сопоставимую структуру данных. Однако экзоспекция никогда не может «увидеть» бред как таковой; она видит лишь его речевые и поведенческие последствия, и поэтому всегда будет нуждаться в клиницисте, который способен уточнить содержание переживаний, степень критики и юридически значимые аспекты мышления и мотивации.

В рамках МКБ-10/11 ключевой практический вывод для экзоспективной модели заключается в необходимости различать домены симптоматики и их сочетания. При шизофрении чаще обнаруживается характерная комбинация формальных нарушений мышления, продуктивных переживаний и негативных изменений с функциональным снижением и с определенной длительностью. При шизоаффективных состояниях домены психоза и аффективной симптоматики тесно переплетены во времени и требуют другой логики мониторинга. При ши-

зотипическом расстройстве и в ряде мягких спектральных форм на первый план выходят устойчивые особенности мышления и социального поведения без развернутого психоза. Экзоспекция должна быть способна фиксировать, какие домены активны, как они меняются, как они связаны между собой и как они влияют на функционирование, но финальная нозологическая интерпретация остается за врачом, поскольку она опирается на клинический контекст, соматическое обследование, токсикологию, анамнез и на юридическую ситуацию.

Завершая данный раздел, следует подчеркнуть, что расстройства шизофренического спектра предъявляют к экзоспекции максимальные требования: к контекстности, к многоканальности, к динамическому анализу и к этической осторожности. Там, где тревога позволяет относительно быстро увидеть физиологическую дисрегуляцию, психотические расстройства требуют распознавать изменения структуры коммуникации и организации опыта, которые могут быть тонкими, культурно опосредованными и многозначными. Поэтому успешная экзоспекция в данной области возможна лишь как часть клинического контура: как инструмент объективирования наблюдения, поддержки мониторинга и повышения воспроизводимости описаний, но не как автономный судья реальности. Этот принцип особенно важен для последующих подразделов, где будут рассмотрены бред и галлюцинации, критика и динамика психотических состояний, то есть те зоны, где внешние маркеры тесно переплетены с внутренним миром и где риск методологической самоуверенности наиболее высок (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913).

13.2. Бред, галлюцинации и реальность-тестинг

В психотических расстройствах именно продуктивные феномены — бред, галлюцинации и связанные с ними нарушения проверки реальности — традиционно воспринимаются как наиболее «очевидные» признаки болезни. Однако для экзоспекции эта очевидность обманчива. В отличие от лабораторного параметра, продуктивный симптом не является напрямую наблюдаемой величиной: он существует как субъективный опыт или как убеждение, и становится доступным внешнему наблюдателю лишь через производные проявления — речевые конструкции, поведенческие решения, особенности взаимодействия с людьми, а также через характер реакций на попытки коррекции и верификации. Поэтому экзоспективное описание бреда и галлюцинаций должно начинаться с фундаментального методологического разграничения: между самим феноменом и его внешним «следом»; между клиническим смыслом и статистической регулярностью; между содержанием переживания и формой его выражения (Jaspers, 1913). В противном случае экзоспекция рискует повторить историческую ошибку «симптомоцентризма», когда набор ярких признаков подменяет системное понимание психоза.

Феноменологически бред определяется не просто как ложное убеждение, а как патологическая уверенность, обладающая субъективной очевидностью и устойчивостью к контраргументам, при этом часто включающая изме-

нение смысловой структуры мира и самоотношения. Ясперс подчеркивал, что бредовые идеи нельзя адекватно вывести из жизненной ситуации и психологически «понять» в обычном смысле; они относятся к области «непостижимого» (Unverständlichkeit), что и придает им диагностическую значимость (Jaspers, 1913). Современная клиническая психопатология, развивая эту линию, различает бредовое восприятие, бредовую интерпретацию, систематизированный и не-систематизированный бред, а также динамику, когда бред возникает как попытка когнитивной стабилизации хаотизирующегося опыта. Экзоспекция не должна устранять эти различия, потому что именно они определяют прогноз, уровень риска и структуру вмешательства. Но экзоспекция должна перевести их в наблюдаемые индикаторы, сохранив феноменологическую «метку»: не содержание само по себе, а способ построения убеждения и его функциональные последствия.

Принципиально важно отметить, что в классификациях МКБ-10/11 продуктивные симптомы выступают как критерии психотического расстройства, но их диагностическая роль всегда контекстна. В МКБ-10 для шизофрении и ряда психозов существенны специфические сочетания бреда, галлюцинаций, расстройств мышления и негативных симптомов с определенной длительностью и влиянием на функционирование. В МКБ-11 сохранена центральность продуктивных феноменов, но усилена идея доменной оценки и клинической спецификации, а также более отчетливо подчеркивается необходимость дифференциальной диагностики с аффективными расстройствами, расстройствами развития, интоксикациями и органическими состояниями. Для экзоспекции это означает, что фиксировать «признаки бреда» вне оценки длительности, контекста, аффективного фона и функционального снижения методологически недостаточно. Внешний наблюдатель должен строить профиль, а не ярлык.

Переходя к галлюцинациям, следует исходить из того, что сами по себе они также не эквивалентны психозу, хотя при расстройствах шизофренического спектра они часто приобретают характер, тесно связанный с нарушениями реальность-тестинга. Феноменологические различия — модальность (слуховая, зрительная, тактильная), степень субъективной реальности, локализация, диалогичность, императивность, эмоциональная окраска — определяют клиническую опасность и тип психопатологической организации состояния. Слуховые вербальные галлюцинации, особенно комментирующие и императивные, имеют особый клинический вес в традиции описания шизофрении и остаются значимыми критериями в практической диагностике (Bleuler, 1911). Однако с точки зрения экзоспекции ключевой вопрос иной: какие внешние маркеры с достаточной надежностью указывают на наличие галлюцинаторного опыта, не сводя его к поведенческой «странности»?

Экзоспективный подход требует рассматривать галлюцинации как событие в потоке поведения и коммуникации. Внешний «след» галлюцинаций проявляется, во-первых, в изменении распределения внимания: человек начинает реагировать на неочевидные стимулы, «прислушиваться», резко менять направление взгляда, делать паузы в речи, как будто ожидая внешнего сообще-

ния. Во-вторых, в изменении речевого поведения: появляются внезапные остановки, ответы «не туда», реплики, не соотнесенные с контекстом беседы, или, напротив, попытки скрыть происходящее путем уклончивых формулировок и избегания темы. В-третьих, в изменении аффекта: эмоция может не соответствовать ситуации беседы, но соответствовать внутреннему событию, например страху или раздражению, вызванному «голосом». Наконец, в повышении поведенческой настороженности и в модификации моторики, когда пациент перестраивает действия так, чтобы «справиться» с внутренним воздействием. Эти признаки сами по себе неспецифичны и могут наблюдаться при тревоге, диссоциации, интоксикации, неврологических состояниях. Поэтому экзоспективная система обязана работать с вероятностями, связывая признаки с их временной стабильностью, контекстом и сопряженностью с другими доменами психопатологии, а также со сведениями о соматическом и токсикологическом фоне.

Реальность-тестинг как концепт соединяет бред и галлюцинации в единую ось — нарушение способности сопоставлять внутренние переживания и интерпретации с внешними фактами, социальными подтверждениями и логикой причинности. В психодинамической традиции проверка реальности рассматривалась как функция «Я», обеспечивающая разграничение внутреннего и внешнего и регулирующая импульсы и фантазии (Freud, 1924). В когнитивной психиатрии реальность-тестинг связывают с ошибками атрибуции, с нарушениями источникового мониторинга (source monitoring), с дисфункцией предсказательного кодирования и с нарушениями интеграции сенсорных сигналов и ожиданий (Frith, 1992; Fletcher, Frith, 2009). Для экзоспекции ценность этой оси состоит в том, что «проверка реальности» может быть описана через наблюдаемые операции, а не только через содержание убеждений. Человек с сохранным реальность-тестингом, сталкиваясь с сомнительным событием, склонен проверять гипотезы, допускать неопределенность, обращаться к внешним источникам подтверждения и менять мнение при появлении убедительных данных. При нарушенном реальность-тестинге наблюдается противоположная динамика: гипотеза быстро превращается в убеждение, альтернативы отвергаются, а факты перерабатываются в пользу исходной интерпретации, что формирует замкнутую, самоподдерживающуюся систему объяснения.

Экзоспективно это выражается в особенностях аргументации и диалога. Прежде всего меняется структура причинности: события связываются не через вероятностные и проверяемые механизмы, а через скрытые намерения, «знаки», преследование, воздействие или особую миссию. Далее меняется отношение к контраргументам: они не ослабляют убеждение, а интерпретируются как часть заговора или как доказательство собственной правоты. Меняется и социальная семантика: нормальная «эпистемическая доверчивость», то есть способность принимать надежные сообщения от других людей и институций, разрушается или становится избирательной, что ведет к парадоксальной комбинации гиперподозрительности и доверия к случайным источникам. Важно, что эти признаки могут быть выявлены в речевом материале без прямого обсуждения бредового содержания: достаточно анализировать стиль убеждения, устойчивость к опро-

вержениям и характер ссылок на источники знания. Тем самым экзоспекция получает возможность работать мягко и этически аккуратно, фиксируя структуру реальность-тестинга, а не провоцируя пациента на раскрытие уязвимых переживаний.

Однако здесь возникает ключевая методологическая проблема: граница между бредом и сверхценными идеями, между психотической убежденностью и культурно разделяемыми убеждениями, а также между патологической и нормальной подозрительностью часто тонка и подвержена влиянию контекста. История психиатрии знает множество примеров, когда культурные или политические идеи ошибочно интерпретировались как патологические, а личностные особенности — как психоз. Поэтому экзоспекция обязана включать процедуру контекстной нормализации: оценка должна учитывать культурную среду, социополитический контекст, религиозные практики, уровень образования и типичный стиль коммуникации пациента. В противном случае система неизбежно будет воспроизводить диагностические предубеждения и усиливать стигму, что противоречит самой заявленной цели экзоспекции как инструмента объективирования и стандартизации.

В рамках шизофренического спектра отдельного внимания заслуживает феномен бредообразования как процесса. Классические описания выделяли «бредовое настроение» и постепенное изменение отношения к миру, когда привычные значения утрачивают очевидность, а события приобретают тревожную, «намекающую» окраску. Этот этап особенно важен для экзоспекции, поскольку он может проявляться как изменение повседневного поведения и коммуникации задолго до развернутого бреда: растет настороженность, снижается социальная активность, появляются уклончивые ответы, меняется стиль объяснений, усиливается поиск скрытых смыслов. В терминах современной когнитивной науки это может быть связано с нарушением предсказательного кодирования и с ростом «салентности» случайных стимулов, когда нейтральные события начинают восприниматься как чрезмерно значимые (Карп, 2003). Экзоспекция, ориентированная на динамику, может фиксировать ускорение этого процесса как изменение распределения внимания, как рост тематической монотонности речи, как сужение поведенческого репертуара и как появление повторяющихся паттернов интерпретации. Но эти данные должны рассматриваться не как «ранняя шизофрения», а как сигнал клинической необходимости: приглашение к очной феноменологической оценке, соматическому обследованию и дифференциальной диагностике.

Галлюцинации также имеют динамику, и экзоспекция может быть особенно полезна именно в мониторинге. Клинически важно не только наличие галлюцинаций, но и их частота, длительность, императивность, эмоциональная валентность и степень контроля. Внешний наблюдатель способен фиксировать прокси-показатели этих параметров: частоту эпизодов «выпадения» из разговора, изменения темпа речи и латентности ответа, рост поведенческого избегания определенных ситуаций, увеличение ночной активности или нарушения сна, которые часто усиливают психотические переживания. При наличии согласо-

ванного саморепорта (например, кратких отметок пациента о субъективной интенсивности) экзоспективная система способна связать внешние и внутренние данные, получая динамическую карту состояния. Но принципиально важно, что без добровольного участия пациента и без клинического контекста такие выводы становятся спекулятивными, а потому в этическом смысле опасными.

Особая зона риска — различие истинных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, навязчивых образов и диссоциативных феноменов. В российской и европейской традиции эти различия обсуждались особенно подробно; в англоязычной психиатрии границы формулируются иначе, но проблема остается: субъективная реальность переживания и его «локализация» могут варьировать, а внешне наблюдаемое поведение может быть сходным. Экзоспекция, не имея доступа к феноменологическим нюансам, должна действовать строго ограничено: она может выявить паттерн несоответствия внешней ситуации и реакции, но тип переживания и его психопатологическая принадлежность определяет только клиническое интервью. В этом смысле экзоспекция здесь выступает как инструмент триажа и мониторинга, а не как средство окончательной феноменологической квалификации.

Рассматривая реальность-тестинг в широком смысле, необходимо учесть и когнитивное измерение: психотические переживания тесно связаны с нарушениями метакогниции, то есть с тем, как человек оценивает надежность собственных мыслей, воспоминаний и восприятия. Исследования когнитивных искажений при бреде описывают тенденцию к «поспешным выводам» (*jumping to conclusions*), к повышенной уверенности при недостатке данных и к специфическим ошибкам вероятностного вывода, что делает убеждения менее чувствительными к коррекции (Garety, Freeman, 1999). Экзоспекция может фиксировать эти тенденции через структуру аргументации в диалогах и через реакции на стандартные проверочные вопросы, но вновь — только как вероятностный профиль. Сильная сторона экзоспекции здесь в возможности стандартизации: если у пациента в разное время и в разных контекстах наблюдается одинаковый стиль поспешного вывода и одинаковая резистентность к проверке, это повышает достоверность гипотезы о нарушении реальность-тестинга как устойчивой функции, а не как ситуативной реакции на стресс.

В клинической и особенно судебной перспективе критично, что бред и галлюцинации могут быть скрываемыми феноменами. Пациент может не рассказывать о «голосах» из страха госпитализации, может избегать раскрытия бредовых убеждений, может демонстрировать внешне упорядоченное поведение, особенно при систематизированном бреде и сохранной когнитивной организации. В таких случаях экзоспекция иногда кажется привлекательной как «неподкупный наблюдатель». Но именно здесь возникает опасность гиперинтерпретации: отсутствие явных маркеров не доказывает отсутствия психоза, а наличие косвенных маркеров не доказывает его наличия. Поэтому корректная роль экзоспекции состоит в создании условий для клинической проверки: она может показать, что в поведении есть устойчивые несоответствия, требующие очной оценки, но не может заменить феноменологическую диагностику. В су-

дебной практике это требование становится особенно строгим, поскольку любые выводы о психотическом состоянии должны быть верифицируемыми, воспроизводимыми и юридически обоснованными, а алгоритмические предположения без клинического подтверждения не соответствуют стандарту доказательности.

Следовательно, экзоспективная модель в отношении бреда, галлюцинаций и реальность-тестинга должна строиться как многоуровневая система гипотез. На первом уровне фиксируются внешние аномалии коммуникации и поведения: странности причинности, нарушения диалогической адаптации, эпизоды отвлечения, необычные реакции на нейтральные стимулы, изменения аффекта без видимой причины. На втором уровне анализируется их устойчивость, контекстная зависимость и сопряженность с функциональным снижением и с другими доменами психопатологии. На третьем уровне формируется клинически ориентированная гипотеза о вероятности психотического механизма и о том, какие вопросы следует задать в интервью, какие обследования назначить, какие риски оценить. Эта логика сохраняет ключевой принцип экзоспекции: она не «выносит диагноз», а повышает структурированность наблюдения и снижает вероятность пропуска опасных траекторий.

Важным итогом данного раздела является понимание, что экзоспекция, будучи внешним наблюдением, наиболее сильна не в распознавании содержания бреда или в «детекции голосов», а в измерении функций, которые обеспечивают реальность-тестинг: способности удерживать неопределенность, проверять гипотезы, корректировать убеждения, соотносить свои интерпретации с общими правилами причинности и с социальным подтверждением. Именно функциональная оценка делает экзоспекцию не просто технологией «поиска странностей», а инструментом, совместимым с клинической психопатологией и с требованиями МКБ-10/11, где симптом важен в структуре и длительности, а не как единичный яркий факт.

Продолжение логически требует перейти к следующей подглаве — 13.3. Экзоспективная оценка критики, поскольку именно критика (*insight*) является тем мостом, который связывает продуктивные переживания с практическими решениями: обращением за помощью, соблюдением терапии, риском конфликтов и юридически значимых поступков.

13.3. Экзоспективная оценка критики

Понятие «критики» в клинической психиатрии исторически занимает промежуточное положение между феноменологией и практикой: с одной стороны, оно относится к внутренней позиции человека по отношению к переживаемым симптомам и к своему состоянию в целом, с другой — имеет прямые последствия для поведения, комплаенса, риска и юридически значимых решений. Уже в классической традиции психопатологии критика понималась не как абстрактная «согласованность с врачом», а как способность различать субъективное и объективное, удерживать сомнение и признавать возможность болез-

ненного происхождения необычных переживаний (Jaspers, 1913). В этом смысле критика тесно связана с реальность-тестингом, но не совпадает с ним: человек может в отдельных ситуациях сохранять формальную проверку реальности, оставаясь при этом убежденным в ненормативной интерпретации событий, и, наоборот, может частично признавать болезненность состояния, не обладая устойчивыми навыками проверки реальности. Экзоспекция, претендующая на роль внешнего наблюдателя, неизбежно сталкивается с вопросом: возможно ли оценивать критику без прямого доступа к внутреннему переживанию, не превращая эту оценку в суррогат и не подменяя ее социально желаемыми ответами?

Ответ на этот вопрос требует методологической перестройки самого понятия критики в экзоспективной модели. Традиционная клиническая беседа получает сведения о критике через самоописание: «понимаете ли вы, что больны?», «допускаете ли, что это симптомы?», «считаете ли нужным лечиться?». Экзоспекция, напротив, должна опираться на поведенческие и речевые индикаторы, в которых критика проявляется как функция, то есть как способ обращения с собственными состояниями и убеждениями. Такой подход сближает клиническую психиатрию с когнитивной наукой, где инсайт рассматривается как сложная метакогнитивная способность: мониторинг собственных ошибок, переоценка уверенности, гибкость в пересмотре гипотез, способность принимать внешнюю обратную связь и строить планы на основании признанных ограничений (Beck, Varuch, Balter, Steer, Warman, 2004). Именно метакогнитивное измерение делает критику потенциально наблюдаемой извне: не потому, что наблюдатель «видит» внутреннее признание болезни, а потому, что он фиксирует операции сомнения и проверки, присутствующие или отсутствующие в речи и действиях.

В клинической практике, в том числе в рамках МКБ-10/11, критика не является отдельным диагнозообразующим критерием для большинства психотических расстройств, но выступает как важнейшая спецификаторная характеристика состояния и как фактор, определяющий тяжесть, риск и тактику лечения. В МКБ-11, где усиливается внимание к оценке функционирования и к клиническим доменам, критика выступает как часть более широкой картины: она связана с выраженностью психотических симптомов, с уровнем дезорганизации, с сопутствующими аффективными и когнитивными нарушениями, а также с социальными последствиями. Экзоспекция должна сохранять эту системность, иначе оценка критики превратится в бинарный суррогат «есть/нет», который исторически показал свою клиническую несостоятельность. На самом деле критика всегда континуальна, динамична и многокомпонентна: человек может признавать наличие симптомов, но не признавать их болезненной природы; может признавать болезнь, но отвергать необходимость лечения; может принимать лечение, но отвергать конкретный диагноз; может демонстрировать инсайт в спокойном состоянии и утрачивать его при обострении.

Экзоспективная модель вынуждена разложить критику на функции, наблюдаемые через поведение. Первая функция — эпистемическая гибкость:

способность допускать альтернативы и не превращать гипотезу в абсолютную уверенность без достаточных оснований. В речи это проявляется в наличии модальности сомнения и вероятностного языка, в готовности уточнять факты, а не немедленно интерпретировать их как доказательства. Вторая функция — готовность к проверке: стремление сопоставлять свои выводы с внешними источниками, обращаться к людям и институтам как к возможным корректорам ошибок, признавать значимость процедур верификации. Третья функция — метакогнитивный мониторинг: способность замечать собственные когнитивные сбои, непоследовательности, противоречия и эмоциональные влияния на решения. Четвертая функция — регуляторная: готовность ограничивать поведение, исходя из признанного риска ошибочности своих убеждений, то есть способность сказать себе «я могу ошибаться, поэтому я не буду действовать так, как будто это несомненный факт». Эти функции могут быть частично независимы и потому требуют отдельного наблюдения.

Однако экзоспекция сталкивается с принципиальной трудностью: критика является не только когнитивной, но и социально обусловленной категорией. Во многих ситуациях пациент может демонстрировать «вербальную критику», то есть правильные формулировки, которые ожидает врач, но сохранять поведенческую приверженность бредовой системе. И наоборот, пациент может отказываться от медицинского языка, но фактически демонстрировать высокую степень саморегуляции и осторожности, что функционально эквивалентно сохранной критике. Поэтому экзоспекция должна различать декларативный и операциональный инсайт. Декларативный инсайт — это то, что человек говорит о своем состоянии; операциональный — то, как он действует в условиях неопределенности и обратной связи. Такое различие соответствует клиническим наблюдениям о том, что инсайт может быть «интеллектуальным» (понимание диагноза) и «эмоциональным» (принятие его значимости), а также «прагматическим» (поведенческая приверженность лечению и ограничениям) (Amador, David, 1998). Экзоспекция, как внешняя система, имеет доступ прежде всего к прагматическому и частично к когнитивному компоненту, но почти не имеет прямого доступа к эмоциональному принятию, что должно быть честно зафиксировано в методологии.

С точки зрения внешних данных критика проявляется через устойчивые паттерны взаимодействия с реальностью и с медицинской системой. Если человек регулярно отказывается от обследования, избегает разговоров о симптомах, прерывает лечение при первых признаках улучшения, обвиняет окружающих в злонамеренности врачей и интерпретирует медицинские вмешательства как угрозу, это является поведенческим индикатором снижения критики, особенно если такие паттерны сохраняются вне острого аффекта и не объясняются культурными или биографическими факторами. Но экзоспективная модель обязана ввести принцип «конкурирующих гипотез»: те же паттерны могут возникать при травматическом опыте медицины, при обоснованном недоверии вследствие социального насилия, при расстройствах личности, при депрессии с выраженной апатией, при зависимостях, а также при когнитивном снижении. Следова-

тельно, экзоспективный вывод должен быть вероятностным и всегда сопровождаться указанием на альтернативы, а также на необходимые клинические проверки.

В рамках психотических расстройств критика тесно связана с феноменом анозогнозии — неврологически и психопатологически обусловленной неспособностью распознать болезнь как факт. Анозогнозия традиционно обсуждалась в неврологии, но в психиатрии приобрела особое значение именно при шизофрении и биполярном расстройстве, где отрицание болезни часто является не защитой, а частью синдрома, связанной с нарушениями метакогниции и фронтальных регуляторных функций (Amador, David, 1998). Экзоспекция здесь может быть особенно ценна как инструмент динамического наблюдения: анозогнозия, как правило, не статична, она флуктуирует, усиливается в обострении и частично уменьшается в ремиссии. Если система фиксирует, что в период стабилизации пациент начинает обсуждать альтернативные объяснения, соглашается на наблюдение и признает необходимость лечения, а в период ухудшения возвращается к абсолютной уверенности и отказу от помощи, это становится важным диагностическим и прогностическим индикатором. При этом экзоспекция должна помнить, что динамика критики может быть не только отражением психоза, но и следствием побочных эффектов лечения, ухудшения сна, употребления психоактивных веществ или межличностных конфликтов, что требует интеграции данных из разных каналов.

Существенным аспектом является связь критики с риском. В клинической и судебной практике критика важна не как интеллектуальная характеристика, а как предиктор поведения. Нарушенная критика повышает вероятность отказа от лечения, конфликтов с семьей и работодателем, риск опасных действий при императивных галлюцинациях или при бреде преследования, а также риск виктимизации самого пациента. Это делает оценку критики ключевой задачей экзоспекции, но одновременно вводит этическое напряжение: чем «сильнее» система пытается оценить риск, тем выше вероятность ложноположительных выводов, стигматизации и неоправданных ограничений. Поэтому экзоспективная оценка критики должна быть встроена в этический каркас, где алгоритмический вывод используется как сигнал к клиническому контакту, а не как самостоятельное основание для принудительных решений. В противном случае экзоспекция утратит легитимность и начнет воспроизводить худшие исторические практики контроля под видом науки.

Методологически экзоспективная оценка критики должна опираться на анализ того, как человек обращается с обратной связью. Это один из наиболее надежных внешних индикаторов. При сохранной критике человек способен, получив информацию о несоответствии своих действий и реальности, корректировать поведение без разрушения самооценки и без ухода в агрессию. При нарушенной критике обратная связь часто вызывает либо тотальное отрицание, либо парадоксальную интерпретацию как подтверждение бредовой системы, либо агрессивное отвержение источника информации. Этот механизм особенно заметен в ситуациях, где обратная связь институциональна: полиция, суд, ме-

дицинские учреждения, социальные службы. Экзоспекция может фиксировать повторяющиеся циклы «конфликт — отрицание — эскалация», но обязана оценивать и контекст: иногда конфликт является следствием реальных нарушений прав пациента или социального давления. Следовательно, экзоспекция должна учитывать асимметрию власти и не сводить любой конфликт с институтами к «симптому».

Важный путь повышения точности — использование стандартизированных диалоговых проб, направленных на выявление метакогнитивных операций, но оформленных так, чтобы не провоцировать пациента и не создавать ощущение допроса. Это может быть серия нейтральных вопросов о повседневных ситуациях, где требуется допущение альтернатив и проверка гипотез, а также обсуждение ошибок памяти, случайных совпадений и вероятностных событий. Такие пробы опираются на известные когнитивные механизмы бредаобразования и позволяют оценивать склонность к поспешным выводам и к сверхуверенности без прямого обращения к бредовым темам (Garety, Freeman, 1999). Экзоспекция, обладая возможностью многократного повторения в разные дни, получает преимущество над разовым интервью: она может оценить стабильность метакогнитивных паттернов и их зависимость от сна, стресса и аффекта. Именно многократность делает экзоспекцию потенциально научным инструментом: она переводит клиническую интуицию в наблюдаемую динамику.

При этом нельзя игнорировать психодинамический аспект критики. Для части пациентов отрицание болезни выполняет функцию защиты от тревоги, стыда и утраты идентичности, а также от стигмы психиатрического диагноза. Фрейд подчеркивал, что отношение к реальности и к признанию болезненного факта может быть искажено не только когнитивно, но и мотивационно (Freud, 1924). В современной клинической психологии признано, что инсайт — это не просто знание, а психологическое событие, требующее возможности переносить неприятную правду о себе и сохранять целостность личности. Экзоспекция, будучи «холодным» наблюдателем, может неверно интерпретировать защитное отрицание как психотическую анозогнозию. Поэтому корректная модель должна включать различие: если человек способен обсуждать гипотетическую возможность болезни в абстрактном виде, но избегает ее эмоционального признания, это может указывать на защитный механизм; если же он полностью неспособен допустить саму возможность ошибочности своих убеждений и демонстрирует устойчивую когнитивную закрытость, это ближе к анозогнозии. Но окончательное различие возможно только в очной клинической работе, что вновь подчеркивает ограниченность экзоспективного вывода.

В контексте МКБ-10/11 важно подчеркнуть, что критика должна оцениваться не изолированно, а в связке с функционированием. В МКБ-11 особое внимание уделяется оценке нарушений в основных жизненных сферах и их связи с симптомами. Для экзоспекции это означает, что снижение критики должно проявляться через объективные последствия: повторяющиеся социальные конфликты, утрату работы, нарушение финансовых обязательств, дезорганизацию бытовой активности, рискованное поведение, ухудшение самоухода. Эти по-

следствия не являются прямыми «симптомами», но они являются тем, что делает психоз клинически значимым. Однако и здесь необходимо избегать логической ошибки: социальная дезадаптация может иметь множество причин, и экзоспекция должна быть осторожна, чтобы не превратить социальное неблагополучие в «доказательство» психотического состояния.

Наконец, экзоспективная оценка критики должна учитывать феномен частичной критики, особенно характерный для шизоаффективных и аффективных психозов, а также для состояний, близких к ремиссии. Частичная критика проявляется в том, что пациент может признавать странность переживаний, но объяснять их внешними факторами; может соглашаться на лечение «для успокоения родственников», но не признавать симптомов; может признавать необходимость сна и снижения стресса, но не признавать психотическую природу убеждений. Для клинициста это не просто диагностическая тонкость: частичная критика — точка входа для терапии, для психообразования и для формирования альянса. Экзоспекция, фиксируя постепенное расширение частичной критики во времени, может помочь врачу оценить эффективность вмешательства и момент, когда возможны более глубокие психотерапевтические стратегии, включая когнитивно-поведенческие подходы к психозу, где работа с убеждениями строится на уважении к опыту пациента и на постепенном расширении альтернатив (Morrison, 2009).

Таким образом, экзоспективная оценка критики должна быть определена как вероятностная реконструкция метакогнитивной и регуляторной функции, проявляющейся в речи и поведении человека во времени. Ее научная ценность заключается не в вынесении «вердикта» о наличии или отсутствии инсайта, а в возможности количественно и динамически описывать устойчивость сомнения, готовность к проверке, чувствительность к обратной связи и способность ограничивать действия в условиях неопределенности. Ее клиническая ценность — в раннем выявлении опасных траекторий, в мониторинге ремиссии и в поддержке решений врача. Ее этическая допустимость — в строгом признании границ: экзоспекция не имеет права заменять феноменологическое интервью, не имеет права подменять собой юридические стандарты доказательности и не имеет права превращаться в инструмент социального контроля под видом «объективности».

Логическим продолжением данного анализа является следующая подглава 13.4. Динамика психотических состояний, где критика будет рассмотрена не как статический признак, а как параметр, изменяющийся в фазах обострения и ремиссии, и где экзоспекция приобретает максимальную практическую значимость именно благодаря длительному наблюдению и работе с временными рядами.

13.4. Динамика психотических состояний

Психотическое состояние в клинической психиатрии никогда не является исключительно «моментальным снимком» симптомов; оно представляет со-

бой процесс, разворачивающийся во времени, имеющий фазность, внутренние переходы и закономерности колебаний, которые важны не меньше, чем собственно бред, галлюцинации или дезорганизация. Уже классическая психопатология подчеркивала, что понимание психоза требует не только описания феноменов, но и реконструкции их становления, поскольку именно динамика — то, как переживание возникает, усиливается, стабилизируется и распадается — позволяет различать нозологические формы, оценивать прогноз и выбирать терапевтическую стратегию (Kraepelin, 1919; Jaspers, 1913). Экзоспективная модель выводит этот тезис на новый уровень, потому что, в отличие от традиционного клинического наблюдения, ограниченного эпизодическими контактами, она потенциально способна фиксировать временные ряды поведенческих, речевых и физиологических параметров. Следовательно, психоз становится наблюдаемым как траектория — с предвестниками, точками перелома, фазой максимальной выраженности и этапом редукции симптоматики.

В рамках МКБ-10/11 психотические расстройства описываются через набор критериев, которые по необходимости статичны: длительность, наличие определенных симптомов, исключение органической или индуцированной природы. Однако клиническая работа всегда опирается на динамические признаки: скорость развития симптомов, наличие продрома, характер ремиссий, связь с аффектом, рецидивность и степень межприступного дефицита. Экзоспекция, если она претендует на инструментальную объективность, должна научиться реконструировать эти динамические характеристики, не подменяя их грубыми метриками вроде «ухудшилось/улучшилось». Для этого требуется понятие «психотической траектории» как многофакторной кривой, включающей как симптоматические, так и функциональные параметры: изменение социальной активности, сна, коммуникации, когнитивной связности речи, эмоциональной экспрессии и уровня критики. Важным становится то, что в традиционной психиатрии называлось «клиническим чутьем» — раннее узнавание надвигающегося обострения — но теперь должно быть переведено в язык измеряемых маркеров и вероятностных моделей.

Ключевой динамический этап психоза — продром. Исторически он описывался как период неспецифических изменений: тревога, раздражительность, нарушения сна, снижение продуктивности, нарастание социальной изоляции, странности мышления и поведения, изменение интересов и самоощущения (Bleuler, 1911; Andreasen, 1984). В современной клинической науке продром рассматривался как зона высокого риска, где задача состоит не в «поймать» психоз по факту, а в распознать траекторию риска и вмешаться до развернутого эпизода (McGorry, Nelson, 2016). Экзоспективная модель особенно применима именно здесь: большинство продромальных признаков не являются специфическими симптомами, но проявляются как устойчивые изменения в рутинных паттернах. Снижение количества и качества коммуникаций, увеличенная латентность ответов, дрейф речевого стиля в сторону неопределенности или, напротив, чрезмерной категоричности, рост ночной активности и фрагментация сна, изменение двигательной экспрессии, повторяющиеся микроконфликты в

социальных взаимодействиях — все это может быть описано как медленное смещение базовой линии. Важна не каждая отдельная «аномалия», а их согласованность во времени: то, что в статистике называют ко-вариацией параметров, а в клинике ощущается как «пациент меняется» задолго до явных психотических феноменов.

Однако именно на продроме возникает главная опасность: неспецифические изменения легко спутать с депрессией, тревожными расстройствами, расстройствами адаптации, употреблением психоактивных веществ, соматическими заболеваниями или социальным кризисом. Поэтому экзоспекция должна изначально строиться как система конкурирующих гипотез и вероятностных сценариев, а не как «детектор психоза». В терминах клинической эпистемологии это означает отказ от категорического вывода в пользу динамической оценки риска, где уровень неопределенности является не дефектом, а частью отчета (Gigerenzer, 2014). Врач, получающий такой отчет, должен видеть не только вероятность психотической декомпенсации, но и альтернативы: аффективная декомпенсация, злоупотребление веществами, тяжелый стресс. В этом заключается принципиальное отличие экзоспекции от попыток автоматического «диагностирования по сигналу»: экзоспекция не заменяет клинического мышления, а инструментально снабжает его данными о траектории.

Следующая фаза — переход к развернутому эпизоду, то есть точка бифуркации, где количественные изменения становятся качественными. Клинически это момент появления устойчивого бредового объяснения, галлюцинаторных переживаний, выраженной дезорганизации или кататонических феноменов. Динамически этот переход часто сопровождается резким изменением параметров: скачком в уровне бессонницы, нарастанием двигательной ажитации или, напротив, торможения, резким обеднением или перегрузкой речи, усилением подозрительности и конфликтов, отказом от привычных социальных обязательств. Экзоспекция в этой фазе должна иметь особый режим: фиксировать не только средние значения, но и вариабельность. Психоз отличается не просто «высоким уровнем симптомов», а часто увеличением нестабильности: человек становится непредсказуемым в реакциях, меняет стиль общения, демонстрирует резкие колебания аффекта и поведения, которые не объясняются контекстом. В терминах теории сложных систем психотическое состояние может рассматриваться как потеря устойчивости регуляторных механизмов и переход к режиму «хаотической» динамики, где малые стимулы вызывают непропорционально большие реакции (Kelso, 1995). Экзоспекция способна выявлять такие переходы именно потому, что работает с непрерывными данными и может замечать рост вариабельности как ранний сигнал приближающегося срыва.

Фаза острого психоза обычно рассматривается клиницистом как центральная, но для прогноза не менее важна фаза редукции и ранней ремиссии. Крепелин подчеркивал, что не столько сам психотический эпизод, сколько его исход — степень восстановления, наличие остаточных симптомов, межприступные изменения личности и воли — формируют долгосрочный прогноз (Kraepelin, 1919). Современная психиатрия также делает акцент на восстанов-

лении функционирования как ключевом исходе лечения, а не только на исчезновении позитивной симптоматики. Экзоспекция здесь может оказаться критически важной: она позволяет различить «симптоматическую редукцию» и «функциональное восстановление». Пациент может перестать сообщать о галлюцинациях или бредовых идеях, но сохранять выраженную социальную изоляцию, снижение инициативы, когнитивную инертность и нарушения сна. В традиционном наблюдении это часто «теряется» между визитами и фиксируется поздно, тогда как экзоспекция способна показать, что восстановление идет неравномерно: когнитивная связность речи улучшается быстрее, чем социальная активность; сон нормализуется, но остается низкая поведенческая энергия; снижается конфликтность, но сохраняется избегание контактов. Такое представление позволяет врачу точнее планировать поддерживающую терапию и реабилитационные вмешательства.

Важный элемент динамики психоза — цикличность и рецидивность. МКБ-10/11 различают хронические формы, эпизодические с прогрессивным течением и ремиттирующие варианты, а также острые и транзиторные психотические расстройства. Но на уровне конкретного пациента вопрос всегда звучит иначе: каков риск повторного эпизода, какова его вероятная форма, какие индивидуальные триггеры запускают ухудшение? Экзоспекция способна формировать индивидуальную «карту рецидива»: не универсальную, а персональную. Для одного пациента критическим фактором окажется фрагментация сна; для другого — социальная перегрузка; для третьего — отмена препаратов или употребление веществ; для четвертого — аффективное раскачивание. Персонализация особенно важна потому, что психоз нередко развивается по механизму «снежного кома»: небольшой сдвиг в режиме сна ведет к усилению тревоги, тревога усиливает подозрительность, подозрительность разрушает социальные связи, социальный конфликт усиливает стресс, стресс запускает окончательный психотический срыв. Экзоспекция, фиксируя последовательность событий во времени, позволяет выявлять причинно-подобные цепочки, хотя должна осторожно отделять причинность от корреляции и обозначать это в отчете (Pearl, 2009).

Для правильного понимания динамики необходимо учитывать различие между позитивной симптоматикой, негативной симптоматикой и когнитивными нарушениями. Позитивные симптомы часто более вариабельны и чувствительны к терапии, тогда как негативные и когнитивные компоненты могут быть устойчивее и именно они определяют долгосрочное функционирование (Andreasen, 1984). Экзоспекция имеет здесь методологическое преимущество: негативные симптомы трудно оценивать в разовом интервью, потому что пациент может быть вежливым и формально контактным в течение короткого приема, тогда как в быту он остается пассивным, лишенным мотивации и инициативы. Поведенческие данные, динамика активности, разнообразие социальных взаимодействий и качество речевых продукций дают возможность увидеть, что «жизнь не вернулась», даже если острый психоз купирован. При этом экзоспекция обязана избегать ошибочного отождествления низкой социальной активно-

сти с негативной симптоматикой: культурные особенности, интроверсия, соматическая астения, депрессия и социальные обстоятельства могут имитировать негативные проявления. Следовательно, экзоспективный вывод должен сохранять вероятностный характер и сопровождаться клинической интерпретацией.

Особое место в динамике психоза занимает связь с аффектом. В клинике давно известно, что психотические переживания нередко усиливаются на фоне тревоги, бессонницы и депрессивного напряжения, а в аффективных психозах граница между настроением и психотической интерпретацией может быть функционально проницаемой. Современная практика подчеркивает необходимость дифференцировать первичные психотические расстройства от психотических эпизодов при расстройствах настроения и от кратковременных реактивных психозов. Динамически это различие часто проявляется как различие «ведущей оси»: при аффективной природе эпизода колебания настроения и циркадные изменения являются первичными, а психотические феномены следуют за ними и меняются вместе с ними; при шизофреническом спектре психотическая ось может обладать большей автономией. Экзоспекция, объединяющая маркеры сна, активности, речи и эмоциональной экспрессии, теоретически способна выявлять, какая ось является ведущей, но окончательная нозологическая интерпретация должна оставаться задачей врача, поскольку она включает анамнестические данные, наследственность, возраст дебюта и характер межприступного функционирования (Краепелин, 1919).

Критика, рассмотренная в предыдущей подглаве, в динамическом измерении становится одним из наиболее информативных параметров. При многих психозах критика ведет себя как «запаздывающий индикатор»: она ухудшается не в самом начале, а при достижении определенного порога убежденности и эмоциональной насыщенности бредовой системы. В период редукции симптомов критика часто возвращается раньше, чем полностью исчезают остаточные переживания, и это имеет большое клиническое значение: пациент может продолжать испытывать феномены, но уже способен дистанцироваться от них и не действовать на их основании. Экзоспекция, измеряя метакогнитивные паттерны в речи и поведенческую чувствительность к обратной связи, может фиксировать эти сдвиги и тем самым помогать врачу определять момент, когда возможно расширение психообразования, когнитивной терапии или обсуждение профилактики рецидива (Morrison, 2009). В то же время при некоторых вариантах течения критика остается фрагментарной и в ремиссии, что увеличивает риск повторных эпизодов и снижает комплаенс. Отсюда следует важный практический вывод: динамика критики часто важнее ее разовой оценки.

Экзоспективное наблюдение психотической динамики неизбежно упирается в проблему «референтной нормы», то есть базовой линии. Для одного пациента низкая коммуникация и ограниченный социальный круг являются нормой, для другого — признаком деградации функционирования. Поэтому экзоспекция должна быть персонализированной: динамика оценивается относительно индивидуального baseline, сформированного либо в стабильной ремиссии, либо до дебюта, если данные доступны. Это соответствует современному

подходу персонализированной психиатрии, где индивидуальная вариативность рассматривается не как шум, а как ключевой контекст для интерпретации (Insel, 2010). В практическом смысле экзоспекция должна накапливать данные в «спокойный период», иначе система будет склонна путать стабильные личностные особенности с симптоматикой. Такой подход также снижает риск стигматизации: система сравнивает человека с самим собой, а не с абстрактной «популяционной нормой».

Клинически значимым аспектом динамики является эффект лечения. Антипсихотическая терапия, психосоциальная реабилитация и психотерапевтические вмешательства влияют на разные компоненты траектории: позитивные симптомы часто снижаются относительно быстро, а восстановление социальной функции и мотивации требует времени и условий. Экзоспекция может предложить врачу более тонкую картину эффективности: не только «симптомы уменьшились», но и «сон стабилизировался», «вариабельность активности снизилась», «связность речи улучшилась», «уровень конфликтных взаимодействий уменьшился», «возросла устойчивость к обратной связи». В то же время экзоспекция должна учитывать побочные эффекты: седативный компонент терапии может имитировать негативную симптоматику, а экстрапирамидные нарушения — менять психомоторику. Если система игнорирует это, она будет ошибочно интерпретировать побочные явления как ухудшение психоза. Поэтому экзоспективный отчет должен включать принцип клинической контекстуализации: изменения параметров интерпретируются вместе с данными о терапии, дозировках, соматическом состоянии и жизненных событиях.

В судебно-психиатрической перспективе динамика психотических состояний приобретает особую значимость, поскольку ретроспективная оценка состояния на момент деяния зависит от реконструкции траектории: было ли ухудшение постепенным, были ли предвестники, как быстро развивались симптомы, были ли периоды частичной ремиссии, что происходило с критикой и поведением. Экзоспекция в будущем может стать источником объективируемых данных для такой реконструкции, но при условии строгого соблюдения принципов доказательности и защиты от манипуляций. Любая система, способная «документировать» психическое состояние, будет объектом интереса в юридических контекстах, а значит — объектом попыток фальсификации. Следовательно, динамический мониторинг должен сопровождаться процедурами верификации данных и отчетом о надежности источников, иначе он утратит экспертную ценность.

В целом, динамика психотических состояний в экзоспективной модели должна пониматься как многомерная траектория, где симптомы, функционирование и критика связаны, но не тождественны. Научная перспектива экзоспекции заключается в переводе клинической идеи фазности в язык временных рядов и вероятностных переходов, где ключевыми объектами становятся не только «синдромы», но и механизмы перехода между состояниями. Такой подход сближает психиатрию с науками о сложных системах и с современной вычислительной модельностью, не отменяя феноменологическую традицию, а допол-

няя ее инструментальным слоем наблюдения (Jaspers, 1913; Pearl, 2009). Практическая перспектива состоит в раннем предупреждении рецидивов и в индивидуализации профилактики на основе выявленных паттернов, что соответствует клинической цели — не просто купировать эпизод, а удерживать человека в устойчивом и функциональном состоянии максимально долго.

Продолжение главы логично ведет к следующему разделу монографии, где динамические принципы экзоспекции будут применены к более тонким и структурным формам психической патологии — расстройствам личности и расстройствам развития, где траектория проявляется не как эпизод психоза, а как устойчивый стиль функционирования, требующий иных способов внешнего наблюдения.

Глава 14. Личностные расстройства и расстройства развития

14.1. Расстройства личности

Переход от психотических расстройств к расстройствам личности в логике экзоспекции является не просто сменой диагностического раздела, а сменой самого объекта наблюдения. Если при психозах центр тяжести лежит в эпизодах декомпенсации, фазности и «переходах состояния», то при расстройствах личности ключевым становится устойчивый стиль психического функционирования, который проявляется не в исключительных ситуациях, а в повседневной жизни, в повторяемых отношениях, в способах регуляции аффекта, в характере интерпретации намерений другого и в типичных конфликтах с социальными нормами. В традиционной клинической практике именно эта область является одной из наиболее уязвимых для интерспективных искажений: диагноз часто формируется на основе контрпереноса, субъективной «трудности» контакта, моральной оценки поведения, культурных ожиданий и личного терпимого порога врача (Gabbard, 2005). Экзоспективная перспектива, напротив, предлагает рассматривать расстройство личности как наблюдаемую структуру повторяемых паттернов в длительном временном интервале, где надежность обеспечивается не силой впечатления, а устойчивостью признаков в разнородных ситуациях и контекстах, зафиксированных объективируемыми данными.

Важной отправной точкой является различие между классификационными логиками МКБ-10/11. В МКБ-10 расстройства личности представлены как отдельные категориальные единицы, сгруппированные преимущественно феноменологически и исторически, с акцентом на типологию: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально неустойчивое, истерическое, ананкастное, тревожное (избегающее), зависимое и другие, включая смешанные формы и стойкие изменения личности после катастрофического опыта или психического заболевания. Этот подход, хотя и привычен клинически, сталкивается с проблемой высокой коморбидности и перекрытия критериев, что снижает воспроизводимость диагнозов и способствует произвольности интерпретации (Widiger, 2011). В МКБ-11 сделан принципиально иной шаг: расстрой-

ство личности описывается в первую очередь через степень выраженности нарушений (легкая, умеренная, тяжелая), а затем через домены личностных черт, которые уточняют феноменологию и клинический профиль; кроме того, введен пограничный паттерн как клинически значимый спецификатор. Эта перестройка, по существу, является попыткой приблизить диагностику к структуре психического функционирования и к измеримой клинической тяжести, а не к чистой типологии. Для экзоспекции такое смещение особенно важно, поскольку алгоритмическая модель легче работает с континуумами и вероятностными профилями, чем с жесткими «коробками» категорий.

Однако даже при разных классификационных системах остается единый клинический смысл: расстройство личности — это стойкое, относительно негибкое и дезадаптивное отклонение в способах переживания и поведения, начинающееся в подростковом или раннем взрослом возрасте, проявляющееся в широком спектре личных и социальных ситуаций и приводящее к страданию или функциональному нарушению. Психодинамическая традиция описывала эту область через уровень организации личности, особенности идентичности, защитных механизмов и качества объектных отношений (Kernberg, 1984). Когнитивная традиция акцентировала дисфункциональные схемы и устойчивые искажения в интерпретации себя и других (Beck, Freeman, 1990). Эволюционно-биологические и психобиологические модели подчеркивали темперамент, нейробиологические предрасположенности и особенности обучения на подкреплении (Cloninger, 1993). Современный клинический синтез, отраженный в МКБ-11, фактически признает, что расстройства личности — многомерны, и что более продуктивно измерять степень нарушений самофункционирования и межличностного функционирования вместе с устойчивыми чертами, чем пытаться «втиснуть» пациента в один тип.

Экзоспекция в этой сфере должна опираться на фундаментальный принцип: расстройство личности — это не «набор симптомов», а «структура повторяемости». Поэтому основным объектом наблюдения становится не единичный эпизод конфликта или импульсивного поступка, а статистически устойчивый рисунок: как часто и в каких обстоятельствах возникают межличностные кризисы, какова типичная траектория конфликтов, насколько повторяемы темы и сценарии отношений, как устойчиво нарушается саморегуляция, и как это отражается на функционировании в реальной жизни. Именно длительные временные ряды данных, столь значимые для экзоспекции в аффективных и психотических разделах, здесь приобретают первичный, а не вспомогательный характер. Разовое интервью может дать яркое клиническое впечатление, но оно крайне чувствительно к актуальному состоянию, стилю самопрезентации и контексту; экзоспекция же стремится увидеть «среднюю структуру» и «вариативность структуры» во времени.

Клиническая проблема диагностики расстройств личности состоит еще и в том, что эта область особенно часто пересекается с нормальными вариантами характера и культурно обусловленными стилями поведения. То, что в одной социальной среде воспринимается как нормативная прямота или автономность,

в другой может интерпретироваться как холодность, подозрительность или «нарциссичность». Следовательно, экзоспекция не может ограничиваться универсальной шкалой «норма/патология»; она должна учитывать культурный контекст, социальные требования и функциональный критерий. Именно поэтому МКБ-11 делает акцент на нарушении функционирования и степени тяжести, а не на «типе личности» как таковом. Экзоспективная система, построенная корректно, должна задавать вопрос не «какой это характер», а «какова цена этого характера для жизни человека и его окружения», причем цена выражается не моральными метками, а конкретными индикаторами: хроническая нестабильность отношений, повторяемые увольнения, эпизоды насилия или самоповреждения, неустойчивые привязанности, долговые кризисы, юридические проблемы, хроническая изоляция или выраженное снижение способности к сотрудничеству.

Особую роль в экзоспективной оценке расстройств личности играет межличностная динамика. В психиатрии и клинической психологии давно известно, что характерологические особенности лучше всего выявляются не при обсуждении абстрактных тем, а в живом взаимодействии, где проявляются реактивность, стиль привязанности, перенос и контрперенос (Bowlby, 1969; Gabbard, 2005). Проблема в том, что интерспективный подход фиксирует это через субъективные впечатления врача. Экзоспекция может предложить иной способ: анализировать повторяемые паттерны коммуникации и взаимодействия, где значимы параметры, поддающиеся формализации. Сюда относится, например, устойчивый стиль атрибуции намерений другого, склонность к интерпретации нейтральных сигналов как враждебных или уничижительных, повторяемость конфликтных формулировок, резкость и полярность оценок, изменения в просодии и темпе речи при фрустрации, а также устойчивые «разрывы» коммуникации, когда человек прекращает контакт, блокирует взаимодействие, демонстрирует исчезновение из отношений как форму регуляции напряжения. При этом каждый из этих признаков по отдельности может быть нормальным вариантом поведения; диагностически значимой становится их устойчивость, частота и связь с функциональными потерями.

Формальная речь и нарратив обладают здесь особой ценностью, поскольку личностная организация проявляется в том, как человек строит рассказ о себе и других, какие причинные объяснения выбирает, как описывает ответственность и вину, как удерживает сложность и неоднозначность, и как переносит критику. Классическая феноменология подчеркивала, что структурные особенности мышления и переживания видны не только в психозе, но и в «нормальных» высказываниях, если анализировать их внимательно и системно (Jaspers, 1913). В клинических моделях личности большое место занимает понятие ментализации, то есть способности понимать поведение другого как обусловленное внутренними состояниями; дефициты ментализации и склонность к «психической эквивалентности» считаются важными механизмами ряда личностных расстройств, особенно при пограничной организации (Fonagy, Bateman, 2006). Экзоспекция может работать с косвенными маркерами мента-

лизации через анализ языка: насколько человек дифференцирует эмоции, насколько способен описывать внутренние состояния, как часто использует категорические утверждения о мотивах других, насколько допускает альтернативные интерпретации. Здесь особенно важно сохранять принцип вероятностной интерпретации: язык является индикатором, но не прямым доказательством структуры личности. Тем не менее при длительном наблюдении можно фиксировать устойчивость этих речевых характеристик и их связь с межличностными кризисами.

Переход от МКБ-10 к МКБ-11 также означает переход от диагностики «по типу» к диагностике «по тяжести и доменам». Для экзоспекции это открывает возможность более корректной формализации. Степень тяжести в МКБ-11 связана с выраженностью нарушений самофункционирования (идентичность, самооценка, самоуправление) и межличностного функционирования (эмпатия, близость, способность к сотрудничеству), а домены черт уточняют профиль — негативная аффективность, отстраненность, диссоциальность, расторможенность, ананкастность. Эти домены можно рассматривать как «оси», которые экзоспекция способна оценивать через конвергентные поведенческие и речевые данные. Например, негативная аффективность будет проявляться устойчивой реактивностью, склонностью к тревоге, раздражительности и стыду, сопровождаемой типичными физиологическими паттернами; отстраненность — устойчивым снижением социальных контактов, бедностью эмоциональной экспрессии и низкой вариативностью коммуникации; диссоциальность — устойчивыми нарушениями норм, эксплуатацией, обесцениванием другого и инструментальным отношением к отношениям; расторможенность — импульсивностью и неспособностью удерживать цели; ананкастность — ригидностью, перфекционизмом и склонностью к контролю. Но важно подчеркнуть, что экзоспекция должна измерять не «черты» как моральные ярлыки, а наблюдаемые корреляты в поведении и функционировании, и только затем, через клиническое суждение, переводить их в домены.

При сохранении клинической ответственности врача экзоспекция выполняет роль инструмента, который снижает риск двух типичных диагностических ошибок в области личности. Первая ошибка — гипердиагностика на основе эмоционального впечатления: когда трудность контакта, конфликтность или раздражение врача автоматически превращаются в «личностное расстройство». Вторая ошибка — недодиагностика, когда выраженные структурные нарушения маскируются внешней социальной успешностью или интеллектуальной компенсаторикой. Экзоспекция может корректировать обе, потому что она опирается на длительный интервал наблюдения и на функциональные метрики. Если конфликтность является ситуативной реакцией на кризис, ее паттерн будет ограничен временем и контекстом; если же она структурна, она будет воспроизводиться в разных сферах. Аналогично, если социальная успешность является лишь фасадом при глубокой нестабильности отношений и саморегуляции, длительные данные обнаружат разрывы, повторяемые кризисы и цену, которую человек платит за поддержание фасада.

В терапии и прогнозе расстройств личности динамика также принципиальна, но это динамика другого рода, чем при психозе. Она выражается не в фазах, а в траектории формирования навыков, в изменении устойчивых стратегий привязанности, в расширении репертуара регуляции аффекта и в снижении частоты кризисов. Психотерапевтическая традиция показывает, что изменения возможны, но требуют времени, устойчивого альянса и методологической последовательности (Linehan, 1993; Bateman, Fonagy, 2006). Экзоспекция может быть инструментом мониторинга, если она фиксирует не «исчезновение черт», а изменение функциональных исходов: снижение частоты конфликтов, уменьшение импульсивных поступков, стабилизацию сна и режима, увеличение устойчивости социальных связей, рост способности выдерживать фрустрацию без разрыва отношений. Здесь особенно важна методологическая осторожность: терапевтическое улучшение может сопровождаться временным усилением тревоги или сомнений, а также изменением стиля самопрезентации; экзоспекция должна интерпретировать такие изменения только в клиническом контексте, иначе есть риск ошибочного вывода о «ухудшении».

В судебно-психиатрическом поле расстройства личности традиционно являются зоной этической и методологической напряженности. С одной стороны, диссоциальные и импульсивные паттерны поведения часто приводят к юридическим последствиям; с другой стороны, личностное расстройство само по себе не тождественно невменяемости, а оценка ответственности требует анализа способности понимать характер и общественную опасность действий и руководить ими, то есть анализа критики и волевого контроля в конкретной ситуации. Экзоспекция потенциально может помочь реконструировать «предкриминальную» динамику: нарастание импульсивности, стрессовые триггеры, изменения в коммуникации, признаки интоксикации или декомпенсации, но она не должна подменять юридическую оценку, поскольку последняя включает нормативный аспект, не сводимый к данным. Более того, в судебном контексте резко возрастает риск манипуляции данными и селективного предъявления доказательств, поэтому любые экзоспективные выводы должны сопровождаться оценкой надежности источников и прозрачностью алгоритмических допущений.

Таким образом, расстройства личности в экзоспективной диагностике являются, вероятно, одним из наиболее перспективных и одновременно наиболее рискованных объектов. Перспективных — потому что именно здесь длительное наблюдение и анализ повторяемости способны дать существенное повышение надежности по сравнению с единичным интервью. Рискованных — потому что данные о личности легко превращаются в инструмент стигматизации, социального контроля и «характерологического надзора», если нарушены принципы этики, информированного согласия и ограниченности цели применения. Внутренняя логика монографии требует подчеркнуть, что экзоспекция не призвана «объективировать личность» как моральный объект; ее задача — инструментально поддержать клиническое мышление там, где оно особенно уязвимо для субъективности, и связать диагностическую формулу с функциональ-

ной ценой паттернов, то есть с тем, что реально влияет на жизнь человека и окружающих (Gabbard, 2005).

На этом основании следующий раздел главы пограничная и нарциссическая патология должен быть рассмотрен как наиболее клинически насыщенная зона, где одновременно проявляются эмоциональная нестабильность, нарушения идентичности, межличностная турбулентность и высокий риск самоповреждения, а экзоспекция, при корректном применении, может дать особенно высокую практическую отдачу за счет мониторинга кризисов и предикторов срывов.

14.2. Пограничная и нарциссическая патология

Внутри проблематики расстройств личности пограничная и нарциссическая патология занимают особое место, поскольку они одновременно являются клинически «видимыми» и методологически трудноуловимыми. Их видимость связана с драматизмом межличностных кризисов, интенсивностью аффекта, частотой обращений за помощью и высоким риском поведенческих осложнений. Их трудность связана с тем, что значительная часть феноменологии проявляется не как единичный симптом, а как динамика отношений, то есть как процесс, который разворачивается во времени и неизбежно вовлекает наблюдателя. В интерспективной традиции это приводило к парадоксальной ситуации: чем больше врач вовлечен в контакт, тем больше клинического материала он получает, но тем выше риск контрпереносных искажений, моральной маркировки и диагностической поляризации (Gabbard, 2005). Экзоспекция предлагает иной путь: перенос центра тяжести с эмоционального впечатления на наблюдаемую и воспроизводимую структуру паттернов, фиксируемую в многоисточниковых временных рядах, где субъективность врача не отменяется, но становится лишь одним из каналов интерпретации, а не единственным «измерительным прибором».

С точки зрения классификаций МКБ-10/11 важнейшим является различие в формальных рамках описания. В МКБ-10 пограничная феноменология отражена в категории эмоционально неустойчивого расстройства личности, пограничный тип, а нарциссическая патология как самостоятельная нозологическая единица отсутствует и обычно распределяется по клиническим описаниям истерического, ананкастного, параноидного или смешанного расстройства личности, либо выявляется как характерологический стиль без отдельного кодирования. МКБ-11, напротив, предлагает унифицированную конструкцию расстройства личности по степени тяжести, доменам черт и дополнительному спецификатору «пограничный паттерн», что делает пограничную феноменологию клинически явной на уровне формальной диагностики. Нарциссическая патология в МКБ-11 также не оформлена отдельной категорией, но ее клинический профиль может быть выражен через сочетание доменов диссоциальности, расторможенности, негативной аффективности и особенностей самофункционирования, прежде всего нарушений идентичности и самооценки, что методологи-

чески ближе к психодинамическому представлению о нарциссизме как структуре, а не как перечне симптомов (Kernberg, 1975; Pincus, Lukowitsky, 2010).

Пограничная патология, описанная в клинической традиции, является, по сути, моделью нестабильной регуляции аффекта и нестабильной идентичности, которая разворачивается на фоне повышенной межличностной чувствительности и склонности к диссоциации при перегрузке. Работы, сформировавшие современную психотерапевтическую картину, подчеркивают, что ключевым здесь является не «истеричность» или «манипулятивность» как моральные интерпретации, а дефицит устойчивых навыков саморегуляции, высокая реактивность к сигналам отвержения и особая уязвимость системы привязанности, где разрыв отношений переживается как угроза разрушения self (Linehan, 1993; Gunderson, 2001; Bateman, Fonagy, 2006). Нарциссическая патология, в свою очередь, не сводится к «самолюбованию», а представляет собой особую организацию самооценки и самоуважения, которая требует постоянного внешнего подтверждения и легко разрушается критикой, порождая либо нарциссическую ярость, либо стыд, депрессивное обесценивание себя и других, либо компенсаторную грандиозность (Kohut, 1971; Kernberg, 1975). В обоих случаях клинически значимой является связь между внутренними состояниями и внешними сценариями поведения: как именно человек реагирует на фрустрацию, несогласие, дистанцию партнера, конкуренцию, ограничения, утрату контроля, и какие «типичные» траектории конфликтов возникают вновь и вновь.

Экзоспективная диагностика в этой зоне должна опираться на принцип, что пограничный и нарциссический паттерны обнаруживаются прежде всего в динамике аффекта и отношений, а значит, требуют мониторинга «переходов» в повседневной среде. Это важное отличие от более «кабинетной» диагностики, где критические признаки могут быть представлены в виде рассказа пациента. Пограничная организация часто проявляет себя как высокая вариабельность эмоциональных состояний в пределах часов и дней, резкие сдвиги от идеализации к обесцениванию, импульсивные действия в контексте аффективной перегрузки, самоповреждения или суицидальные жесты как форма регуляции невыносимого напряжения, а также диссоциативные эпизоды, которые трудно фиксировать ретроспективно (Linehan, 1993; Gunderson, 2001). Нарциссическая организация может проявляться как периодическая смена грандиозности и уязвимости, высокая чувствительность к оценке, стремление контролировать впечатление, конкурировать за статус, а также как повторяемые межличностные конфликты, возникающие на фоне переживания унижения или недооцененности (Kernberg, 1975; Pincus, Lukowitsky, 2010). При этом оба паттерна могут существовать в смешанном виде, и клиническая задача состоит не в «чистом» типировании, а в оценке тяжести и структурных нарушений функционирования.

С методологической точки зрения центральной становится проблема валидного «наблюдения» тех феноменов, которые традиционно считались внутренними. Экзоспекция утверждает, что внутренние процессы не наблюдаемы напрямую, но их динамика оставляет внешние следы в речи, поведении, физиологии и паттернах коммуникации. Пограничная эмоциональная реактивность,

например, может проявляться в резких изменениях просодии, темпа и латентности ответов в коммуникации, в скачках активности и сна, в изменениях циркадной стабильности, в усилении вегетативных реакций при межличностных триггерах, а также в типичных «коммуникативных разрывах» — внезапных прекращениях контакта, блокировках, резких обвинительных сообщениях, повторяемых попытках восстановить связь с последующим обесцениванием (Porges, 2011; Linehan, 1993). Нарциссическая уязвимость может быть связана с повышенной частотой конфликтов в ситуациях оценки, с повторяемыми эпизодами разрыва сотрудничества после критики, с тенденцией к демонстративным публичным действиям, направленным на восстановление статуса, и с определенными речевыми структурами, в которых доминируют темы справедливости, признания, исключительности или унижения. Здесь важно, однако, сохранять научную осторожность: ни один такой маркер не является специфичным. Специфичность появляется только при анализе устойчивых комбинаций признаков, их повторяемости, контекстной зависимости и связи с функциональными исходами.

В этой связи принципиально важна концепция ментализации, то есть способности понимать себя и других как носителей внутренних состояний, мотивов и эмоций. Клинические исследования и психотерапевтические модели показывают, что при пограничной патологии ментализация ухудшается именно в условиях эмоционального возбуждения и угрозы привязанности: человек может терять способность удерживать сложность, «читать» намерения другого и допускать неопределенность, переходя к крайним и категорическим интерпретациям (Bateman, Fonagy, 2006; Fonagy, Bateman, 2006). Экзоспективно это может проявляться как снижение когнитивной гибкости в нарративе, резкое упрощение причинности, доминирование внешней атрибуции («они специально», «они хотят», «они унижают»), тенденция к глобальным оценкам («всегда», «никогда»), а также как ускорение речи и рост эмоционально насыщенных высказываний при конфликте. Нарциссическая патология, в свою очередь, может сопровождаться частичной ментализацией, но с выраженной селективностью: понимание другого используется инструментально, при этом эмпатия как способность учитывать автономность другого и его внутреннюю реальность может снижаться, что способствует эксплуатации и обесцениванию в ситуации угрозы самооценке (Kernberg, 1975). Экзоспективная задача здесь состоит в том, чтобы не «диагностировать по словам», а выявлять устойчивую связь между ухудшением ментализационных индикаторов и последующими поведенческими кризисами.

Особый клинический узел пограничной патологии — самоповреждение и суицидальность. В рамках этой монографии необходимо подчеркнуть, что экзоспекция не является инструментом «предсказания самоубийства» в детерминистическом смысле; она может быть инструментом мониторинга риска, когда риск рассматривается как динамическая вероятностная конструкция, чувствительная к контексту, аффекту, доступности средств, употреблению психоактивных веществ и качеству поддержки (Joiner, 2005; WHO, 2014). Пограничная су-

ицидальность часто носит характер колеблющихся намерений, где присутствуют и истинное желание умереть, и стремление прекратить невыносимое состояние, и коммуникация отчаяния, и попытка восстановить связь. Именно поэтому клиническая оценка должна учитывать не только высказывания, но и траекторию состояний. Экзоспекция может фиксировать ускорение аффективной динамики, рост ночной бессонницы, усиление вегетативной реактивности, повышение частоты кризисной коммуникации, признаки социальной изоляции и «сужения» поведенческого репертуара. Но любые такие данные должны интерпретироваться только в системе профессиональной ответственности, с приоритетом безопасности и с этическими ограничениями, поскольку ошибочная маркировка риска может быть столь же вредна, как и его игнорирование.

Для нарциссической патологии критически важным является различие грандиозного и уязвимого полюсов. Современная научная литература указывает, что нарциссизм является гетерогенной конструкцией: грандиозный компонент связан с доминированием, экспансивностью и снижением чувствительности к оценке, тогда как уязвимый компонент связан с повышенной чувствительностью к критике, стыдом, тревогой и нестабильностью самооценки (Pincus, Lukowitsky, 2010). В клинике часто наблюдается их сочетание, где внешняя грандиозность является защитой от внутренней уязвимости. Экзоспективно это различие может иметь значение, поскольку уязвимый полюс будет сопровождаться более выраженными вегетативными и аффективными колебаниями, склонностью к избеганию и ретриту после неудач, тогда как грандиозный полюс может проявляться в устойчивой экспансивности и высокой конфликтности в ситуациях ограничений. Но вновь следует подчеркнуть: это не «типирование характера», а оценка функциональных траекторий. Сама по себе высокая уверенность или стремление к достижениям не патологичны; патологичность начинается там, где самооценка становится хрупкой и требует постоянного подкрепления ценой разрушения отношений и ответственности.

Пограничная и нарциссическая патология пересекаются также в сфере идентичности. В психодинамическом понимании при пограничной организации идентичность часто диффузна: self переживается как нестабильное, противоречивое, зависимое от текущих отношений и аффекта, что делает человека уязвимым к резким сменам ценностей, целей и представлений о себе (Kernberg, 1984). При нарциссической организации идентичность может быть более связанной, но она строится вокруг поддержания особого образа себя, что делает ее ригидной и крайне чувствительной к угрозе обесценивания (Kohut, 1971). Экзоспекция может фиксировать проявления идентичностной нестабильности через изменения в нарративах, повторяемость тем самоуничижения или самовозвеличивания, частоту радикальных поведенческих решений и «перезапусков» жизненных сценариев, однако интерпретация должна оставаться феноменологически корректной и не превращаться в оценку личности как таковой.

Ключевой вопрос в экзоспективной диагностике — дифференциальная диагностика пограничной и нарциссической патологии с аффективными, тревожными, травматическими и психотическими состояниями. Эмоциональная

нестабильность может быть следствием биполярного спектра, особенно при смешанных состояниях и быстрой смене фаз, и тогда паттерн будет иметь иную временную организацию и иной набор биологических маркеров, а также иной отклик на фармакотерапию (Goodwin, Jamison, 2007). Диссоциация и вспышки аффекта могут быть производными комплексной травматизации и ПТСР, где ведущими будут триггеры, связанные с травматическим опытом, и где ключевыми окажутся симптомы вторжения, избегания и гипервозбудимости (Herman, 1992). Подозрительность и сверхценные идеи при нарциссической уязвимости могут напоминать параноидные состояния, но будут отличаться контекстной зависимостью и сохранением базового реальность-тестинга. Наконец, кратковременные квазипсихотические эпизоды при пограничной патологии требуют особой осторожности: они могут быть реактивными и краткими, но могут быть и ранними проявлениями психотического расстройства. В этом месте экзоспекция может быть полезна, поскольку она фиксирует длительную траекторию: если нарушения восприятия и убеждений имеют тенденцию к прогрессированию, автономности и снижению критики, это повышает вероятность психотического процесса; если же они ограничены стрессовыми триггерами, кратковременны и обратимы при стабилизации отношений и аффекта, вероятнее пограничная реактивность (Gunderson, 2001). Однако окончательное решение остается клиническим и требует очной оценки.

Терапевтическая перспектива является обязательной частью научно-практической монографии, поскольку диагностика без понимания изменяемости и прогноза теряет прикладную ценность. Пограничная патология является одной из наиболее изученных в психотерапии: диалектико-поведенческая терапия показала эффективность в снижении суицидальности и самоповреждений, улучшении эмоциональной регуляции и устойчивости отношений (Linehan, 1993). Ментализационно-ориентированная терапия предлагает модель восстановления ментализации в условиях эмоционального напряжения и показала клиническую результативность (Bateman, Fonagy, 2006). В отношении нарциссической патологии доказательная база психотерапевтических подходов менее однородна, но психодинамические модели подчеркивают необходимость работы с уязвимостью, стыдом и защитной грандиозностью, а также с формированием более устойчивых способов поддержания самооценки без разрушения отношений (Kernberg, 1975; Gabbard, 2005). Экзоспекция может стать инструментом мониторинга терапии, если она фиксирует не «изменение личности» как лозунг, а уменьшение частоты кризисов, повышение устойчивости сна и режима, снижение аффективной реактивности и расширение поведенческого репертуара в конфликтных ситуациях. При этом принципиально важно помнить, что терапевтический процесс может усиливать рефлекссию и временно увеличивать переживание стыда или тревоги, и экзоспекция не должна ошибочно интерпретировать это как ухудшение, если функциональные исходы улучшаются.

Этический аспект в этой зоне особенно острый, поскольку пограничная и нарциссическая патология исторически были стигматизированы и нередко описывались языком, близким к моральным оценкам. Экзоспекция, претенду-

ющая на объективизацию, может либо снизить стигму, заменив ярлыки на функциональные метрики, либо усилить ее, если алгоритмические оценки будут использоваться вне клинической цели — например, для дискриминации, кадровых решений или социального контроля. Поэтому применение экзоспективных моделей здесь должно быть ограничено медицинскими и психотерапевтическими целями, сопровождаться информированным согласием, прозрачностью критериев и возможностью клинического пересмотра, а также строгой защитой данных. Только при таких условиях экзоспекция может служить не «оценкой характера», а инструментом помощи человеку, чья жизнь определяется повторяемыми кризисами и страданием.

Логическим продолжением этой подглавы является переход к нейроразвитию, поскольку аутизм и другие расстройства развития демонстрируют иной тип устойчивости психического функционирования: там, где при личностной патологии ведущей является динамика отношений и аффекта, при нейроразвитии ведущими становятся ранние и стабильные особенности социального взаимодействия, коммуникации и сенсорной обработки. Экзоспекция должна будет показать, что она способна различать эти разные формы устойчивости, не смешивая характерологическое и нейроразвитиенческое, и тем самым предотвращая одну из наиболее грубых и клинически опасных диагностических ошибок современной практики.

14.3. Аутизм и нейроразвитие

Переход от личностной патологии к нейроразвитию в логике экзоспективной диагностики является не просто сменой главы, а сменой эпистемологического режима наблюдения. В расстройствах личности центральным объектом клинического анализа выступает динамика отношений и аффекта, где паттерны могут существенно меняться под влиянием контекста, психотерапии, социальных ролей и биографических событий. В аутизме и иных расстройствах нейроразвития ядро феноменологии описывается как раннее формирующаяся и относительно стабильная организация социального восприятия, коммуникации, интересов и сенсорной обработки, которая проявляется не как «кризис» или «эпизод», а как устойчивый профиль функционирования. Именно поэтому в традиционной психиатрии аутизм всегда занимал особое место: он требует не столько диагностики «состояния», сколько реконструкции траектории развития, включая раннее детство, и учета того, что вторичные симптомы — тревога, депрессия, истощение, поведенческие срывы — могут маскировать или имитировать первичную нейроразвитиенческую основу (Rutter, 1978; Frith, 2003).

В рамках МКБ-10 аутизм включен в группу общих расстройств психологического развития, где центральными являются раннее начало, качественные нарушения социального взаимодействия, коммуникации и ограниченные, стереотипные интересы и формы поведения. МКБ-10 задает относительно категориальную структуру: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера и др., что исторически отражало попытку типологизации внутри спектра, хотя

клиническая практика давно показывала, что реальность представляет собой континуум выраженности и сочетаний признаков. МКБ-11 закрепляет спектральный подход и использует категорию расстройства аутистического спектра, добавляя важные спецификаторы, прежде всего наличие или отсутствие расстройства интеллектуального развития и степень функциональной речи. Такой подход концептуально ближе к современной нейронаучной и клинической литературе, где аутизм рассматривается как многомерный профиль, а не как единый «тип». Для экзоспекции это имеет принципиальное значение: алгоритм, работающий с внешними данными, должен быть построен не на поиске «одного признака аутизма», а на реконструкции многомерного профиля и его устойчивости во времени.

Нейроразвитиенческая перспектива меняет и критерий доказательности. В личностной патологии наблюдатель часто опирается на текущую клиническую картину и ее изменения в ходе терапии. В аутизме критически важным становится развитие: как формировались социальная ориентировка, совместное внимание, игра, коммуникативные стратегии, сенсорные предпочтения, как менялись интересы и ритуалы, и как человек адаптировался к среде. Экзоспекция, если она претендует на роль «внешнего наблюдателя», должна уметь работать с данными, которые отражают жизнь человека в протяженности, а не только «моментальную фотографию». Это предполагает анализ долгосрочных паттернов коммуникации, обучения, профессиональной траектории, социальных взаимодействий и стресс-реактивности, где устойчивость и повторяемость имеют диагностическое значение, а ситуативные срывы — лишь производные адаптационных перегрузок.

Ключевой вопрос для экзоспективной диагностики аутизма состоит в том, что «внешние» признаки аутизма нередко являются признаками не дефицита, а иного способа обработки информации. Исторически клиника описывала аутизм как нарушение социального контакта и коммуникации, но современное понимание указывает на сложную структуру: особенности социального внимания и «чтения» намерений, особенности сенсорной интеграции, склонность к предсказуемости, повышенная стоимость неопределенности, а также специфический стиль интересов, где детализация и систематизация могут становиться ресурсом (Baron-Cohen, 2009; Frith, 2003). В экзоспективной модели это означает, что наблюдатель не должен трактовать любое социальное отличие как патологию; он должен оценивать функциональное воздействие признака, его устойчивость и связь с дезадаптацией. Иначе экзоспекция рискует превратиться в инструмент социальной нормализации, что этически и научно неприемлемо.

Экзоспективные данные, применимые к аутизму, принципиально отличаются от данных, применимых к личностной патологии. В личностных расстройствах наиболее информативна динамика конфликтов, аффективных всплесков и межличностных разрывов. В аутизме информативны параметры социального взаимодействия, но не в моралистическом смысле «хочет общаться или нет», а в операционализируемых характеристиках: как распределяется внимание, насколько устойчивы паттерны контакта, как человек использует не-

вербальные сигналы, насколько контекстно-адекватны ответы, как устроена прагматика речи, как быстро меняется тема, как формируется нарратив и насколько он ориентирован на собеседника. Лингвистическая и паралингвистическая информация здесь может быть особенно ценной, поскольку речь и коммуникация являются внешним «выходом» внутренней модели социального мира. Исследовательские направления, связанные с анализом речи, просодии и прагматики, подчеркивают, что отличия могут проявляться в темпе, мелодике, ритме, а также в структуре диалога, где может снижаться спонтанная адаптация к обратной связи собеседника (Fusaroli, Lambrechts, Bang, Bowler, Gaigg, 2017). Экзоспекция, разумеется, не должна превращать эти корреляции в жесткие правила, но может использовать их как элементы вероятностного профиля, особенно при оценке взрослых, где клинический диагноз часто затруднен из-за компенсаторных стратегий и «маскирования».

Маскирование аутистических особенностей у взрослых — один из центральных вызовов современной клинической практики. Многие люди, особенно с сохранным интеллектом, формируют социальные скрипты, которые позволяют внешне выглядеть «нормативно», но ценой высокой внутренней нагрузки, истощения и последующих срывов. В клинике это часто приводит к ошибочным диагнозам тревожных расстройств, депрессии, расстройств личности, иногда даже к неверной интерпретации аутистических особенностей как холодности, манипулятивности или нарциссизма. Экзоспекция может быть полезной именно потому, что она способна обнаруживать расхождение между внешней «успешностью» и физиологическими/поведенческими признаками перегрузки. Если в данных наблюдаются повторяемые циклы истощения после социальных нагрузок, выраженная зависимость стабильности состояния от предсказуемости расписания, повышенная сенсорная чувствительность, выраженная реакция на изменение рутины и частые «shutdown» или «meltdown» реакции, то это может формировать специфическую траекторию, отличающуюся от траекторий личностной патологии, где кризисы обычно более тесно связаны с межличностными конфликтами, оценкой, угрозой привязанности и аффективной дисрегуляцией.

Особая роль в нейроразвитии принадлежит сенсорной сфере. Хотя МКБ-10 не акцентировала сенсорные особенности как центральный диагностический компонент, современная клиническая реальность и международные классификационные подходы признают их значимость: гипер- и гипочувствительность к звукам, свету, прикосновениям, запахам, а также сенсорный поиск. Экзоспекция может фиксировать сенсорную уязвимость опосредованно: через паттерны избегания определенных сред, через стабильные изменения поведения в шумных и многолюдных местах, через изменения сна и вегетативных показателей в контексте сенсорной перегрузки, через характерные стратегии саморегуляции, включая повторяющиеся движения или ритуалы, которые в клинике традиционно описывались как стереотипии, но функционально могут выполнять роль снижения возбуждения и восстановления предсказуемости (Kanner, 1943; Frith, 2003). В экзоспективной модели важно не стигматизировать эти стратегии, а

распознавать их как адаптационные механизмы, особенно если они снижают риск более опасных срывов.

Дифференциальная диагностика аутизма с расстройствами личности является критически важной и методологически сложной. На поверхностном уровне и там, и там могут наблюдаться трудности отношений, эмоциональные реакции, особенности коммуникации. Но причинно-структурная организация различна. В аутизме трудности отношений чаще связаны с особенностями социального восприятия и коммуникации, а не с патологической динамикой привязанности в психодинамическом смысле; эмоциональные реакции часто связаны с перегрузкой и неопределенностью, а не с драматическим конфликтом самооценки или страхом оставления; особенности коммуникации проявляются как прагматические и контекстуальные трудности, а не как манипулятивные сценарии или идеализация-обесценивание. Экзоспекция может усилить точность различения, если она ориентируется на временную стабильность профиля и его раннее происхождение: нейроразвитиенческие признаки проявляются в детстве и остаются относительно постоянными, тогда как личностная патология обычно формируется как более поздняя и контекстно-отношенческая организация, часто с выраженными травматическими и социальными предпосылками (Kernberg, 1984). Однако в реальной практике возможны коморбидные сочетания, и экзоспекция должна быть способна оценивать не только «чистый» аутизм, но и аутизм с вторичными тревожными и аффективными расстройствами, а также аутизм с приобретенными личностными деформациями, возникающими как следствие хронической социальной травматизации.

Существенным элементом нейроразвитиенческого подхода является оценка исполнительных функций, гибкости и планирования. В аутизме нередко обнаруживаются особенности когнитивной гибкости и переключения, что проявляется в трудности адаптации к изменениям, склонности к рутине и ритуалам, а также в специфическом стиле интересов. Экзоспекция может фиксировать это через цифровые следы повседневности: как человек планирует день, насколько устойчивы расписания, как реагирует на внезапные изменения, насколько вариативны маршруты и виды деятельности, как распределяется внимание между задачами. Здесь необходима высокая этическая чувствительность: подобные данные относятся к приватной жизни и должны использоваться только с информированным согласием и строго медицинской целью. Но при соблюдении этих условий экзоспекция может дать то, чего часто не хватает клинике, — объективную картину «стоимости» повседневной адаптации и тех точек, где возникает перегрузка.

Нейроразвитие в целом не исчерпывается аутизмом. МКБ-10/11 включают сюда также синдром дефицита внимания и гиперактивности, специфические расстройства обучения, расстройства развития речи и координации, тики и др. Для экзоспекции важно, что эти состояния часто проявляются как особенности динамики внимания, моторики, импульсного контроля и организации поведения. В цифровой среде такие особенности могут быть заметны в иных «подписях» поведения: трудности длительного удержания внимания, высокая

фрагментация задач, вариативность активности, специфические паттерны сна. Однако интерпретация должна быть строго контекстной: современная цифровая среда сама по себе фрагментирует внимание, и экзоспекция обязана различать культурно обусловленные паттерны и клинические феномены. Это требует построения нормативных моделей, стратифицированных по возрасту, профессии, культурным привычкам и нагрузке, иначе риск ложноположительных выводов станет системным (Kahneman, 2011).

Особое внимание следует уделить коморбидности и вторичным состояниям при аутизме. Тревожные расстройства, депрессия, обсессивно-компульсивные симптомы, нарушения сна, соматоформные жалобы и эпизоды эмоционального выгорания встречаются часто и могут становиться причиной первичного обращения за помощью. В экзоспективной модели это означает, что диагностика аутизма редко является «первой линией» по внешним проявлениям; чаще она является структурной гипотезой, объясняющей устойчивую уязвимость к определенным видам перегрузок и специфику вторичных симптомов. Экзоспекция может поддержать клинициста, показав, что вторичные эпизоды следуют определенному сценарию: накопление социальной или сенсорной нагрузки, нарушение сна, рост тревоги, снижение исполнительской эффективности, затем поведенческий срыв или социальное избегание, затем частичное восстановление при снижении требований. Такой сценарий отличается от сценариев эндогенной депрессии или биполярной динамики, где первичны аффективные сдвиги, и от сценариев личностной патологии, где первичны отношения и конфликты самооценки. Однако окончательное клиническое заключение должно опираться на очную диагностику, развитие и анамнез, потому что «цифровая подпись» не способна заменить биографическую реконструкцию, которая в нейроразвитии является ядром.

Если рассматривать экзоспекцию как научно-практический инструмент, то ее ценность в аутизме и нейроразвитии заключается не столько в «замене» диагностики, сколько в повышении точности функциональной оценки и мониторинга адаптации. В клинике нередко существует разрыв между диагнозом и реальной жизнью: диагноз поставлен, но не ясно, какие именно нагрузки приводят к срывам, какие условия улучшают состояние, как меняется сон, энергия и социальная выносливость, каков профиль сенсорной уязвимости. Экзоспекция может помочь заполнить этот разрыв, если она ориентирована на практические параметры: не на ярлык, а на карту условий, при которых человек функционирует лучше или хуже. Это соответствует современному пониманию нейроразнообразия, где задача медицины — не «исправить личность», а снизить страдание, повысить автономность и качество жизни, уважая различия, если они не приводят к тяжелой дезадаптации (Silberman, 2015).

В заключение важно подчеркнуть, что аутизм ставит для экзоспекции двойной вызов. Первый — научный: необходимо построить модели, которые способны различать устойчивые нейроразвитийные профили от динамических психопатологических состояний, не смешивая различие и патологию. Второй — этический: экзоспективные данные о коммуникации, социальной ак-

тивности и повседневных привычках относятся к наиболее чувствительным областям личной жизни, и их применение без строгих рамок может привести к злоупотреблениям и дискриминации. В контексте этой монографии принципиально важно сохранять позицию, что экзоспекция — это инструмент клинической помощи и научного понимания, а не механизм нормирования и социального контроля. Лишь при такой позиции возможно продуктивное включение ИИ как внешнего наблюдателя в область нейроразвития, где граница между медициной и культурой особенно тонка.

Продолжение логики главы требует далее описать «структурные особенности экзоспективного анализа», то есть те общие принципы и ограничения, которые проявляются особенно отчетливо именно на материале личностных расстройств и нейроразвития: необходимость долгосрочных рядов, контекстной нормировки, различения адаптации и патологии, а также формализации этических барьеров в самой архитектуре системы наблюдения.

14.4. Структурные особенности экзоспективного анализа

Экзоспекция в применении к личностным расстройствам и расстройствам нейроразвития демонстрирует пределы и одновременно наиболее глубокие возможности внешнего наблюдения. Если в аффективных, тревожных и даже психотических расстройствах экзоспективная модель может опираться на относительно выраженные фазовые сдвиги, эпизодичность и маркеры состояния, то в личностной и нейроразвитиенческой области центральным объектом становится структура — то есть устойчивый, многолетний способ организации восприятия, аффекта, поведения и социальных взаимодействий. Здесь система наблюдения сталкивается с фундаментальной методологической задачей: научиться отличать «стабильное отличие» от «стабильной патологии», а также не перепутать устойчивый стиль функционирования с хронически протекающим синдромом, маскирующимся под «характер» (Allport, 1937).

В классической психопатологии различение состояния и черты было важнейшим элементом клинического мышления. Понятия «реакция», «фаза», «эпизод», «синдром» противопоставлялись более постоянным образованиям — «характерологической почве», «личностной организации», «конституции» (Jaspers, 1913; Schneider, 1950). МКБ-10 в целом отражает эту традицию: личностные расстройства описаны как устойчивые паттерны внутреннего опыта и поведения, начинающиеся в подростковом возрасте или ранней взрослости и ведущие к дезадаптации, тогда как аутизм и другие расстройства развития формулируются как нарушения, проявляющиеся с раннего детства и затрагивающие базовые области функционирования. МКБ-11, вводя более измерительный и функциональный подход к личностным расстройствам, усиливает структурную перспективу: ключевой становится степень тяжести расстройства личности и доменные признаки, а не набор категориальных типов; в отношении аутизма закрепляется спектральная модель с оценкой речи и интеллекта. Для экзоспекции это означает необходимость проектирования алгоритмов, которые

по своему устройству ближе к системам анализа траекторий и профилей, чем к системам распознавания «картинок симптомов».

Первой структурной особенностью экзоспективного анализа в этой области становится приоритет времени. В личностных и нейроразвитийных состояниях диагностическое значение имеет не единичный эпизод поведения, а повторяемость, долговременная устойчивость и контекстная инвариантность паттернов. Любая система, построенная на коротком фрагменте данных — даже очень детальном — рискует перепутать ситуативное напряжение, кризис или социальный стресс с «личностью» или «нейроразвитием». Поэтому экзоспекция в этих разделах должна быть, по сути, анализом временных рядов: не столько измерением уровня, сколько выявлением формы и устойчивости кривой. Здесь принципиален вопрос о минимальной длине наблюдения, достаточной для вывода о структуре. В клинике этот минимум задается анамнезом и наблюдением; в экзоспекции он должен задаваться архитектурно — путем встроенного требования к длительности и разнообразию контекстов данных, прежде чем система допускает гипотезу о личностной или нейроразвитийной основе.

Второй структурной особенностью является контекстная нормировка. В отличие от соматической медицины, где измерение часто имеет универсальные референтные диапазоны, поведенческие и коммуникативные параметры чрезвычайно зависят от культуры, профессии, возраста, цифровой среды и социальных ролей. То, что выглядит как социальное избегание в одной среде, может быть нормой в другой; высокая структурированность расписания может быть маркером обсессивного контроля, а может быть профессиональной необходимостью; ограниченность интересов может быть проявлением аутистического профиля, а может быть нормальной специализацией ученого. Классическая критика психиатрической диагностики неоднократно указывала на опасность смещения нормы и патологии через призму культурных ожиданий (Foucault, 1961). Экзоспекция, если она не построит контекстную нормировку в свои модели, воспроизведет этот риск на новом технологическом уровне, сделав ошибку массовой и труднокорректируемой. Следовательно, структурное требование состоит в том, что данные должны интерпретироваться относительно релевантных групп сравнения, стратифицированных по демографическим и социокультурным признакам, а также относительно собственного базового уровня индивида, поскольку в структурных состояниях именно индивидуальная норма часто важнее популяционной (Kahneman, 2011).

Третья особенность — различение функционального ущерба и отличия. МКБ-11 прямо усиливает функциональный критерий как ключевой в оценке тяжести личностной патологии и клинической значимости нарушений. Для аутизма и нейроразвития функциональная перспектива также критична, поскольку многие особенности могут не требовать медицинской интервенции при достаточной поддержке и адаптации среды. Экзоспективный наблюдатель, будучи лишенным непосредственного феноменологического доступа к внутреннему переживанию, склонен переоценивать видимое отличие и недооценивать скрытое страдание, либо, напротив, переоценивать физиологические маркеры

нагрузки, не понимая, являются ли они клинически значимыми. Поэтому экзоспекция должна опираться на связку наблюдаемых паттернов с индикаторами реального ущерба: нарушением обучения и труда, распадом отношений, повторяющимися кризисами, суицидальным поведением, юридическими и социальными последствиями, хроническим истощением и соматической декомпенсацией. Иначе экзоспекция превращается в инструмент описания «инаковости», что противоречит клинической цели и принципу минимизации вреда.

Четвертая структурная особенность — необходимость многоканальности и принцип конвергенции. В личностной и нейроразвищенческой области один канал данных почти никогда не является достаточным. Речь может быть компенсирована, поведение может быть «натренировано», цифровой след может быть фрагментированным, а физиологические данные — неспецифичными. Следовательно, экзоспекция должна функционировать по принципу конвергенции независимых индикаторов: гипотеза о структуре становится обоснованной только тогда, когда разные каналы — речь, социальные взаимодействия, моторика, сон, ритмы активности, паттерны реакции на изменения, длительные сценарии стресса — согласуются между собой. Этот принцип напоминает клиническую логику многомерной диагностики, где значение имеет совпадение данных анамнеза, наблюдения и психологического тестирования. В технологической системе это должно быть реализовано как правило архитектуры: один канал может инициировать гипотезу, но не должен завершать ее подтверждение без подтверждающих признаков из других источников (Ruscio, 2019).

Пятая особенность — асимметрия ошибок и этическая цена ложноположительных выводов. В главах о судебной психиатрии мы отдельно обсудим «цену ошибки», но уже на материале личности и нейроразвития видно, что ложноположительный вывод может иметь долговременные последствия: стигматизацию, неверный маршрут лечения, юридические риски, ограничения в трудоустройстве и социальное маркирование. При этом ложноотрицательный вывод тоже вреден, поскольку оставляет человека без помощи. Однако в структурных расстройствах цена ложноположительности часто выше, потому что «диагноз структуры» воспринимается как характеристика личности или идентичности, а не как временное состояние. Следовательно, экзоспективная система должна быть построена с приоритетом специфичности при выдаче структурных гипотез и с обязательным указанием неопределенности и альтернативных объяснений. Такой подход соответствует вероятностной эпистемологии клинического мышления, где диагноз понимается как гипотеза, уточняемая по мере накопления данных, а не как мгновенный вердикт (Porper, 1959).

Шестая структурная особенность — проблема «обучаемости» наблюдаемого поведения и феномен маскирования. В нейроразвитии и личностной сфере человек может сознательно или бессознательно изменять внешний стиль поведения, в том числе в ответ на ожидания врача, социальные нормы или угрозу санкций. Классическая клиническая традиция учитывала симуляцию и диссимуляцию как особые феномены, но обычно относила их к экспертной практике. В действительности же в обычной клинике, особенно у взрослых с аутизмом и

у пациентов с выраженной личностной организацией, встречаются тонкие формы маскирования и адаптивного «перформанса» (Goffman, 1959). Экзоспекция, работая с данными повседневности, потенциально способна видеть то, что не видно в кабинете: разрыв между внешне «социально правильным» поведением и последующими физиологическими признаками перегрузки, циклы истощения после общения, устойчивые ограничения вариативности поведения. Но одновременно система может быть обманута, если данные собираются в искусственно «показном» режиме, а также если пользователь сознательно корректирует цифровой след. Поэтому структурное требование состоит в том, что экзоспекция должна оценивать не только сами признаки, но и надежность и полноту данных, включая показатели их репрезентативности и вероятности искажения.

Седьмая особенность — необходимость явного разделения феноменологического уровня и уровня интерпретации. Клиническая психопатология традиционно различает описание феномена и его объяснение, подчеркивая, что смысл феномена не сводится к его внешнему проявлению (Jaspers, 1913). Экзоспекция особенно уязвима к смешению уровней, потому что алгоритм легко «перепрыгивает» от наблюдаемого паттерна к объяснению в терминах личности или диагноза. Поэтому структурно необходим двухэтажный формат отчета: сначала «сырое» описание наблюдаемых признаков и статистических характеристик, затем интерпретация, но всегда с альтернативами и указанием ограничений. Это не стилистическая рекомендация, а способ защитить клинициста и пациента от ложной онтологизации модели, когда прогноз или классификация принимаются за реальность. В философии науки подобная ошибка описывается как «реификация» конструкта, и психиатрия имеет долгую историю подобных рисков (Hacking, 1999).

Восьмая особенность — интеграция классификаций МКБ-10/11 в экзоспективный язык. В этих разделах особенно заметно, что традиционные классификации не всегда совпадают с тем, что удобно измерять. МКБ-10 дает категориальные рубрики личностных расстройств, но экзоспективные данные естественным образом описывают измерения: стабильность отношений, интенсивность аффекта, импульсивность, социальная чувствительность, ригидность, склонность к ритуалам, сенсорная реактивность. МКБ-11 в отношении личности и аутизма уже движется к измерительному описанию, что облегчает интеграцию. Следовательно, структурное решение состоит в том, чтобы хранить экзоспективные показатели как непрерывные переменные и затем отображать их на рубрики МКБ-10 и спецификаторы/домены МКБ-11. Тогда система будет одновременно совместима с практикой, где МКБ-10 остается нормативной, и с будущим, где МКБ-11 задает более функциональный язык. В терминах инженерии знаний это означает, что классификация должна быть «слоем интерпретации», а не «слоем данных».

Девятая структурная особенность — необходимость клинического интерфейса неопределенности. В структурных состояниях невозможно честно давать категорические ответы на основании ограниченного наблюдения, и именно

здесь наибольшую опасность представляет иллюзия точности, которую создают цифровые метрики. Клиницист может быть соблазнен числом — баллом, процентом, графиком — и воспринимать его как объективный факт. Но число в экзоспекции всегда является продуктом модели и качества данных. Поэтому система должна быть обязана показывать интервалы неопределенности, диапазоны вероятности, а также указание на то, какие именно каналы дали вклад и где имеются пробелы. Это соответствует принципам ответственного применения ИИ в медицине, где прозрачность и объяснимость рассматриваются как средства уменьшения вреда, особенно в высокорисковых областях психического здоровья (Torol, 2019).

Наконец, десятая структурная особенность — необходимость встроенной этики как инженерного ограничения, а не как внешнего «кодекса». Традиционные этические документы важны, но в цифровой системе они должны быть превращены в архитектурные барьеры: ограничение доступа, минимизация данных, предпочтение локальной обработки, строгие режимы согласия, невозможность вторичного использования данных без явного разрешения, а также режимы безопасного представления результатов, исключающие стигматизирующие формулировки и «приговоры». В отношении личности и нейроразвития это особенно важно, поскольку речь идет о данных, которые могут быть использованы не только медициной, но и работодателями, страховыми компаниями и юридическими системами. Экзоспекция, если она претендует на научно-практическую легитимность, должна исходно предполагать не только эффективность, но и защиту субъекта наблюдения как фундаментальный принцип дизайна (Torol, 2019).

Таким образом, структурные особенности экзоспективного анализа в области личностных расстройств и нейроразвития сводятся к необходимости перехода от «детекции симптомов» к «моделированию профилей и траекторий», от краткосрочных срезов к длительным временным рядам, от универсальных норм к контекстной и индивидуальной нормировке, от одномерных индикаторов к конвергенции многоканальных данных и от формального диагноза к функциональной оценке и клинически осмысленному риску. Именно в этой области становится видно, что экзоспекция — это не просто «алгоритм распознавания», а новая форма клинической эпистемологии, где внешнее наблюдение должно быть дисциплинировано принципами науки, клинического смысла и этической инженерии одновременно. Переход к следующему разделу книги — судебной психиатрии — закономерен: там цена ошибки и необходимость стандартизации превращают все описанные здесь структурные требования в обязательные условия, без которых экзоспекция не имеет права на применение.

ОТДЕЛ V. ЭКЗОСПЕКЦИЯ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ

Глава 15. Судебная экспертиза как вершина психиатрической ответственности

15.1. Цена ошибки в судебной психиатрии

Судебная психиатрия исторически возникла как область, в которой клиническое знание перестаёт быть только медицинским и становится юридически значимым. Если в общей психиатрии ошибка нередко остаётся внутри терапевтического поля — влияя на качество жизни пациента, течение болезни, эффективность лечения, — то в судебной экспертизе ошибка мгновенно приобретает статус социального события и правового факта. Здесь клиническое заключение не просто интерпретирует симптомы; оно влияет на свободу, ответственность, безопасность общества и судьбы множества людей, включая потерпевших, родственников и профессионалов системы правосудия. Именно поэтому судебная экспертиза закономерно описывается как вершина психиатрической ответственности: она требует максимальной строгости в понятиях, доказательности в аргументации и самоконтроля в отношении субъективных искажений (Jaspers, 1913).

Цена ошибки в судебной психиатрии не является метафорой. Она измерима в юридических последствиях, в утрате доверия к институтам и в человеческом страдании. Прежде всего, следует различить два фундаментальных типа экспертной ошибки — ошибку ложноположительного признания психической патологии (или её юридической значимости) и ошибку ложноотрицательного её отрицания. В первом случае субъект может быть неправомерно признан невменяемым или ограниченно вменяемым, что приводит к подмене уголовной ответственности мерами медицинского характера, иногда на неопределённый срок, с высокой вероятностью социальной стигматизации и утраты гражданских возможностей. Во втором случае человек с тяжёлым психическим расстройством может быть признан вменяемым и подвергнут наказанию, которое не только не соответствует его психическому состоянию, но и фактически лишает его необходимой помощи, увеличивая риск суицида, декомпенсации и повторных опасных действий. Сама логика юридической системы делает такие ошибки особенно тяжёлыми: они редко исправляются быстро, а их последствия часто необратимы.

Классическая психопатология подчёркивала, что психиатрическое понимание состоит из двух принципиально разных операций: описания феноменов и их интерпретации в рамках причинных и смысловых связей (Jaspers, 1913). В судебной практике к этому добавляется третий слой — юридическая квалификация психического состояния. Именно здесь возникает опасность «категориальной ошибки», когда клиническая категория механически переводится в юридическую без анализа того, какие элементы психического состояния име-

ют значение для критериев вменяемости, способности руководить своими действиями, понимать их фактический характер и общественную опасность. В результате эксперт может оказаться в ситуации, когда он формально верно диагностирует расстройство по МКБ-10/11, но неверно оценивает его юридическую релевантность. Это одна из наиболее типичных и одновременно самых разрушительных ошибок: она создаёт иллюзию научной строгости, поскольку опирается на классификацию, но на деле нарушает логический мост между психопатологией и правом.

Проблема цены ошибки усиливается тем, что судебная психиатрия работает в зоне конфликтных интересов. Клинический врач ориентирован на благо пациента, эксперт — на истину в контексте правового вопроса, причём истина должна быть коммуницируема суду, который мыслит иными категориями. В экспертной ситуации появляется давление состязательности: сторона обвинения и сторона защиты могут ожидать от эксперта подтверждения своих позиций, а не строгой нейтральной реконструкции. Наконец, существует давление общественного мнения, особенно в резонансных делах: эксперта могут воспринимать как фигуру, определяющую баланс между безопасностью общества и гуманностью к лицу с психической патологией. В такой конфигурации любая ошибка становится не только профессиональной, но и политико-социальной: она может запускать волны реформ, обвинений, ужесточений или, наоборот, недоверия к экспертному знанию как таковому (Foucalt, 1961).

В судебной психиатрии цена ошибки имеет также временное измерение. Экспертиза часто выполняется ретроспективно: требуется реконструировать психическое состояние на момент деяния, который мог быть месяцы или годы назад. Ретроспективность делает эксперта зависимым от источников, которые по своей природе неполны: протоколы допросов, свидетельские показания, медицинские документы, записи камер, цифровые следы, дневники и переписка. Каждый источник несёт собственные искажения. Свидетель может быть заинтересован или ограничен в наблюдательности; протокол может отражать юридический язык, а не клиническую реальность; медицинская документация может быть краткой или стандартизированной; цифровой след может быть фрагментарным и селективным. Чем выше неопределённость данных, тем больше значение имеют когнитивные и аффективные искажения эксперта, тем легче «достроить» историю под одну из версий. Это и есть момент, когда цена ошибки возрастает нелинейно: не потому, что эксперт менее компетентен, а потому, что сама информационная среда экспертизы структурно располагает к ошибке (Kahneman, 2011).

Когнитивная психология давно описала механизмы, которые особенно опасны в экспертной деятельности: эффект якоря, подтверждающее смещение, чрезмерная уверенность, ретроспективная иллюзия предсказуемости (Kahneman, 2011). В судебной психиатрии эти механизмы получают усиливающий контур. «Якорем» может стать формулировка обвинения, яркая деталь преступления или первичный диагноз в карте. Подтверждающее смещение проявляется в том, что эксперт, начав склоняться к версии психоза или симуляции,

начинает неосознанно придавать больший вес данным, которые эту версию поддерживают, и обесценивать противоречия. Чрезмерная уверенность формируется за счёт профессионального опыта и привычки к клиническому мышлению, однако в условиях ретроспекции она может становиться источником ложной категоричности. Таким образом, цена ошибки возрастает не только от объективной сложности случая, но и от психологической архитектуры экспертной процедуры (Kahneman, 2011).

Отдельным аспектом цены ошибки является риск злоупотребления психиатрией как инструментом. История показывает, что в определённых политических контекстах психиатрические категории могут быть использованы для маргинализации и контроля, а экспертные заключения — для придания легитимности репрессивным практикам. Даже если современный эксперт действует добросовестно, само существование такой исторической тени повышает ответственность: он должен демонстрировать максимальную прозрачность аргументации, опираться на воспроизводимые критерии и минимизировать пространство для произвольной интерпретации (Foucault, 1961). В этом смысле экзоспекция, как инструмент стандартизации и объективизации, может быть как фактором защиты, так и фактором риска: если алгоритм встроен в систему без этических ограничений и контроля качества, он способен масштабировать ошибку и придать ей видимость «математической» неизбежности.

Именно здесь становится понятным, почему в судебной психиатрии недостаточно просто «быть точным». Требуется управлять риском ошибки как системной величиной. В инженерных дисциплинах принято различать ошибки случайные и систематические; аналогичный подход применим и к судебной психиатрии. Случайная ошибка может возникнуть из-за уникальности случая или неполноты данных; систематическая — из-за устойчивых дефектов методологии, предвзятости, организационного давления, некачественных стандартов или культурных стереотипов. Систематические ошибки опаснее, потому что они воспроизводятся и создают кумулятивный ущерб: повторяющиеся неверные решения формируют практику, которая затем воспринимается как «норма». Отсюда вытекает центральный тезис данного раздела: цена ошибки в судебной психиатрии требует не только индивидуальной компетентности эксперта, но и строгой стандартизации процедур, прозрачности критериев и инструментов, а также механизмов внешнего контроля.

Если рассматривать проблему через призму МКБ-10/11, то следует подчеркнуть: классификация, даже самая современная, не является автоматическим гарантом правильного судебного вывода. МКБ задаёт язык описания расстройств и критерии их диагностики, но не подменяет собой юридическую оценку и не отменяет необходимости реконструкции функциональных способностей субъекта в конкретной ситуации. Более того, переход от МКБ-10 к МКБ-11, усиливая измерительный и функциональный подход, потенциально облегчает формализацию экспертных выводов, но одновременно требует от эксперта большей дисциплины: оценка степени нарушений, контекстных факторов и функциональной состоятельности становится более явной и, следовательно, бо-

лее проверяемой. Это может уменьшать произвольность, но увеличивает требования к документированию, иначе измерительный подход превращается в «риторику цифр» без реального измерения.

В контексте экзоспекции психики цена ошибки приобретает ещё одно измерение: технологическое. Ошибка может возникнуть не только на уровне клинической интерпретации, но и на уровне данных, алгоритмов и их внедрения. Ошибка данных включает искажения источников, шум, неполноту, селективность, манипуляцию цифровым следом и несоответствие временных меток. Ошибка модели включает некорректные предпосылки, перенос обучающих выборок на иные популяции, скрытые корреляции, которые в судебном контексте превращаются в дискриминацию. Ошибка внедрения включает неверное понимание выводов модели судьёй или экспертом, использование системы вне её границ применимости и подмену экспертного рассуждения «рейтингом риска». В результате экзоспекция может либо снижать цену ошибки, делая анализ более воспроизводимым, либо увеличивать её, если система превращается в авторитетный, но непрозрачный «чёрный ящик». Это требует, чтобы в судебной области экзоспекция рассматривалась не как дополнительный инструмент комфорта, а как объект строгой валидации и профессиональной регуляции (Torol, 2019).

Таким образом, цена ошибки в судебной психиатрии складывается из трёх взаимосвязанных компонентов: клинического, юридического и системно-технологического. Клинический компонент связан с правильностью диагностики и реконструкции состояния, юридический — с корректным переводом психопатологии в язык правовых критериев, системно-технологический — с качеством процедур, данных и инструментов, которые обеспечивают воспроизводимость и контроль. Судебная психиатрия, будучи вершиной ответственности, требует не только знаний, но и особой эпистемической дисциплины: способности удерживать неопределённость, сопротивляться давлению внешних ожиданий и строить заключение так, чтобы оно было проверяемым. Именно на этом основании следующая подглава закономерно перейдёт к причинам расхождения экспертных заключений: расхождения являются не «ошибкой характера» экспертов, а системным симптомом той самой цены ошибки, которая неизбежно возрастает там, где психиатрия пересекается с правом (Kahneman, 2011; Jaspers, 1913).

15.2. Причины расхождения экспертных заключений

Расхождение экспертных заключений в судебной психиатрии часто воспринимается обществом и правоприменителем как свидетельство «ненадёжности» самой дисциплины. Однако в действительности оно является закономерным проявлением того, что судебно-психиатрическое знание располагается на стыке трёх различных рациональностей: клинической, юридической и социально-институциональной. Каждая из них предъявляет собственные требования к доказательности, языку описания и допустимому уровню неопределённости.

Если клиническая психиатрия допускает вероятностность и динамическую коррекцию гипотез, то право, напротив, ориентировано на бинарное решение, фиксированное во времени и процессуально оформленное. Именно необходимость «перевода» психического состояния в юридически значимую формулу создаёт структурное поле для расхождений: различие заключений не всегда означает ошибку одного эксперта и правоту другого, а часто отражает несовпадение используемых эпистемических рамок и источников данных (Jaspers, 1913).

Одним из наиболее фундаментальных источников расхождений является феноменологическая природа психопатологии. Психиатрические признаки, в отличие от соматических, редко являются полностью наблюдаемыми и воспроизводимыми вне коммуникации. Даже такие, казалось бы, «объективные» феномены, как психомоторное возбуждение или выраженный кататонический синдром, требуют интерпретации в контексте, а большая часть симптоматики опосредована речью, поведением и отношениями пациента с наблюдателем. Ясперс подчёркивал, что психиатрическое понимание включает смысловую реконструкцию субъективного опыта, а смысловая реконструкция неизбежно зависит от того, какие вопросы заданы и какие горизонты понимания доступны исследователю (Jaspers, 1913). В судебной экспертизе, где взаимодействие с подэкспертным ограничено по времени, а мотивы скрывания или искажения информации нередко значимы, эта зависимость усиливается. Разные эксперты, опираясь на разные наборы вопросов и различные способы построения интервью, могут извлечь разные «феноменологические профили» одного и того же человека, что затем приводит к расхождениям в диагностической и юридической интерпретации.

Второй пласт причин связан с тем, что судебная экспертиза обычно работает с неполными и неоднородными данными. В отличие от клиники, где доступна динамика наблюдения, эксперт нередко вынужден реконструировать прошлое состояние на основании фрагментов: протоколов, характеристик, видеозаписей, медицинских выписок, цифровых следов и свидетельских показаний. Эти источники обладают различной достоверностью, разной степенью контекстной насыщенности и различным уровнем «психопатологической чувствительности». Протокол допроса может фиксировать поведенческую странность, но не описывать внутренний опыт; свидетель может помнить эмоциональную вспышку, но не улавливать тонкие когнитивные нарушения; медицинская карта может содержать формальный диагноз без феноменологического обоснования; видеозапись, напротив, даёт поведенческую детализацию, но лишена сведений о мотивации и субъективном смысле. Различие заключений часто возникает не потому, что один эксперт «хуже», а потому, что он придаёт различный вес разным типам источников, формируя разные реконструкции. Здесь проявляется классическая проблема доказательственного материала: в судебной психиатрии доказательство является не столько фактом, сколько организованным ансамблем фактов, и ансамбль может быть собран разными способами (Kahneman, 2011).

Существенную роль играют и различия в диагностических парадигмах. Даже при опоре на одну и ту же классификацию (МКБ-10/11) эксперт может использовать разные уровни описания: один будет мыслить преимущественно категориально («есть/нет шизофрении», «есть/нет расстройства личности»), другой — измерительно и функционально («какая степень нарушений», «какие домены функционирования нарушены», «насколько выражена дезорганизация»). МКБ-11 в большей степени поддерживает функциональную и измерительную логику, включая оценку выраженности и контекстных факторов, тогда как МКБ-10 исторически сильнее закрепляла категориальный подход с акцентом на синдромальные комплексы. В судебной практике столкновение этих логик может приводить к различным выводам о юридической значимости состояния. Два эксперта могут одинаково видеть психопатологию, но один будет считать её достаточной для вывода о существенном нарушении критики и волевого контроля, а другой — нет, поскольку по-разному интерпретирует функциональные последствия и их связь с моментом деяния.

Здесь неизбежно возникает вопрос об уровне абстракции, на котором эксперт формирует заключение. Клиническая диагностика ориентирована на устойчивые паттерны расстройства, тогда как право требует оценки состояния в конкретный момент и конкретной ситуации. Расхождение часто появляется в точке, где один эксперт переносит «общее» состояние личности и анамнеза на момент деяния, а другой строго ограничивает выводы только теми признаками, которые доказуемо присутствовали именно тогда. Ретроспективность усиливает риск «телескопирования» — тенденции воспринимать прошлое как более однородное и предсказуемое, чем оно было, и «подтягивать» события к текущему диагнозу (Kahneman, 2011). Если после деяния у человека выявляется тяжёлый психоз, то существует естественное искушение считать, что психоз был и в момент деяния в сопоставимой выраженности. Однако клиническая динамика психотических расстройств показывает, что выраженность симптомов, сохранность критики и способность к целенаправленному поведению могут существенно колебаться, а «наличие диагноза» не тождественно «наличию юридически значимой невменяемости» (Bleuler, 1911).

Когнитивные искажения эксперта представляют собой отдельный и чрезвычайно важный механизм расхождений. Судебная экспертиза по своей природе создаёт сильные «якоря»: формулировка постановления, описание преступления, квалификация деяния, эмоциональная реакция на материалы дела. Исследования в области когнитивной психологии демонстрируют, что даже высококвалифицированные специалисты подвержены эффектам якорения, подтверждающего смещения и эффекта фрейминга, особенно когда решение должно быть принято в условиях неопределённости и высокой ответственности (Kahneman, 2011). Разные эксперты могут получать материалы дела в разной последовательности, уделять внимание разным аспектам и по-разному «кадрировать» ситуацию. Один начнёт с медицинской документации и увидит клиническую линию, другой — с описания деяния и увидит криминологическую линию, третий — с показаний свидетелей и увидит социально-поведенческую ли-

нию. Эти различия в стартовой точке порождают различные гипотезы, а далее включается подтверждающее смещение: гипотеза начинает управлять выбором значимых фактов.

Судебно-психиатрическая экспертиза, кроме того, неизбежно сталкивается с проблемой симуляции и диссимуляции. Подэкспертный может сознательно усиливать симптомы для ухода от ответственности или, напротив, скрывать патологию, чтобы избежать принудительных мер медицинского характера. Но даже при отсутствии намеренной лжи существует «непроизвольная симуляция» в широком смысле — драматизация, ситуативная демонстративность, вторичная выгода, а также искажение самоотчёта под влиянием тревоги, стыда или внушаемости. Разные эксперты по-разному оценивают достоверность симптомов, поскольку используют разные критерии и обладают разным опытом выявления симулятивных стратегий. Это одна из причин, почему расхождения особенно часты в пограничных состояниях, расстройствах личности, субпсихотических феноменах и ситуациях, где психопатология может быть смешана с девиантным поведением или зависимостью (Hare, 1991).

Существенным фактором является и неодинаковая «школа» психопатологического мышления. Внутри российской и постсоветской традиции сильны определённые клиничко-динамические подходы и акцент на синдромологию, тогда как в ряде западных школ более распространены операционализированные критерии и измерительные шкалы. Даже если эксперт формально использует МКБ, его клиническое мышление может оставаться преимущественно синдромологическим, типологическим или, наоборот, функционально-оценочным. Это создаёт различие в том, какие признаки считаются «ядром» расстройства, а какие — вторичными. Исторически психиатрия развивалась как поле конкурирующих теоретических рамок, и судебная практика унаследовала эту множественность (Kraepelin, 1913; Bleuler, 1911). Следовательно, расхождения могут быть проявлением не индивидуальной ошибки, а эпистемологического плюрализма внутри дисциплины, который в клинике допустим, но в суде приобретает конфликтный характер.

Нельзя игнорировать и институциональные условия экспертизы. Различия в регламентах, доступном времени, нагрузке, условиях наблюдения, составе комиссии, наличии стационара или амбулаторного формата — всё это влияет на полноту данных и глубину анализа. В условиях высокой нагрузки эксперт может ограничиться более формализованным, «коротким» выводом, тогда как при возможности длительного наблюдения выявляются динамические особенности психического состояния, которые радикально меняют оценку. Кроме того, комиссионный формат сам по себе не гарантирует единства: он может усиливать групповые эффекты, включая конформность, авторитетное давление и стремление к компромиссной формуле, которая не всегда совпадает с наиболее обоснованной (Kahneman, 2011). Таким образом, расхождения заключений могут возникать как из-за различия индивидуальных интерпретаций, так и из-за различия организационных контекстов, в которых формируется экспертный продукт.

В перспективе экзоспекции важным становится вопрос о том, может ли инструментальное наблюдение уменьшить расхождения или, напротив, создать новый тип расхождений. Экзоспекция потенциально снижает вариативность там, где речь идёт о повторяемых измерениях: речевые параметры, динамика сна и активности, временные ряды вегетативных показателей, стабильные паттерны социального взаимодействия. Когда разные эксперты опираются на один и тот же массив структурированных данных, уменьшается пространство для произвольной селекции фактов и для «интуитивной» реконструкции. Однако экзоспекция не устраняет расхождения полностью, потому что интерпретация данных остаётся частью экспертной деятельности. Более того, появляются новые источники вариативности: различие в используемых моделях, порогах, метриках, а также различие в том, как эксперт соотносит алгоритмический вывод с юридическими критериями. Если один эксперт воспринимает алгоритмическую оценку риска как вспомогательный материал, а другой — как центральный аргумент, их заключения могут вновь расходиться, но уже в иной плоскости: «конфликт интерпретаций алгоритма» становится аналогом конфликта интерпретаций клинических феноменов (Torol, 2019).

В итоге причины расхождения экспертных заключений следует понимать как системную композицию факторов: феноменологической неоднозначности психопатологии, неполноты ретроспективных данных, различий в диагностических парадигмах, когнитивных искажений, проблем достоверности симптомов, различий школ и институциональных контекстов. Сама структура судебной экспертизы, требующая перевода динамической и вероятностной клинической реальности в фиксированное юридическое решение, делает некоторую долю расхождений неизбежной. Следовательно, центральный профессиональный вопрос состоит не в утопическом устранении расхождений, а в уменьшении их частоты и тяжести путём повышения прозрачности аргументации, стандартизации процедур и внедрения воспроизводимых инструментальных контуров контроля. Именно к этому логически ведёт следующая подглава, посвящённая пределам традиционных комиссионных подходов: комиссия часто рассматривается как универсальное средство согласования мнений, но в действительности она имеет собственные эпистемические ограничения, которые должны быть подвергнуты критическому анализу (Kahneman, 2011; Jaspers, 1913).

15.3. Пределы традиционных комиссионных подходов

Комиссионная судебно-психиатрическая экспертиза исторически воспринималась как институциональный ответ на фундаментальную неопределённость психиатрического знания в правовом поле. Сама идея комиссии предполагает, что множественность взглядов компенсирует индивидуальные ошибки, а коллективное обсуждение повышает обоснованность решения. В этом смысле комиссия выполняет одновременно эпистемическую и социально-легитимирующую функцию: она не только производит заключение, но и «пока-

зывает» суду и обществу, что решение не является частным мнением одного специалиста, а представляет собой консенсус профессионального сообщества (Jaspers, 1913). Однако комиссионность не устраняет базовые ограничения интерспективной диагностики; более того, она создаёт собственные источники систематической погрешности. В условиях современной судебной психиатрии, где цена ошибки максимальна, а требования к воспроизводимости возрастают, пределы комиссионного подхода становятся предметом не критики «в целом», а точного анализа того, какие виды неопределённости комиссия действительно снижает и какие — лишь маскирует (Kahneman, 2011).

Первое ограничение комиссии связано с тем, что она остаётся коллективным вариантом той же интерспективной процедуры. Если исходный материал формируется через клиническую беседу и наблюдение, то комиссия, по сути, суммирует и согласует интерпретации субъективно полученных феноменов. Согласование интерпретаций не тождественно повышению истинности: два или три эксперта могут прийти к одному выводу не потому, что он наиболее точен, а потому, что они используют сходные когнитивные схемы, обучались в одной традиции и разделяют одинаковые диагностические «интуиции». В терминологии философии науки это означает, что комиссионность может укреплять внутреннюю согласованность внутри одной парадигмы, но не гарантирует внешнюю валидность по отношению к реальному психическому состоянию подэкспертного (Kuhn, 1962). Именно поэтому комиссии, принадлежащие к разным школам или работающие в разных институциональных контекстах, способны формировать устойчиво различные заключения по сходным случаям: комиссионность воспроизводит парадигму, а не нейтрализует её.

Второй предел комиссионного подхода возникает из особенностей групповой динамики. Коллективное обсуждение склонно к феноменам конформности, поляризации мнений и авторитетного давления. В экспертной среде, где иерархия не всегда формальна, но почти всегда присутствует, мнение наиболее опытного или наиболее уверенного участника способно становиться доминирующим якорем, вокруг которого выстраиваются остальные аргументы. Современная когнитивная психология показывает, что в группах особенно выражены эффекты «социального доказательства» и «иллюзии согласия», когда участники подстраивают свои позиции под ожидаемую норму группы, снижая вероятность предъявления альтернативных гипотез (Kahneman, 2011). В судебной психиатрии это означает, что комиссия может не столько выявлять ошибки, сколько сглаживать различия, производя компромиссную формулировку, удобную процессуально, но не обязательно оптимальную клинически. Тем самым комиссия иногда снижает видимость неопределённости, не снижая её фактически, что в правовом контексте особенно опасно: иллюзия высокой надёжности повышает уверенность суда в решении, которое может быть построено на недостаточно проверяемых основаниях.

Третье ограничение касается информационной базы. Комиссия не создаёт новых данных автоматически; она оперирует тем же набором материалов дела, теми же документами, теми же протоколами и той же ограниченной воз-

возможностью ретроспективной реконструкции. Если ключевые данные отсутствуют или искажены, то коллективность не превращает пустоту в доказательство. Более того, комиссионный формат иногда усиливает «эффект общих знаний»: в групповой дискуссии доминируют сведения, известные всем участникам (например, формальные материалы дела), тогда как уникальные наблюдения одного эксперта (тонкие признаки мышления, специфические особенности аффективной модуляции, микросигналы диссоциации) могут не получить должного веса, поскольку не подтверждаются другими и не укладываются в общий нарратив (Kahneman, 2011). В результате комиссия может непреднамеренно систематически недооценивать редкие, но клинически значимые признаки, особенно в ситуациях смешанной патологии, где решающее значение имеет именно «малое различие» в феноменологии.

Четвёртый предел комиссионности заключается в особенностях юридической задачи. Судебная экспертиза обязана ответить на вопросы, сформулированные правом: о вменяемости, дееспособности, способности понимать значение своих действий и руководить ими, а также о наличии расстройства и его влиянии на функциональные способности. Эти вопросы задают бинарную или квазибинарную структуру решения. Комиссия, стремясь к определённости, нередко производит заключение в терминах «да/нет», тогда как клиническая реальность устроена континуально. Даже в рамках МКБ-11 усиливается акцент на степени выраженности нарушений и функциональных последствиях, что предполагает измерительную и вероятностную логику, но судебная процедура часто требует категоризации. Комиссия, работая в режиме правового давления, может преждевременно «схлопывать» неопределённость и превращать вероятностный клинический профиль в фиксированную юридическую квалификацию. Это не всегда является ошибкой в формальном смысле, но является эпистемическим компромиссом: комиссия обеспечивает процессуальную завершённость, но платой за это становится потеря нюансировки, от которой иногда зависит судьба человека.

Пятый предел связан с диагностической неоднозначностью психотических и пограничных феноменов и с проблемой различения «психопатологии» и «аномального поведения». В тех случаях, где имеется явный психоз с грубым нарушением реальности-тестинга, комиссия чаще достигает согласия. Но чем ближе случай к границам — расстройства личности с эпизодической диссоциацией, зависимость с интоксикационными психотическими эпизодами, субпсихотические состояния, постстрессовые реакции, — тем сильнее роль интерпретации и тем выше вероятность расхождения. Комиссия здесь становится не инструментом верификации, а ареной конкуренции объяснительных моделей. Одни участники будут трактовать феномены как выражение эндогенного процесса в традиции Крепелина и Блейлера, другие — как реактивные или личностно-обусловленные состояния, третьи — как симулятивные стратегии (Kraepelin, 1913; Bleuler, 1911). В комиссионном формате победа одной модели может быть обусловлена не качеством доказательств, а культурой учреждения, доминирующей школой и предшествующими практиками. Так комиссионность ино-

гда превращается в механизм институциональной стабилизации, а не научного поиска.

Шестой предел комиссии особенно важен в контексте симуляции и диссимуляции. Принято считать, что несколько экспертов легче распознают обман. Однако симуляция в судебной психиатрии редко проявляется как грубая и примитивная; чаще это тонкая стратегия управления впечатлением, опирающаяся на вторичную выгоду и ситуативные сценарии поведения. Комиссия действительно может снизить вероятность прямого введения в заблуждение, но она не устраняет проблему принципиальной недоступности «внутреннего состояния» без внешних данных. Более того, подэкспертный нередко адаптируется к комиссии, выбирая стратегию поведения, рассчитанную на групповое восприятие: он может быть более драматичен, более насторожён, более угодлив или, напротив, более отстранён, чем в индивидуальном интервью. Это создаёт дополнительную вариативность поведения, которую комиссия затем интерпретирует. В результате комиссионность может снижать риск грубой ошибки, но не гарантирует точности в тонких случаях, где решающим является сопоставление поведения с объективной динамикой в реальной жизни, а не только в ситуационной рамке экспертного обследования (Hare, 1991).

Седьмой предел комиссионного подхода связан с тем, что комиссия плохо работает с временными рядами и динамикой. Судебная психиатрия по природе ретроспективна и контекстуальна: состояние на момент деяния может отличаться от состояния в момент экспертизы, а динамика симптомов способна быть нелинейной. Комиссия, даже при стационарном наблюдении, часто фиксирует «срез» и затем реконструирует прошлое по косвенным признакам. Однако для точной реконструкции требуется не только «срез», но и систематический массив данных о поведении до, во время и после события: дневниковые записи, телефонные паттерны, социальные взаимодействия, объективные признаки сна и активности, устойчивые особенности речи. Комиссия в традиционном формате опирается на то, что доступно в деле, но дело редко содержит подобные систематические временные ряды. Поэтому комиссия часто вынуждена заменять динамику нарративом: последовательностью событий, рассказанных подэкспертным или свидетелями. Нарратив же подвержен искажению памяти, внушаемости и ретроспективной рационализации, что хорошо описано в психологических исследованиях (Kahneman, 2011). Следовательно, комиссионность слабо компенсирует отсутствие динамических данных и не обеспечивает «темпоральную доказательность» заключения.

Восьмой предел комиссионности проявляется в отношении стандартизации: комиссия нередко воспринимается как форма стандарта, хотя по сути является организационным решением, а не методологическим. Стандартизация требует заранее определённых процедур сбора данных, критериев оценки, шкал и правил сопоставления фактов. Комиссия же часто функционирует как профессиональный диалог, структура которого зависит от конкретных людей и обстоятельств. Это означает, что две комиссии в разных учреждениях могут действовать по различным «скрытым протоколам», не обязательно артикулирован-

ным. В результате комиссия не создаёт воспроизводимости как таковой: она создаёт воспроизводимость внутри данного учреждения и внутри данной традиции, но не обеспечивает межинституциональной сопоставимости. МКБ-10/11 задают диагностические рамки, но не определяют экспертные процедуры в деталях; следовательно, без методологического стандарта комиссия остаётся вариативной системой, а вариативность в судебной сфере является прямым источником рисков.

В контексте экзоспекции эти ограничения приобретают особую ясность. Комиссия является попыткой повысить надёжность за счёт множества наблюдателей, но она не преобразует сам тип данных: остаётся доминирование интерспективного материала и интерпретаций. Экзоспекция, напротив, предлагает изменить эпистемический субстрат экспертизы: дополнить или частично заменить субъективно извлекаемые признаки инструментально фиксируемыми параметрами, воспроизводимыми вне личности эксперта. Это не означает отмены комиссии: коллективное решение сохраняет значение как механизм юридической ответственности и профессионального контроля. Однако роль комиссии в экзоспективной модели должна быть иной: не «коллективное мнение» как источник истины, а «коллективная верификация» формализованных данных, сопоставление клинических выводов с измеряемыми паттернами и контроль за корректностью интерпретации алгоритмических отчётов (Torol, 2019).

Тем самым пределы традиционных комиссионных подходов можно сформулировать как пределы организационного решения, пытающегося компенсировать методологическую проблему. Комиссия снижает риск единичной ошибки, но не устраняет фундаментальную неоднозначность феноменологического материала, не создаёт новых данных, не гарантирует свободы от когнитивных искажений, плохо работает с динамикой и не обеспечивает межинституциональной воспроизводимости. Отсюда логически вытекает необходимость стандартизации не только в смысле формальных регламентов, но и в смысле внедрения измерительных контуров, которые позволят фиксировать параметры психического состояния независимо от наблюдателя. Именно этому посвящена следующая подглава, где стандартизация рассматривается как переход от «согласованного мнения» к «воспроизводимому доказательству», а экзоспекция — как технологическая основа такого перехода (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

15.4. Необходимость стандартизации

Проблема стандартизации в судебной психиатрии возникает не как административная прихоть и не как попытка «унифицировать живое», а как прямое следствие той эпистемологической ситуации, которую мы последовательно описывали в предыдущих разделах: психиатрическая реальность феноменологически богата, наблюдаемые проявления многозначны, а цена юридического решения такова, что общество требует не только профессиональной добросовестности, но и проверяемой воспроизводимости выводов. В клинической медицине стандартизация развивалась по мере того, как возникали измерительные

системы, позволяющие отделить наблюдаемое от интерпретируемого. Судебная психиатрия исторически оказалась в более сложной позиции: она должна давать категоричные ответы о функциональных способностях человека, опираясь на данные, которые в значительной части извлекаются через коммуникацию и клиническую интерпретацию. Поэтому стандартизация здесь — это не второстепенная «организационная» тема, а методологическое условие самой возможности справедливого правоприменения (Jaspers, 1913).

Под стандартизацией в контексте судебной экспертизы корректно понимать не единый «формуляр» и не регламент, который механически применяют к каждому случаю, а систему воспроизводимых процедур, в которой заранее определены: какие данные считаются релевантными, как они собираются, как проверяется их надёжность, как осуществляется сопоставление клинических феноменов с диагностическими рамками и как переводится клиническое описание в юридически значимую функциональную оценку. В этом смысле стандартизация является мостом между двумя языками — клиническим и юридическим — и одновременно способом дисциплинировать когнитивные и институциональные искажения, описанные в разделе о пределах комиссионности (Kahneman, 2011). Комиссия сама по себе не стандартизирует: она лишь коллективно обсуждает. Стандартизация же конструирует условия, при которых обсуждение опирается на сопоставимые данные и формализованные правила вывода, а значит, становится более проверяемым и менее зависимым от личности эксперта или локальной школы.

Здесь важно подчеркнуть: стандартизация не означает обеднение клинического мышления. Напротив, она делает возможным более точное разделение того, что относится к наблюдаемым фактам, и того, что относится к гипотезам. Классическая психопатология, начиная с Ясперса, настойчиво требовала различать «понимание» и «объяснение», феноменологическое описание и каузальную интерпретацию (Jaspers, 1913). Судебная психиатрия особенно нуждается в этом различии, потому что правовая система вынуждена принимать решения на основании того, что можно предъявить как доказательное. Стандартизация превращает феноменологическую дисциплину в процедурную дисциплину: она задаёт не только язык описания, но и правила того, как описание становится выводом.

Особое значение стандартизация приобретает в условиях параллельного существования и практической необходимости соотнесения МКБ-10/11. Эти классификации различаются не только структурами рубрик, но и самим акцентом: МКБ-11 сильнее ориентирована на клиническую полезность, функциональные последствия и степень выраженности, вводит и уточняет подходы, которые не всегда имеют прямой «перевод» в МКБ-10. Судебная практика, особенно в переходных правовых и организационных контекстах, неизбежно сталкивается с проблемой несопоставимости формулировок: разные эксперты могут одинаково описывать феноменологию, но называть её разными кодами и, что важнее, по-разному трактовать её юридическое значение. Стандартизация в такой ситуации должна включать не только диагностический слой, но и слой

трансляции: заранее определённые правила, каким образом диагноз по МКБ-10 и диагноз по МКБ-11 соотносятся с функциональными критериями, релевантными для суда, и как фиксируется степень уверенности в каждом из выводов.

Однако самая трудная часть стандартизации — это вопрос не «каким кодом назвать», а «какими данными обосновать». В судебной психиатрии данные традиционно строятся вокруг клинического интервью, наблюдения, анализа документов и ретроспективной реконструкции. Эти источники неизбежно подвержены вариативности. Следовательно, стандартизация должна включать внедрение инструментальных контуров, которые обеспечивают воспроизводимость хотя бы части наблюдений. Речь не о подмене клинической беседы «анкетой», а о том, чтобы ключевые элементы психического статуса и функциональной оценки фиксировались с использованием структурированных методик, валидированных шкал и прозрачных критериев интерпретации. Международная клиническая традиция давно развивает структурированные интервью и рейтинговые шкалы именно как ответ на проблему межэкспертной надёжности (Spitzer, 1983; First, 2014). Судебная психиатрия нуждается в аналогичном шаге, но с поправкой на свою специфику: оценка должна быть связана не просто с диагнозом, а с компетентностью, критикой, волевым контролем, пониманием, прогнозом опасности и риском симуляции (Heilbrun, 2001; Rogers, 2008).

Стандартизация в судебной сфере, тем самым, имеет двойную направленность. С одной стороны, она повышает научную доброкачественность экспертизы: делает возможным сопоставление случаев, накопление данных, обучение и аудит. С другой стороны, она повышает юридическую доброкачественность: объяснимость выводов, прозрачность аргументации и проверяемость процедур. Праву недостаточно услышать «комиссия так решила»; право должно понимать, какие наблюдения и какие правила вывода стояли за решением. Это особенно важно в системах, где суд и стороны процесса всё чаще требуют не авторитетного мнения, а демонстрации логики заключения, включая указание на альтернативные гипотезы и основания их исключения (Faigman, 2013). Стандартизированная экспертиза не отменяет клинического суждения, но делает его структурированным и предъявимым, а значит — потенциально оспоримым и проверяемым, что является необходимым условием справедливости.

В контексте экзоспекции стандартизация получает дополнительное измерение. Если традиционная стандартизация ограничивается протоколами интервью, перечнями вопросов и формой заключения, то экзоспективная стандартизация включает стандарты данных: как собираются цифровые следы, как обеспечивается их качество, как описывается контекст, как учитываются источники смещения и как осуществляется калибровка алгоритмов. Без стандарта данных любая ИИ-система превращается в «чёрный ящик», где воспроизводимость результата иллюзорна: алгоритм может выдавать устойчиво одинаковые ответы, но на разных данных, собранных по разным правилам, эти ответы будут несопоставимы и методологически невалидны (Goodfellow, 2016). Поэтому экзоспекция, если она претендует на судебную применимость, обязана быть встроена в строгий контур стандартов: стандартов сбора, стандартов хранения,

стандартов анонимизации, стандартов интерпретации, стандартов отчётности и стандартов контроля качества (ISO, 2019; WHO, 2021).

Ключевой вызов здесь — различить два вида объективности. Первая — «объективность процедуры», то есть одинаковость шагов сбора и анализа. Вторая — «объективность содержания», то есть истинность вывода о психическом состоянии и его функциональных последствиях. Экзоспекция может резко усилить объективность процедуры: алгоритм одинаково обрабатывает речь, видео, параметры сна и активности. Но без клинической рамки и без стандартизированного контекста это не гарантирует объективности содержания. Психотическая симптоматика, личностная патология, аутистический спектр и даже выраженная тревога могут иметь пересекающиеся поведенческие проявления на уровне моторики, просодии и социальных паттернов. Следовательно, стандартизация должна включать клинико-онтологический слой: правила, связывающие наблюдаемые паттерны с диагностическими и функциональными конструкциями, и обязательно — правила проверки альтернативных объяснений, включая соматические факторы, интоксикации, нейрокогнитивные нарушения и культурно-языковые особенности (Topol, 2019).

Отдельного внимания требует юридически чувствительная тема: риск формального «объективизма», когда стандартизированная процедура начинает восприниматься как гарантия истинности. Судебная психиатрия не может позволить себе подмену доказательности ритуалом. Стандарт должен быть не декоративным, а критическим: он обязан включать процедуры выявления ошибок и неопределённости. В зрелых измерительных науках стандарт всегда предполагает оценку погрешности; в судебной психиатрии аналогом погрешности является указание на степень уверенности, на качество исходных данных, на наличие противоречий и на условия, при которых вывод мог бы измениться. Это означает, что стандартизированное заключение должно быть не «категоричнее», а честнее: оно должно уметь фиксировать вероятностную структуру знания, не разрушая юридическую применимость. Такой подход согласуется с современной тенденцией перехода от «диагноза как ярлыка» к «профилю состояния» и функциональному описанию, заметной в МКБ-11.

Наконец, стандартизация является единственным реалистичным способом институционального обучения и прогресса судебной психиатрии. Без стандартов невозможно накопление сопоставимых кейсов, невозможно формирование валидированных моделей, невозможно корректное сравнение экспертиз разных учреждений и невозможно внедрение экзоспекции как воспроизводимого инструмента. Системы, не имеющие стандартов, обучаются плохо: каждый эксперт учится на своих случаях, каждый коллектив воспроизводит свою традицию, и в итоге «опыт» не превращается в измеримое улучшение качества. Стандартизация делает возможным аудит, обратную связь и научное развитие, потому что превращает практику в данные. Это особенно существенно в судебной сфере, где любые инновации должны быть не просто технологически интересны, но и доказательно надёжны, этически допустимы и юридически устойчивы (Heilbrun, 2001; Topol, 2019).

Таким образом, необходимость стандартизации в судебной психиатрии следует рассматривать как логическое требование научной и правовой рациональности. Комиссионность обеспечивает социальную и профессиональную легитимацию, но не гарантирует воспроизводимости; классификации МКБ-10/11 задают рамки, но не определяют процедуру; клиническое мастерство незаменимо, но подвержено когнитивным и институциональным смещениям. Стандартизация, дополненная экзоспективными измерительными контурами, создаёт возможность новой формы экспертного знания: знания, которое остаётся клинически содержательным, но становится процедурно проверяемым и межинституционально сопоставимым. Это и есть тот переход от «согласованного мнения» к «воспроизводимому доказательству», который подготавливает нас к следующей главе, где экзоспекция рассматривается уже не как общий принцип, а как конкретный судебно значимый инструмент реконструкции психического состояния и функциональных способностей на момент деяния (Kahneman, 2011; Jaspers, 1913).

Глава 16. Экзоспекция при оценке вменяемости

16.1. Вменяемость как клинико-юридическая конструкция

Понятие вменяемости занимает в судебной психиатрии особое положение, поскольку оно принадлежит одновременно двум различным порядкам знания: клиническому и юридическому. В клинике мы имеем дело с расстройствами психики как с феноменами и синдромами, имеющими свою динамику, этиологические гипотезы, типичные исходы и терапевтические траектории. В праве же речь идёт о границах ответственности и о допустимости приписывания субъекту деяния как действия, совершённого при сохранности определённых способностей. Именно поэтому вменяемость корректно рассматривать не как «диагноз» и не как простой вывод эксперта, а как клинико-юридическую конструкцию: нормативно закреплённую рамку, в которую клиническое знание должно быть переведено в форме функциональных ответов на вопросы суда (Morse, 2000). С этой точки зрения психиатрическая экспертиза оказывается не «применением медицины к праву», а процедурой трансляции между несовпадающими языками описания — языком психопатологии и языком юридически значимых способностей.

Исторически судебная психиатрия возникла как попытка согласовать гуманистический принцип справедливости с фактом психической патологии. Уже классические дискуссии XIX–начала XX века показывали, что правовая система стремится оперировать бинарными категориями — «ответственен/не ответственен», тогда как клиническая реальность чаще континуальна и многомерна (Kraepelin, 1919; Jaspers, 1913). Психиатрия приносит в суд описание нарушений восприятия, мышления, аффекта, мотивации и волевой регуляции; право же требует ответить, были ли сохранены способность понимать фактический характер и общественную опасность деяния и способность руководить

своими действиями. Эта разность требований и порождает конструктивный разрыв: юридический критерий не совпадает с клиническими категориями, но вынужден опираться на них, иначе он становится произвольным (Morse, 2000).

Сущностная особенность вменяемости как конструкции состоит в том, что она по определению функциональна. Суд интересуется не «наличие болезни» как таковой, а состояние субъекта в определённый момент времени и то, как это состояние влияло на его когнитивные и волевые способности. Поэтому клинический диагноз — будь то рубрики МКБ-10/11 — выступает лишь контекстом, а не ответом. Два лица с одной и той же диагностической формулировкой могут демонстрировать принципиально различный уровень критики, понимания и саморегуляции в момент деяния; напротив, схожие функциональные нарушения могут возникать при разных нозологических основаниях. В этом смысле судебная психиатрия неизбежно ориентирована на «профиль состояния» и «профиль функций», а не на нозологический ярлык.

В практической и методологической перспективе важно различать три уровня, которые часто смешиваются в экспертном рассуждении. Первый уровень — медицинский: наличие психического расстройства, установленного по клиническим критериям, с описанием синдромов, симптомов, течения и актуального состояния. Второй уровень — психологический и психопатологический: структура нарушений сознания, мышления, восприятия, аффекта и мотивации, включая такие узловые феномены, как бредовая убеждённость, императивные псевдогаллюцинации, диссоциативные расстройства, а также выраженные аффективные состояния, способные сужать поле сознания и изменять оценку последствий. Третий уровень — юридический: вывод о сохранности или нарушении конкретных способностей, признаваемых правом релевантными. Переход от первого уровня к третьему не является прямой дедукцией; это сложная процедура интерпретации, где клинические данные должны быть соотнесены с функциональными критериями, а затем с правовыми требованиями (Morse, 2000; Neilbrun, 2001).

Отдельной трудностью является временная локализация предмета экспертизы. Судебная психиатрия в большинстве случаев вынуждена реконструировать состояние на момент деяния ретроспективно. Это означает, что эксперт работает с фрагментами: протоколами допросов, свидетельскими показаниями, медицинской документацией, видеозаписями, цифровыми следами и собственным обследованием спустя дни, недели или месяцы. Ретроспективность усиливает роль интерпретации и увеличивает риск когнитивных искажений, поскольку эксперт невольно знает исход события и правовую квалификацию, а также видит человека уже в иной фазе болезни или адаптации к ситуации (Kahneman, 2011). Именно здесь становятся критически важными стандартизация процедуры и экзоспективные данные как попытка расширить объективируемую часть реконструкции, не подменяя ею клиническое суждение.

МКБ-10/11, будучи международными классификациями, задают общий язык описания психических расстройств, но не содержат в себе юридических критериев ответственности. Тем не менее их использование в экспертной прак-

тике неизбежно, поскольку диагноз и его клиническое обоснование являются важной частью доказательной структуры заключения. МКБ-10, более привычная для многих судебно-психиатрических школ, предоставляет нозологические рамки и традиционную синдромологическую логику, в которой психотические расстройства, органические синдромы, расстройства личности и зависимости представлены как отдельные блоки с относительной устойчивостью терминологии. МКБ-11, сохраняя преемственность, усиливает внимание к клинической полезности, функциональным последствиям, а также к более гибким, иногда размерным описаниям в ряде областей. Для судебной экспертизы это означает необходимость «двойной грамотности»: эксперт должен уметь описывать состояние так, чтобы оно было сопоставимо с обеими системами, и одновременно переводить его в юридически значимую плоскость без «магического» приписывания правового смысла коду.

Ключевым клиническим узлом в конструкции вменяемости является понятие критики и реальность-тестинга, обсуждавшиеся в предыдущих главах, но приобретающие здесь юридическую остроту. Вменяемость не равна «наличию критики» в бытовом смысле, поскольку критика может быть частичной, колеблющейся, селективной и зависящей от темы. Психотическое убеждение может быть ограничено одной областью, при сохранности иных когнитивных функций; и наоборот — глобальное нарушение реальность-тестинга может сочетаться с внешне упорядоченным поведением. Судебная конструкция требует не общего впечатления, а анализа: мог ли субъект понимать фактическую сторону происходящего, мог ли он оценивать последствия, мог ли он соотносить действие с нормой и мог ли он управлять импульсом или бредовой мотивацией (Heilbrun, 2001; Rogers, 2008). Здесь клиницист сталкивается с тем, что психопатологические категории должны быть «разложены» на функциональные компоненты, которые праву понятны и проверяемы.

Не менее значим волевой компонент. В клинической психиатрии воля редко измеряется напрямую, чаще она выводится из поведения и рассказа пациента, а также из наблюдения за его регуляторными функциями. В судебной экспертизе волевой компонент становится юридически центральным: даже при частично сохранном понимании человек может быть неспособен руководить действиями из-за импульсивности, патологического аффекта, кататонической дезорганизации, тяжёлого абстинентного состояния с делириозными феноменами, либо вследствие органического дефекта с грубым снижением контроля. Однако право, как правило, требует не описания «слабой воли», а демонстрации причинной связи между психическим состоянием и невозможностью саморегуляции. Это подталкивает эксперта к более строгому доказательному стилю: необходимо показать не только «что было», но и «как именно это воздействовало на способность выбора» (Morse, 2000).

Отсюда возникает принципиальный методологический вывод: судебно-психиатрическое заключение по вопросу вменяемости не может быть корректным без явного различения фактов, интерпретаций и нормативных переходов. Факты — это наблюдения и данные: описанные высказывания, поведенческие

эпизоды, медицинские записи, результаты обследований. Интерпретации — это клинические гипотезы: психотический регистр, аффективный эпизод, органический синдром, диссоциативное состояние, личностная декомпенсация. Нормативные переходы — это обоснование того, почему данный клинический профиль означает нарушение или сохранность юридически значимой способности. Там, где эти уровни не разделены, заключение становится уязвимым: суд не может проверить логику вывода, а научная воспроизводимость утрачивается (Faigman, 2013).

В этой точке экзоспекция получает своё специальное назначение. В главах о данных и принципах экзоспективной диагностики мы обсуждали, что ИИ-системы способны объективировать часть наблюдений, превращая фрагменты поведения, речи и физиологии в сопоставимые показатели. Для судебной сферы это не означает «машина решит вопрос вменяемости», что было бы методологически и этически неприемлемо, но означает возможность стандартизировать и укрепить первый уровень — уровень фактов. Экзоспекция может расширить набор наблюдаемых параметров, уменьшить зависимость от ретроспективных рассказов и повысить точность временной реконструкции: например, по речевым паттернам в аудио- и видеоматериалах, по цифровому следу активности, по аномалиям сна и суточной динамики, по поведенческой импульсивности и дезорганизации, если такие данные доступны и получены законно. Тем самым клиническое рассуждение получает более плотную опору, а нормативный переход становится менее произвольным (Topol, 2019; Goodfellow, 2016).

Тем не менее именно из-за нормативной природы конструкции вменяемости экзоспекция должна быть концептуально «скромной» и процедурно прозрачной. ИИ может помочь измерить стабильность или флуктуации состояния, выявить паттерны, соответствующие вероятностному профилю психотического эпизода или тяжёлой дезорганизации, но он не может сам по себе установить юридическую категорию, поскольку юридическая категория включает ценностный и нормативный элемент. Более того, без клинического контекста алгоритм рискует смешать психопатологию с культурными особенностями, стрессовой реакцией, интоксикацией, симуляцией или простым языковым стилем. Следовательно, экзоспекция применима только как часть экспертной процедуры, где врач сохраняет роль интерпретатора, несущего ответственность, а алгоритм — роль измерительного и аналитического инструмента, чьи ограничения известны и описаны (Kahneman, 2011).

Важным следствием такого понимания является необходимость формализовать сам объект экспертизы: не «вменяемость вообще», а определённые способности в определённый момент времени в определённом контексте. Вменяемость — это всегда контекстная оценка. Один и тот же субъект в разные дни или часы может демонстрировать различную степень реальность-тестинга, различную волевую регуляцию и различную способность к пониманию последствий. Психотические состояния, аффективные эпизоды, делириозные синдромы, диссоциативные феномены и даже некоторые варианты тяжёлой тревожно-стрессовой дезорганизации обладают временной динамикой, и правовой вопрос

неизбежно «привязан» к точке времени. Поэтому любой экспертный вывод должен быть построен как реконструкция: с указанием, какие данные относятся к моменту деяния, какие — к периоду до него и после, и почему они позволяют судить о функциональных способностях именно тогда (Heilbrun, 2001).

Наконец, клинико-юридическая конструкция вменяемости тесно связана с принципом справедливости как моральной предпосылкой права. Правовая система приписывает ответственность тому, кто мог поступить иначе. Психиатрия вмешивается в этот принцип только там, где психическое состояние разрушает или грубо искажает способность субъекта действовать как рациональный и свободно выбирающий агент. Но «рациональность» и «свобода» сами по себе философски сложны и не сводимы к одной клинической переменной. Именно поэтому судебная психиатрия, даже будучи дисциплиной прикладной, неизбежно опирается на философские предпосылки о личности, агентности и нормальности, и должна делать это осознанно, иначе предпосылки будут действовать скрыто, порождая неконтролируемые расхождения между экспертами (Dennett, 1984; Morse, 2000). В этом смысле стандартизация и экзоспекция являются не только технологическими, но и методологическими средствами: они помогают вынести скрытые предпосылки на поверхность, структурировать рассуждение и сделать его предъявимым.

Таким образом, вменяемость следует понимать как особую конструкцию на границе двух режимов знания. Клиническая психиатрия предоставляет описание и объяснение психического состояния, МКБ-10/11 задают стандартизируемый язык диагностики, психопатология раскрывает механизмы нарушения критики и волевой регуляции, а право формулирует нормативные критерии ответственности. Экспертная работа — это строгое соединение этих элементов в единую аргументационную линию, где каждый переход должен быть обоснован данными. Экзоспекция в данном контексте не отменяет традиционную экспертизу, а претендует на то, чтобы укрепить её наиболее уязвимое место — реконструкцию фактов и динамики состояния — и тем самым сделать клинико-юридическую конструкцию вменяемости более воспроизводимой, прозрачной и, в конечном счёте, более справедливой.

16.2. Экзоспективная реконструкция состояния на момент деяния

Реконструкция психического состояния на момент деяния является центральной операцией судебно-психиатрической экспертизы и одновременно её наиболее уязвимым эпистемологическим участком. Эксперт почти никогда не наблюдает «состояние во времени события» напрямую; он восстанавливает его по следам, которые оставляет психическая деятельность в поведении, речи, физиологии и документальных отражениях, а также по позднему обследованию личности. В традиционной экспертной парадигме эти следы представлены преимущественно в виде протоколов, показаний, медицинских записей и ретроспективных рассказов. Такая реконструкция неизбежно опирается на интерпретацию, а интерпретация подвержена систематическим искажениям: эффекту

знания исхода, ретроспективной рационализации, селективности памяти и смысловой достройки событий (Kahneman, 2011). Именно здесь экзоспекция предлагает не «новый диагноз», а новый режим доступа к фактам: расширение наблюдаемой базы за счёт параметризуемых данных, формализуемых процедур и алгоритмически воспроизводимого анализа.

Если в клинической психиатрии состояние пациента фиксируется «здесь и сейчас», то в судебной ситуации оно распадается на временные слои. Во-первых, существует слой непосредственных поведенческих проявлений вблизи события: действия, высказывания, последовательность поступков, характер контакта, мимика, моторика, особенности коммуникации. Во-вторых, есть слой предшествующей динамики: изменения сна, активности, социальной вовлечённости, нарастание подозрительности, конфликтности, аффективной лабильности или, напротив, апатико-абулических тенденций. В-третьих, есть слой последующего течения: реакция на задержание, условия изоляции, первые психиатрические осмотры, терапевтический ответ, стабилизация или прогрессирование. Классическая психопатология давно подчёркивала, что феноменологическая картина «среза» недостаточна без понимания временной формы переживания и поведенческой организации (Jaspers, 1913). Экзоспекция, по существу, инструментализирует этот тезис: она стремится превратить расплывчатую ретроспективную «историю» в систему временных рядов и событийных маркеров, которые можно сопоставлять между делами и между экспертами.

В практическом смысле экзоспективная реконструкция строится вокруг принципа следа: психическое состояние оставляет внешние корреляты, и эти корреляты могут быть извлечены из различных каналов. В предыдущих разделах мы обсуждали физиологические и поведенческие источники данных; в судебной перспективе они приобретают особую структуру, поскольку должны удовлетворять не только клинической, но и процессуальной логике. Данные должны быть атрибутированы по времени, происхождению и условиям получения; их непрерывность, полнота и возможность независимой проверки становятся не менее значимыми, чем собственно содержание. Иными словами, экзоспекция в суде — это не просто аналитика, а дисциплина доказательного оформления наблюдений. Суд интересуется не красотой модели, а тем, может ли она быть включена в аргументацию, проверяемую и воспроизводимую (Faigman, 2013).

Методологически корректно рассматривать экзоспективную реконструкцию как построение «карты вероятностей» состояния на момент деяния. Мы не можем в буквальном смысле «увидеть» прошлое психическое состояние; мы можем оценить, насколько вероятно, что в момент события присутствовали те или иные функциональные нарушения, релевантные юридическим критериям. Такая логика ближе к вероятностному мышлению и байесовскому обновлению убеждений: новые фрагменты данных должны не «доказывать раз и навсегда», а менять степень уверенности в гипотезах о состоянии (Pearl, 2009). В этом смысле экзоспективные данные — это дополнительные источники наблюдений, которые повышают разрешающую способность реконструкции и

уменьшают зависимость от субъективной интерпретации единичных свидетельств.

Важнейший объект реконструкции — не диагноз как код МКБ-10/11, а функциональный профиль, который связывает клиническую картину с юридическими критериями понимания и волевого контроля. Диагностические рубрики необходимы, поскольку задают язык описания и позволяют соотносить наблюдаемое с клинически валидированными синдромами. Однако вменяемость оценивается не по названию расстройства, а по тому, как конкретное состояние влияло на способность понимать фактический характер и общественную опасность деяния и руководить действиями (Morse, 2000). Следовательно, экзоспекция должна «поддерживать» именно те компоненты реконструкции, которые имеют функциональную и временную направленность: реальность-тестинг, критика, организованность поведения, связность мышления, импульсивность, аффективная доминанта, степень дезорганизации и устойчивость контакта.

На уровне конкретных процедур экзоспективная реконструкция в судебном контексте опирается на материал, который уже присутствует в деле, но ранее анализировался преимущественно качественно. Классический пример — протоколы допросов и очных ставок, аудиозаписи, видеозаписи с камер наблюдения, телефонные разговоры, переписка. Традиционный эксперт использует их как «иллюстрации» либо как источники отдельных фактов. Экзоспекция предлагает превратить эти материалы в измеримые профили: речевые паттерны, показатели связности и тематической устойчивости, изменения в темпе и латентности ответа, признаки формальных расстройств мышления, а также поведенческие признаки моторной ажитации, кататонических феноменов, расстройств ориентировки и целеполагания. Современные методы машинного обучения способны извлекать статистические закономерности из речи и видео, однако их применение требует строгой контекстуализации и контроля смещений (Goodfellow, 2016; Hastie, Tibshirani, 2009). В судебной психиатрии это означает: алгоритм должен не «поставить ярлык», а предоставить интерпретируемые индикаторы, которые эксперт соотносит с клинической теорией и материалами дела.

Особое значение приобретают признаки, которые в обычной клинике часто ускользают из-за кратковременности контакта, но в цифровых следах представлены как длительная динамика. Нарушение сна, изменение циркадного ритма, резкие колебания активности, нарастание ночной бодрствовательности, скачки коммуникационной нагрузки и социального взаимодействия могут выступать как косвенные маркеры разворачивающегося аффективного или психотического эпизода. В клинической традиции описания маниакальных и депрессивных состояний всегда содержали динамическую компоненту, включая изменения сна, психомоторики и темпа деятельности (Kraepelin, 1919). Экзоспекция делает эти признаки более «видимыми» и сопоставимыми: не на уровне впечатления родственников, а на уровне временных рядов, если данные доступны легально и корректно интерпретированы. При этом остаётся принципиально важ-

ным различать корреляцию и причинность: изменение сна может быть следствием множества факторов, а не специфическим признаком заболевания; поэтому судебно-экспертное использование таких данных допустимо лишь как часть многоканальной картины, а не как самостоятельное доказательство (Pearl, 2009).

Следующий ключевой аспект — реконструкция мотивационной структуры деяния. Судебная психиатрия традиционно анализирует, была ли мотивация патологической, то есть определяемой бредовой системой, императивными псевдогаллюцинациями, аффективным сужением сознания или иным психопатологическим механизмом. Экзоспекция может поддержать этот анализ через сопоставление тематических линий в речи и переписке, через выявление нарастания подозрительности, идей отношения, миссионерских или преследовательских мотивов, через оценку устойчивости и ригидности убеждений. Однако здесь особенно высок риск семантических ошибок: язык человека, находящегося в субкультурном, религиозном или политически напряжённом контексте, может содержать выражения, которые алгоритм ошибочно интерпретирует как психотические. Поэтому экзоспективная реконструкция мотивации должна быть феноменологически «бережной»: она не подменяет собой клиническую оценку бреда, а помогает картографировать, насколько последовательны, устойчивы и контекстно адекватны смысловые конструкции субъекта (Jaspers, 1913; Rogers, 2008).

Важным преимуществом экзоспекции является возможность явного представления неопределённости. Традиционное заключение, будучи документом для суда, часто стремится к категоричности, поскольку суд ожидает определённого ответа. Но научно корректная позиция в ретроспективной реконструкции неизбежно вероятностна: некоторые фрагменты данных противоречат друг другу, некоторые отсутствуют, некоторые получены в условиях давления или вторичной выгоды. Экзоспективный подход, если он методологически зрел, позволяет показать, какие именно элементы данных усиливают или ослабляют гипотезу о психотическом состоянии, а какие остаются нейтральными. В этом смысле он приближает экспертную работу к стандартам доказательной прозрачности и снижает роль «скрытого веса» субъективного впечатления (Faigman, 2013). Однако такая прозрачность требует дисциплины: эксперт обязан описывать, какие источники данных использованы, как они соотносятся по времени, как контролировались альтернативные объяснения и какие ограничения имеют применённые модели (Goodfellow, 2016).

Судебный контекст предъявляет к экзоспекции ещё одно требование, отсутствующее в обычной клинике: процедурную сопоставимость. Если экспертная реконструкция должна быть воспроизводимой, то разные эксперты, работая с одним и тем же массивом материалов, должны получать близкую структуру фактов и близкую карту состояния, даже если интерпретация и итоговый вывод могут различаться. Классическая проблема расхождения экспертных мнений, обсуждавшаяся в предыдущей главе, во многом связана с тем, что каждый эксперт «видит» разные факты, выделяет разные опорные эпизоды и по-разному

взвешивает свидетельства. Экзоспекция может уменьшить этот разноречивый за счёт стандартизации извлечения признаков из материалов дела: одинаковые алгоритмические процедуры выделяют одни и те же поведенческие маркеры, речевые паттерны и временные связи. Тем самым уменьшается вариативность на уровне фактического основания, а вариативность остаётся там, где ей и положено быть — на уровне клинической интерпретации и юридического перехода (Morse, 2000).

Тем не менее следует подчеркнуть, что в судебной психиатрии воспроизводимость не равна истинности. Алгоритм может быть воспроизводимо неверным, если он обучен на смещённых данных или если его метрики оптимизированы под другую задачу. Поэтому экзоспективная реконструкция должна включать критический анализ валидности: что именно измеряется, на каких выборках и в каких условиях модель демонстрировала приемлемые характеристики, какова её устойчивость к контекстным изменениям, к языковым и культурным различиям, к особенностям судебных материалов (Torol, 2019). Здесь возникает фундаментальная связь экзоспекции с этикой и правом: судебная экспертиза не может использовать «чёрный ящик» без объяснимости и без описания ограничений, иначе технология превращается в источник нового произвола под видом объективности.

Отдельная методологическая проблема связана с «контактностью» данных. В клинике врач наблюдает пациента в условиях специально организованного взаимодействия; в судебных материалах поведение фиксируется в стрессовых, конфликтных или искусственных условиях. Человек может выглядеть дезорганизованным из-за страха, усталости, интоксикации, давления, угрозы наказания. Наоборот, при некоторых расстройствах возможна ситуативная мобилизация и внешне «собранный» человек, не исключающий глубокой психопатологии. Поэтому экзоспективная реконструкция должна быть контекстной по определению: любой численный индикатор должен соотноситься с ситуацией, в которой он возник, и с альтернативными объяснениями. Этот принцип феноменологической контекстности является прямым продолжением классической психопатологии, но реализуется инструментально (Jaspers, 1913).

Важное место в реконструкции занимают органические и интоксикационные факторы. Делириозные состояния, острые интоксикации, абстинентные синдромы, эпилептические дисфории, острые мозговые поражения могут радикально изменить сознание и поведение в короткий период. В подобных случаях экзоспекция может предоставить особенно ценные временные признаки: внезапность и флуктуации, резкие колебания ориентировки, нарушение цикла сон-бодрствование, периоды резкой ажитации и последующей амнезии. Но именно здесь особенно важно взаимодействие с соматическими данными и медицинской документацией, поскольку психиатрическая реконструкция должна быть сопоставлена с объективными медицинскими фактами — токсикологией, неврологическими заключениями, данными о травмах, инфекциях и метаболических нарушениях. Экзоспекция не заменяет медицинскую экспертизу, но мо-

жет служить мостом между поведенческими и физиологическими описаниями, если она встроена в междисциплинарную логику.

С точки зрения классификаций МКБ-10/11 экзоспективная реконструкция не отменяет нозологическую рамку, но уточняет её по времени и тяжести. Например, для расстройств шизофренического спектра ключевыми могут быть индикаторы дезорганизации и нарушения реальность-тестинга; для биполярного спектра — ускорение темпа, снижение потребности во сне, рост активности и рискованного поведения; для тяжёлой депрессии с психотическими симптомами — сочетание аффективной доминанты, идей самообвинения и психотической убеждённости; для расстройств личности — устойчивые паттерны реагирования, но при этом важно различать характерологическую мотивацию и психотическую мотивацию, поскольку юридические выводы могут быть принципиально различны (Kraepelin, 1919). Экзоспекция помогает именно там, где необходима точная временная привязка: было ли состояние эпизодическим, нарастающим, флуктуирующим или стабильным; какова была его интенсивность вблизи момента деяния; какие признаки предшествовали событию и какие последовали.

Особую зону риска составляет симуляция и диссимуляция, которым посвящён отдельный раздел. Однако уже на этапе реконструкции экзоспекция меняет конфигурацию проблемы: чем больше у эксперта независимых каналов данных, тем сложнее человеку «согласованно» симулировать состояние во всех следах поведения и коммуникации. При этом экзоспекция не должна превращаться в «ловушку для симулянта», поскольку её задача — объективировать факты, а не преследовать. Неправомерная установка на разоблачение сама по себе является когнитивным и моральным искажением эксперта и способна приводить к ошибкам в обе стороны (Kahneman, 2011). Экзоспективная реконструкция должна оставаться нейтральной: она оценивает согласованность данных, а клиническое и юридическое значение этой согласованности формулирует эксперт.

С практической точки зрения экзоспективная реконструкция состояния на момент деяния является попыткой построить «внешний психический профиль события», который включает временно организованную совокупность признаков. Этот профиль не равен личности и не равен диагнозу; он равен конфигурации состояния в конкретном контексте. Такой подход позволяет, во-первых, отделять устойчивые личностные черты от эпизодических психопатологических феноменов, во-вторых, выявлять предикторы ухудшения или декомпенсации, в-третьих, формулировать экспертное заключение более структурно и доказательно. Но для этого необходимо соблюдать базовый принцип судебной экзоспекции: алгоритм является измерительным инструментом, а не субъектом решения. Решение остаётся за экспертом и судом, поскольку только они несут нормативную ответственность и обладают мандатом на юридическое суждение (Morse, 2000; Topol, 2019).

В завершение следует подчеркнуть, что экзоспективная реконструкция имеет смысл лишь при соблюдении правовых и этических рамок. Судебная

экспертиза всегда работает с чувствительными данными; цифровые следы и биосенсорные показатели особенно уязвимы с точки зрения конфиденциальности. Если получение данных незаконно или непропорционально вмешивается в частную жизнь, то любая технологическая «объективность» становится не научным достижением, а процедурной ошибкой и источником злоупотреблений. Поэтому экзоспекция в суде должна развиваться параллельно с нормативной регуляцией доступа к данным, с требованиями прозрачности, независимой проверки и ограничений использования. В противном случае она не снижает цену ошибки, а лишь переносит её в новую плоскость, где ошибка будет выглядеть убедительнее из-за математического оформления (Faigman, 2013).

Таким образом, экзоспективная реконструкция состояния на момент деяния — это методологически дисциплинированная попытка расширить фактическое основание судебно-психиатрического вывода за счёт многоканальных параметризуемых следов поведения и коммуникации, организованных во времени и анализируемых воспроизводимыми алгоритмами. Она не устраняет необходимость клинического мышления, феноменологического анализа и юридической интерпретации, но снижает долю произвольности и «слепых зон» в наиболее рискованной части экспертизы — ретроспективной оценке динамики психического состояния. В следующем разделе мы рассмотрим, каким образом на базе такой реконструкции формируется оценка трёх ключевых юридически релевантных компонент — критики, волевого контроля и понимания — и какие экзоспективные индикаторы могут усиливать или ослаблять соответствующие экспертные гипотезы (16.3).

16.3. Критика, волевой контроль и понимание

В судебно-психиатрической экспертизе понятия критики, волевого контроля и понимания образуют тот «мост», по которому клиническое знание переходит в юридическую квалификацию вменяемости. Этот мост никогда не бывает чисто медицинским и никогда не бывает чисто правовым: он конструируется на стыке феноменологии психических расстройств, психологии действия и нормативных ожиданий права. Именно поэтому в экспертной практике возникают как крайности «диагноз = невменяемость», так и противоположные крайности «рациональность поведения = вменяемость». Экзоспекция, если она претендует на повышение объективности судебной психиатрии, обязана работать не на уровне ярлыков и не на уровне внешней «правдоподобности», а на уровне структурных компонент психической регуляции, которые и составляют содержание указанных категорий (Morse, 2000). Речь идёт о том, чтобы не спорить с правом, а дать ему более строгое, воспроизводимое основание: что именно наблюдается, какими каналами, с какой временной привязкой, и как это соотносится с клиническими моделями нарушений сознания, мышления, аффекта и личности (Jaspers, 1913; Rogers, 2008).

В клиническом языке слово «критика» часто используется широко и неоднозначно: от простого «осознания болезни» до тонких форм оценки соб-

ственных переживаний, сомнения в правильности убеждений, способности удерживать альтернативные интерпретации и принимать коррекцию со стороны. Для целей судебной экспертизы критика должна быть переопределена более операционально. В минимальном смысле это качество реальность-тестинга: способность различать внутреннее и внешнее, субъективное переживание и объективно разделяемый факт, а также способность пересматривать выводы при столкновении с противоречиями (Jaspers, 1913). В расширенном смысле критика включает метакогнитивный уровень: понимание вероятностной природы собственных суждений, распознавание ошибок и предвзятостей, способность учитывать мотивы и влияние состояния на восприятие. В психотических расстройствах критика нарушается по-разному: при бреде она может быть «монолитной» и непроницаемой для опровержений, при галлюцинациях — связанной с ошибочной атрибуцией внутреннего как внешнего, при шизофренической дезорганизации — распадаться вместе со связностью мышления и целеполагания (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913). В аффективных психозах критика может сохраняться фрагментарно, но быть функционально подавленной интенсивностью аффекта и темпом когнитивного потока (Kraepelin, 1919). В органических и интоксикационных состояниях критика может флуктуировать и зависеть от уровня сознания и ориентировки.

Юридическое «понимание» в структуре вменяемости обычно предполагает способность осознавать фактический характер и социальный смысл действия, предвидеть его последствия и соотнести действие с нормой запрета. Это не философское понимание и не моральная зрелость; это функциональная способность, опирающаяся на сохранность ориентировки, причинно-следственного мышления и минимально стабильной модели мира. Однако клинически важно различать два уровня понимания. Первый — когнитивный: человек может знать правила и факты, может вербально описывать, что делает и что может произойти. Второй — смысловой и ситуационный: человек должен уметь применить это знание к собственной ситуации, не подменяя реальность патологической интерпретацией. При бредовой мотивации когнитивный слой иногда внешне сохранён: субъект может грамматически правильно объяснять события, но смысловая структура объяснения определяется болезненной системой. Тогда «понимание фактического характера» становится псевдопониманием, потому что факты встроены в иную, патологически закрытую реальность. Эта разница принципиальна для судебной оценки, поскольку право интересуется не речевой компетентностью, а тем, на какой «картине мира» было основано решение действовать (Morse, 2000; Rogers, 2008).

Волевой контроль является третьей компонентой, и в судебной практике он часто оказывается наиболее спорным. В клиническом языке воля — это не абстрактная «сила характера», а способность к произвольной регуляции действий: задержке импульса, удержанию цели, переключению, способности к планированию и следованию норме при наличии конкурирующих мотивов. В современных когнитивных моделях соответствующие функции связываются с исполнительным контролем и механизмами торможения, рабочей памятью, мо-

нитингом ошибок и оценкой результата (Miller, Cohen, 2001). В психопатологии волевой контроль может быть нарушен при маниакальном возбуждении, тяжёлой импульсивности, психомоторной ажитации, кататонических феноменах, а также при некоторых формах обсессивно-компульсивной симптоматики, где действие становится компульсивным и переживается как «неизбежное» (Kraepelin, 1919). В психозах волевой контроль может быть нарушен не только по линии импульса, но и по линии «принудительности» мотива: если действие определяется императивной галлюцинацией или бредовой обязанностью, субъект может переживать своё действие как единственно возможное, а альтернативы — как недоступные. Это не отменяет сложности судебной интерпретации, но задаёт клиническую рамку: важно отличать несогласие с нормой от невозможности следовать норме в силу расстройства регуляции (Morse, 2000).

Экзоспекция вводит в анализ этих трёх компонент принцип внешней параметризации. В традиционном обследовании эксперт опирается на беседу, наблюдение, тесты и документы. Экзоспективный подход расширяет каналы: поведенческие последовательности, речевые данные, цифровые следы, видео, аудио, физиологические показатели, динамику сна и активности. Но ключевой вопрос заключается не в количестве данных, а в том, какие именно структуры психической регуляции они способны отразить и как избежать иллюзии точности. Поскольку речь идёт о нормативно значимых выводах, экзоспективные индикаторы должны быть интерпретируемыми и привязанными к клиническим моделям нарушений. Иначе технология превращается в статистический «оракул», не имеющий эпистемологического права участвовать в судебном решении (Faigman, 2013; Topol, 2019).

Экзоспективная оценка критики начинается с анализа устойчивости реальность-тестинга во времени. Если критика нарушена, это проявляется не только в содержании убеждений, но и в форме взаимодействия с противоречием. В речевом поведении можно наблюдать характерный профиль: закрытость к уточнениям, тенденцию к подтверждающему отбору фактов, стремление интерпретировать нейтральные события как относящиеся к себе, ригидность и «самодоказательность» объяснений. В феноменологической традиции бред описывается как особое отношение к значению, где переживание значения приобретает первичность по отношению к проверке фактов (Jaspers, 1913). Экзоспекция может фиксировать это через повторяемость тематических узлов, сужение альтернатив, однотипность причинных цепочек и отсутствие корректирующего эффекта от внешней обратной связи. Однако важно подчеркнуть, что сама по себе необычность убеждений не эквивалентна психозу: культурные, религиозные, идеологические установки, а также намеренная манипуляция могут имитировать бредовые конструкции. Поэтому экзоспективный анализ критики должен быть контекстным и вероятностным: он оценивает структуру убеждённости и её устойчивость к опровержению, но окончательное клиническое значение определяется сопоставлением с анамнезом, динамикой, психическим статусом и внешними обстоятельствами (Rogers, 2008; Kahneman, 2011).

Понимание, как когнитивно-смысловой компонент, экзоспективно оценивается через способность удерживать причинно-следственные связи и прогнозировать последствия, объяснять мотивы и соотносить действие с нормой. В цифровых и речевых следах это проявляется как уровень организованности нарратива: последовательность событий, связность, отсутствие грубых провалов ориентировки, способность к корректировке в ходе уточняющих вопросов. Но в судебной психиатрии особенно важен разрыв между формальным и смысловым уровнями. Человек может демонстрировать внешне логичный рассказ, но исходные посылки рассказа патологичны. Тогда формальная связность не спасает понимание, потому что понимание опирается на искажённую картину реальности. Экзоспекция должна уметь фиксировать этот разрыв как особый тип несоответствия: высокая структурированность речи при наличии устойчивых, недоступных коррекции ложных предпосылок. Такая конфигурация типична для систематизированного бреда и некоторых параноидных состояний, где интеллект и речевая компетентность могут оставаться относительно сохранными (Bleuler, 1911; Jaspers, 1913).

Волевой контроль экзоспективно оценивается через анализ действий как последовательностей: есть ли признаки импульсивности, резких переключений, неспособности удерживать цель, неадекватного риска, моторной ажитации или, напротив, кататонической заторможенности и автоматизмов. В судебных материалах такие признаки часто присутствуют в виде протоколов, видеозаписей, описаний поведения в момент задержания, в изоляторе, в медицинских осмотрах. Экзоспективный подход делает возможным более строгий анализ временной структуры: например, насколько быстро действие инициировано, были ли паузы, попытки остановиться, обращение за помощью, попытки скрыться, использование средств маскировки, планирование маршрута. Традиционная практика часто трактует планирование как признак сохранного контроля; однако клинически планирование может быть встроено в патологическую мотивацию и не свидетельствовать о сохранности критики. Более того, при некоторых психотических состояниях планирование может быть парадоксально усилено внутри бредовой системы, где действие становится «логичным» относительно ложной картины мира. Поэтому экзоспекция должна избегать прямых эвристик «сложное = вменяемое», «хаотичное = невменяемое» и вместо этого оценивать, как именно сформирована цель и насколько доступна альтернативная регуляция при столкновении с препятствием (Morse, 2000; Rogers, 2008).

Особое место занимает вопрос о «понимании запрета». В некоторых расстройствах человек может знать, что действие запрещено, и даже предпринимать меры сокрытия. Это часто трактуется как признак вменяемости. Однако сокрытие может иметь разные психологические механизмы. Оно может быть рациональным, направленным на избегание наказания, а может быть бредово мотивированным, направленным на избегание преследователей или «сил», которые субъект считает реальными. Экзоспекция может помочь различить эти механизмы через анализ содержательной линии поведения и коммуникации до и после деяния: что именно человек боялся, какие последствия он ожидал, кого

он считал источником угрозы, как он объяснял свои действия. Тем самым экзоспекция поддерживает феноменологическое различие «юридического знания» и «психопатологического смысла», которое без внешних данных часто остаётся на уровне субъективной интуиции эксперта (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

Необходимо отдельно рассмотреть случаи, где критика частично сохранена, а волевой контроль частично нарушен. В клинике это типично для смешанных состояний, тяжёлых аффективных эпизодов, некоторых форм расстройств личности и зависимостей. Здесь судебная оценка особенно сложна, потому что право требует бинарного ответа, а клиника видит континуум. Экзоспекция в таких ситуациях может быть особенно полезна именно благодаря временным рядам: она позволяет показать, что в непосредственной близости к событию происходило качественное ухудшение регуляции, нарастание возбуждения, бессонницы, конфликтности, снижение порога импульса. Однако следует подчеркнуть: наличие ухудшения не равно утрате контроля в юридическом смысле. Экзоспекция предоставляет более точное описание динамики и интенсивности, но нормативный вывод остаётся за экспертной комиссией и судом. И здесь технология может сыграть этически опасную роль, если её интерпретировать как «машинное доказательство невменяемости» или «машинное доказательство вменяемости». Научная корректность требует, чтобы экзоспективные выводы были сформулированы в терминах вероятности и ограничений, а не в терминах окончательного вердикта (Faigman, 2013; Topol, 2019).

Встроенность МКБ-10/11 в экзоспективную оценку критики, понимания и волевого контроля имеет двоякое значение. С одной стороны, классификации предоставляют стандартные описательные рамки: психотические симптомы, аффективные нарушения, расстройства сознания, расстройства личности и поведения. С другой стороны, обе классификации по своей природе категориальны, тогда как юридически релевантные функции — континуальны и контекстны. МКБ-11 делает шаг к более *dimensional*-ориентированным описаниям в ряде областей, включая расстройства личности, но в судебной практике всё равно доминирует необходимость функционального профиля. Экзоспекция может выступить «надстройкой» над рубриками МКБ: диагноз задаёт область вероятных нарушений, а экзоспективный профиль показывает, какие именно функции и в какой степени были нарушены в конкретный момент, при конкретных обстоятельствах. Такая связка позволяет избежать редукции экспертизы к формуле «расстройство есть — невменяем», которая противоречит как праву, так и клинической реальности (Morse, 2000).

Следующий критический узел — доказательная объяснимость. Суду и сторонам процесса важно понимать, почему эксперт считает критику нарушенной или волевой контроль сниженным. Если экзоспективный анализ использует алгоритмы, то он обязан предоставлять не только итоговые показатели, но и интерпретируемые основания: какие фрагменты речи демонстрируют ригидность убеждения, какие эпизоды поведения указывают на флуктуацию сознания, какие временные корреляции подтверждают нарастание дезорганизации.

Иначе появляется риск «математизации убеждения»: результат будет выглядеть объективнее, чем он есть. История науки и психологии показывает, что формальные метрики могут усиливать доверие даже к ошибочным моделям, если они скрывают свои допущения (Kahneman, 2011). Поэтому судебная экзоспекция должна развиваться как культура прозрачности: алгоритм — это измерительный прибор, и, как любой прибор, он требует калибровки, описания границ применимости и контроля смещений (Goodfellow, 2016; Hastie, Tibshirani, 2009).

Наконец, следует подчеркнуть фундаментальное ограничение: критика, понимание и волевой контроль — это не «вещи», которые можно измерить напрямую. Это функциональные конструкции, реконструируемые по множеству признаков. Экзоспекция улучшает качество реконструкции, но не превращает её в прямое наблюдение. Более того, в судебной реальности данные часто неполны, смещены, получены в стрессовых условиях и несут отпечаток вторичной выгоды. Именно поэтому экзоспективная оценка должна быть не системой автоматического решения, а системой дисциплинированного сопоставления независимых каналов. Чем больше независимости между каналами, тем выше надёжность реконструкции; чем больше каналов опираются на один и тот же источник (например, одни и те же показания), тем выше риск усиления ошибки. Этот принцип «независимых подтверждений» давно известен в научной методологии и приобретает особую важность в судебной психиатрии, где цена ошибки максимальна (Faigman, 2013).

Таким образом, экзоспективный анализ критики, понимания и волевого контроля представляет собой попытку формализовать и сделать воспроизводимым самый чувствительный участок судебно-психиатрического вывода: переход от клинических феноменов к юридически значимым функциям. При правильной методологии экзоспекция уменьшает зависимость от субъективных впечатлений, делает видимой временную структуру нарушений и позволяет более строго отделять психопатологический механизм действия от социально-психологической мотивации. Однако эта же технология при неправильном применении способна усилить ошибку, придать ей ореол «объективности» и тем самым увеличить ущерб. Поэтому следующая подглава закономерно посвящена тому, что в судебной практике неизбежно сопровождает оценку критики и контроля: симуляции и диссимуляции, а также тому, как экзоспекция может помогать их выявлять и, что не менее важно, не превращаться в инструмент предвзятого обвинительного мышления (16.4).

16.4. Экзоспекция и симуляция/диссимуляция

Судебно-психиатрическая экспертиза неизбежно разворачивается в поле конфликтующих интересов, где клиническое описание состояния становится потенциально «выгодным» или «опасным» для обследуемого, для следствия, для защиты и для суда. В этой логике симуляция и диссимуляция представляют собой не побочные явления, а структурную реальность экспертной практики:

как только психическое состояние получает юридическое значение, появляется мотивация исказить его предъявление. Именно здесь экзоспекция приобретает особую ценность и одновременно особую опасность. Ценность заключается в способности расширить спектр независимых источников данных и тем самым уменьшить зависимость заключения от «сценического» поведения в кабинете эксперта. Опасность состоит в том, что технология может создать ложную уверенность и превратить вероятностные признаки неискренности в квазидоказательства, усиливая риск ошибочного обвинительного или, напротив, оправдательного вывода (Rogers, 2008; Faigman, 2013).

В классической традиции судебной психиатрии симуляция понимается как преднамеренное изображение психического расстройства либо преувеличение симптомов с целью получения внешней выгоды, а диссимуляция — как преднамеренное сокрытие симптомов и минимизация выраженности расстройства ради избежания последствий (Rogers, 2008). Эти определения представляются простыми, однако в реальной клинике они осложняются феноменом частичной искренности и частичной инсценировки, а также тем обстоятельством, что тяжёлые психические расстройства часто сопровождаются вторичными стратегиями поведения, которые могут выглядеть как симуляция, но по механизму являются адаптацией к угрозе, стигме или страху наказания. Кроме того, существуют промежуточные формы, описываемые в экспертной литературе как аггравация (преувеличение реально имеющейся симптоматики) и минимизация (умаление реально имеющейся симптоматики), а также состояния, где субъективная убеждённость обследуемого в наличии болезни не совпадает с клиническими критериями, что делает различие умысла и заблуждения методологически трудным (Rogers, 2008). В терминах МКБ-10/11 в судебном поле особенно важны случаи, когда поведение может быть связано с диссоциативными и стресс-ассоциированными реакциями, а также с расстройствами личности, где стратегическая презентация себя другим не всегда осознаётся как «обман» в бытовом смысле, но приводит к систематическим искажениям самопредъявления. Это требует от эксперта осторожности: простая бинаризация «симулирует/не симулирует» часто методологически слабее, чем реконструкция вероятностного профиля достоверности и мотивационных условий, в которых формируется предъявление симптомов (Kahneman, 2011).

Экзоспекция вносит в проблему симуляции и диссимуляции принципиально новый ресурс: она позволяет оценивать согласованность симптомов и функций не только в момент осмотра, но и во времени, а также в разных контекстах. Традиционная экспертиза во многом зависит от «среза» — беседы, наблюдения, психологических методик и анализа материалов дела. Экзоспекция добавляет динамические и поведенческие источники: записи коммуникации (если они законно получены и допустимы), видео и аудио из разных ситуаций, цифровые следы повседневной активности, параметры сна, активности и вегетативной реакции, а также лингвистические характеристики речи в естественных условиях. Эти источники не отменяют клинического интервью, но уменьшают возможность построить устойчивую инсценировку, поскольку ин-

сценировка требует постоянства и затрат контроля, которые трудно поддерживать в длительных временных рядах и в непредсказуемых ситуациях (Vrij, 2008; Rogers, 2008). В этом смысле экзоспекция становится не «детектором лжи», а инструментом анализа инвариантов психического функционирования: какие особенности поведения, речи и регуляции сохраняются вне экспертной сцены, и насколько они согласуются с заявляемой картиной расстройства.

Для судебной психиатрии особенно важен принцип синдромальной и функциональной согласованности. Симптомы психоза, например, в классических описаниях обладают внутренней структурой: бред связан с изменением интерпретации реальности и устойчивостью убеждения, галлюцинации — с ошибочной атрибуцией восприятия, дезорганизация — с нарушением связности мышления и целеполагания (Jaspers, 1913; Bleuler, 1911). В условиях симуляции часто возникает феномен «симптомов без механизма», когда предъявление отдельных признаков не образует клинически правдоподобной структуры. Экзоспекция может помогать именно в выявлении такого разрыва, поскольку она анализирует не декларации, а поведенческие корреляты: стабильность тематических линий в речи, способность удерживать диалог, характер реакций на противоречия, динамику внимания и переключения, согласованность аффективной окраски с содержанием, наличие или отсутствие характерной флуктуации в зависимости от контекста (Vrij, 2008; Kahneman, 2011). Однако здесь необходимо подчеркнуть: «непохожесть на типичное» не тождественна симуляции, потому что психопатология вариативна, а контекст судебного стресса меняет проявления. Следовательно, экзоспекция не может быть инструментом исключения диагноза по принципу «так не бывает», а может быть инструментом выявления несовместимостей, которые затем должны быть интерпретированы клинически и сопоставлены с анамнезом и документами (Rogers, 2008).

Диссимуляция в судебной практике не менее значима, чем симуляция, и иногда более опасна: скрытая психотическая симптоматика, суицидальные намерения, выраженная депрессия или расстройства контроля импульса могут не предъявляться по мотивам страха, недоверия, стигмы либо стратегического стремления выглядеть «нормальным» перед судом. В таких случаях традиционное интервью сталкивается с проблемой «нулевого материала»: обследуемый отрицает симптомы, демонстрирует внешнюю кооперативность и формальную логичность. Экзоспекция позволяет искать косвенные признаки, особенно в динамике. Для депрессивных состояний это может быть устойчивое снижение активности, фрагментация сна, уменьшение вариативности поведения и речи; для маниакальных и смешанных — увеличение двигательной и речевой активности, снижение потребности во сне, рост конфликтности и импульсивности; для психотических — признаки изменения социального взаимодействия, изоляция, утрата прежних интересов, появление повторяющихся тематических мотивов подозрительности и самореференции в естественной коммуникации (Kraepelin, 1919). Но, как и прежде, эти признаки не являются доказательством: они лишь увеличивают априорную вероятность того, что отрицание симптомов не отражает реальное состояние. Экзоспекция, таким образом, выступает как средство

защиты экспертизы от «парадокса послушного обследуемого», когда внешняя нормальность маскирует патологию, и цена ошибки может быть высокой (Rogers, 2008).

Ключевым методологическим вопросом становится различие трёх разных вещей: неискренности, неверной самооценки и объективной неопределённости. Неискренность предполагает умысел исказить предъявление. Неверная самооценка встречается при слабой метакогниции, алекситимии, низкой психологической грамотности, а также при психотических состояниях и некоторых расстройствах личности, где человек может искренне не признавать болезнь или искренне считать себя больным в определённом смысле (Jaspers, 1913). Объективная неопределённость возникает, когда данных недостаточно, противоречия не разрешимы, а поведение контекстно. Экзоспекция не устраняет этих различий, но помогает уменьшить долю неопределённости за счёт расширения независимых наблюдений. При этом она должна быть построена как система «треангуляции»: если один канал данных (например, интервью) противоречит другому (например, поведенческим данным за длительный период), задача эксперта не выбрать более приятный канал, а реконструировать, почему возникло расхождение и какой механизм наиболее вероятен. В научной методологии это соответствует принципу сопоставления независимых измерений, где согласованность повышает доверие, а несогласованность требует объяснения, а не немедленного обвинения (Faigman, 2013).

Особое место занимает вопрос психологического тестирования и валидизационных методик, поскольку судебная психология и судебная психиатрия накопили большой опыт применения инструментов, ориентированных на выявление симуляции или неконсистентного ответного поведения (Rogers, 2008). Экзоспекция не заменяет эти методы, но может изменить их статус: тест перестаёт быть единственным источником вывода о достоверности, превращаясь в одну из линий доказательств, сопоставляемую с внешними данными. Такой подход снижает риск «диагностической монокультуры», когда единичный показатель теста начинает доминировать над клиникой и материалами дела. Он также может уменьшить риск ложноположительных выводов о симуляции у лиц с реальными когнитивными дефицитами, низким уровнем образования, культурными особенностями или выраженным стрессом, которые способны давать «плохие» профили без умысла (Kahneman, 2011; Rogers, 2008).

Однако экзоспекция сталкивается с принципиальной проблемой: симуляция и диссимуляция в судебной ситуации являются адаптивными стратегиями, а любая стратегия адаптируется к правилам игры. Чем более известны критерии выявления симуляции, тем более вероятно появление «обученной симуляции», когда обследуемый имитирует не только симптомы, но и ожидаемые экспертом закономерности. Это ставит вопрос о «состоятельности» с моделью, аналогичный проблеме противодействия в кибербезопасности и в области машинного обучения: если система выявления строится на фиксированных шаблонах, она становится уязвимой к обходу (Goodfellow, 2016). Следовательно, экзоспективные модели должны опираться не на поверхностные признаки, а на

глубинные закономерности функционирования, которые трудно подделать в длительной перспективе: устойчивые паттерны сна, циркадные ритмы, вариативность поведения, микродинамика речи и пауз, сложные статистические свойства естественной коммуникации. Но и здесь необходима осторожность: даже «трудно подделываемые» признаки зависят от внешних условий (режим изоляции, медикация, стресс, соматические заболевания), а потому не могут трактоваться без контекста (Toro, 2019).

Этическое измерение этой темы особенно остро. В судебной системе риск ошибки асимметричен: ложное признание симуляции у психически больного может привести к наказанию вместо лечения и к дальнейшему ухудшению, тогда как ложное признание тяжёлого расстройства у симулянта может привести к уклонению от ответственности и дискредитации экспертной службы. Правовая система стремится к балансу, но клиническая этика требует помнить о человеческой цене ошибки и о том, что экспертное заключение воздействует не только на судебное решение, но и на судьбу человека в системе исполнения наказаний, где доступ к помощи ограничен, а стресс и насилие могут усугублять психопатологию (Faigman, 2013). Экзоспекция в этом контексте должна быть инструментом уменьшения неопределённости, а не инструментом усиления подозрительности. Если эксперт начинает «искать симуляцию» как доминирующую гипотезу, он попадает в ловушку подтверждающего смещения, описанную в когнитивной психологии: признаки интерпретируются в пользу исходной идеи, а противоречия игнорируются (Kahneman, 2011). В экзоспективной модели это особенно опасно, потому что массив данных позволяет «найти» почти любой паттерн, если заранее известно, что искать. Следовательно, экзоспекция требует дисциплины гипотез: данные должны проверять конкурирующие объяснения, а не подтверждать одно выбранное объяснение.

Отдельным вопросом является правовая допустимость и прозрачность экзоспективных данных. Судебная практика в разных юрисдикциях различается, однако общая научная логика требует, чтобы источник данных был легитимен, чтобы цепочка получения была документирована, чтобы были описаны условия хранения, и чтобы эксперт мог объяснить, какие именно признаки использованы и почему они интерпретируются так, а не иначе (Faigman, 2013). Это требует принципа объяснимости алгоритма и отчётности модели, иначе экзоспекция превращается в «чёрный ящик», который в судебном контексте методологически недопустим, потому что сторонам процесса и суду необходима возможность критической проверки. В медицине в целом проблема «чёрных ящиков» уже признана одной из центральных в клиническом внедрении ИИ, и в судебной психиатрии она становится ещё более чувствительной (Toro, 2019).

С точки зрения клинической феноменологии, наиболее продуктивным подходом является переход от вопроса «симулирует ли человек?» к вопросу «какова структура достоверности предъявляемой картины и как она согласуется с независимыми данными?». В этом подходе симуляция и диссимуляция становятся не моральными ярлыками, а вероятностными гипотезами о механизме расхождения между заявлением и наблюдаемой функцией. Экзоспекция помо-

гает уточнить эту структуру, потому что она позволяет увидеть поведение и речь в их естественной динамике, а не только в момент экспертного контакта. Но окончательное решение остаётся клинико-юридическим: эксперт формулирует вывод в терминах психического расстройства, функциональных нарушений критики, понимания и волевого контроля и их связи с моментом деяния, а не в терминах психологической «хорошести» или «плохости» обследуемого (Morse, 2000; Rogers, 2008).

Важным итогом является следующее: экзоспекция может существенно повысить устойчивость судебно-психиатрической экспертизы к симуляции и диссимуляции, но только при условии строгой методологии, прозрачности и контекстной интерпретации. Там, где традиционная экспертиза вынуждена опираться на кратковременное наблюдение и ограниченный набор документов, экзоспекция способна дать многоканальный, временно привязанный профиль поведения и психического функционирования. Однако там, где эксперт и система требуют от технологии окончательного ответа, экзоспекция становится источником новых ошибок и новых злоупотреблений. В этом смысле экзоспекция в судебной психиатрии должна быть понята как инструмент стандартизации аргумента, а не как инструмент замены экспертного мышления: она усиливает доказательность там, где мышление уже дисциплинировано, и усиливает заблуждение там, где мышление уже предвзято (Faigman, 2013; Kahneman, 2011).

Если в предыдущих разделах мы показали, что экзоспекция может реконструировать состояние на момент деяния и дать более строгий язык описания критики, понимания и волевого контроля, то здесь стало ясно, что в судебной реальности любой язык будет подвергаться испытанию стратегиями самопредъявления. Следующий отдел монографии закономерно возвращает нас от судебной вершины ответственности к практической стороне внедрения экзоспекции: как специалисту формулировать запросы к ИИ, как читать отчёты, как соединять клинику и данные, и как удерживать профессиональные и этические границы в работе с инструментом, который по своей природе усиливает как знание, так и власть (Topol, 2019).

ОТДЕЛ VI. ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ЭКЗОСПЕКЦИИ

Глава 17. Как психиатру и психологу начать работать с экзоспекцией

17.1. Изменение клинического мышления

Переход к экзоспекции как к рабочему режиму клинического и экспертного познания не сводится к освоению нового инструментария, интерфейса или «добавочного» источника сведений. Он требует перестройки самого клинического мышления, то есть тех внутренних когнитивных процедур, посредством которых врач и психолог превращают наблюдение в суждение, а суждение — в решение. В традиции классической психиатрии ядро познания строилось вокруг живого контакта, феноменологической беседы и интерпретации субъективного смысла переживаний, где врач, оставаясь наблюдателем, одновременно выступал «инструментом» измерения: эмпатическая интуиция, клинический опыт, способность к распознаванию паттернов и нюансов аффекта, темпа, жестов, ассоциаций формировали то, что принято называть клиническим взглядом (Jaspers, 1913). Этот взгляд, будучи бесценным, исторически обрёл и собственные границы: ограниченную воспроизводимость, зависимость от личности врача, систематические когнитивные искажения и уязвимость к контексту, о чём современная психология мышления и научная методология говорят всё более определённо (Kahneman, 2011; Gigerenzer, 2000). Экзоспекция, вводя внешнего наблюдателя в виде алгоритмической системы, не отменяет клинический взгляд, но дисциплинирует его: переводит часть основания клинического решения из пространства «неформализуемого опыта» в пространство явных процедур, сопоставимых параметров и проверяемых гипотез.

В традиционной клинической практике диагноз и оценка состояния часто формируются как «свернутая» интеграция множества слабых сигналов, где врач, не всегда осознавая путь рассуждения, приходит к итоговой формулировке — иногда точной, иногда ошибочной, но, в любом случае, психологически убедительной для самого врача. Классическая феноменология давно описала, что субъективная убедительность не равна эпистемической истинности: впечатление цельности и ясности может быть продуктом внутренней согласованности интерпретации, а не согласованности интерпретации с реальностью (Jaspers, 1913). Современная когнитивная наука добавляет к этому тезису важный механизм: человек склонен переоценивать достоверность собственных интуитивных суждений, особенно в сложных, многопараметрических областях с высокой неопределённостью и редкими исходами, где обратная связь запаздывает или отсутствует, как это типично для психиатрии и, тем более, для судебной психиатрии (Kahneman, 2011). Экзоспекция вмешивается именно в этот узел: она предлагает врачу «внешнюю опору» в виде данных, временных рядов и алгоритмической сопоставимости, вынуждая переводить интуицию в форму проверяемых утверждений и тем самым изменяя структуру клинического решения.

Первое и наиболее существенное изменение клинического мышления при освоении экзоспекции связано с переходом от событийного взгляда к процессуальному. Традиционная беседа с пациентом или обследуемым имеет характер события: она происходит здесь и сейчас, в определённой обстановке, под влиянием текущего мотивационного и эмоционального фона, и по своей природе неизбежно ограничена. Даже при тщательном сборе анамнеза и анализе документации врач остаётся в рамках реконструкции «по словам» и фрагментарным следам. Экзоспекция вводит в клинику понятие состояния как динамического процесса, который имеет собственную внутреннюю временную структуру: колебания, устойчивости, переходы, критические точки, а также контекстные «модуляторы» — сон, нагрузку, употребление психоактивных веществ, медикацию, социальные взаимодействия, стрессоры. Это изменение не является чисто техническим: оно меняет то, что врач считает существенным. Симптом перестаёт быть единичным фактом и превращается в параметр, а параметр — в кривую во времени; синдром перестаёт быть «суммой признаков» и становится конфигурацией взаимосвязанных траекторий. Такой сдвиг естественно приближает клиническое мышление к стилю доказательной медицины и к тем формам рассуждения, где важны не только признаки, но и их динамика, вариативность и причинные зависимости.

Второе изменение связано с переходом от категорической уверенности к вероятностной ответственности. Классические диагностические системы, включая МКБ-10/11, по необходимости оперируют категориями, поскольку юридический, административный и клинический оборот требует именованных классов расстройств. Однако практика психиатрии ежедневно показывает, что психопатология течёт по спектрам, пересекается, меняет выраженность, маскируется коморбидностью и контекстом. В этой ситуации категорическое мышление часто становится источником ошибок: врач «выбирает» диагноз как ярлык, а затем подбирает наблюдения, подтверждающие выбранный ярлык, в результате чего альтернативы утрачиваются. Это явление хорошо известно как подтверждающее смещение и как эффект «закрепления» на первичной гипотезе (Kahneman, 2011). Экзоспекция, при грамотном использовании, поддерживает другой тип рациональности: диагноз понимается как вероятностный вывод при данных условиях, а не как окончательная истина; клиническая задача формулируется как оценка распределения вероятностей, его изменение при появлении новых данных и выбор действия, минимизирующего риск при данной неопределённости. Такой стиль мышления ближе к байесовской эпистемологии и к идее «клинического решения при неопределённости», чем к идее «идеального распознавания» (Gigerenzer, 2000). Парадоксальным образом именно в этой вероятностной рамке возрастает ответственность врача: он больше не может скрывать неопределённость за уверенностью формулировок, но обязан явным образом управлять неопределённостью, сообщать её границы и выбирать решения, учитывая цену ошибки.

Третье изменение касается отношения к данным как к основанию клинического доверия. В традиционной клинике доверие часто строится на лич-

ностном впечатлении: пациент кажется искренним или неискренним, контактным или закрытым, убедительным или противоречивым. Это впечатление иногда точное, иногда — отражающее культурные различия, особенности личности или защитные стратегии пациента. Судебная практика, как мы показали выше, делает эту проблему ещё более острой, потому что мотивационное поле само по себе провоцирует искажения самопредъявления. Экзоспекция не устраняет необходимость клинической оценки доверия, но переводит её из плоскости нравственного суждения в плоскость аналитической согласованности: вопрос становится не «верю ли я этому человеку», а «насколько предъявляемая картина согласуется с независимыми наблюдениями в других контекстах и на других временных масштабах» (Rogers, 2008). Это важный профессиональный сдвиг: врач сохраняет эмпатию и уважение, но не делает их источником доказательства. Этическая сторона здесь также принципиальна: экзоспекция может быть использована как инструмент подозрения, но в корректной методологии она должна быть инструментом защиты клинической справедливости, уменьшающим произвол, стигму и зависимость от субъективного впечатления (Kahneman, 2011).

Четвёртое изменение — превращение клинического мышления в мышление «двух контуров», где первый контур остаётся феноменологическим, а второй становится измерительным. Феноменология психиатрии исторически учит, что смысл переживаний и их структура не сводимы к количественным показателям; попытка полностью редуцировать психику к измерению разрушает сам объект исследования, потому что психика включает субъективное измерение, язык, значение и отношение к другому (Jaspers, 1913). Вместе с тем современная психиатрия понимает, что без измерения она остаётся уязвимой к невоспроизводимости и профессиональным «школам», где разные специалисты видят разные реальности. Экзоспекция предлагает компромисс не в смысле усреднения, а в смысле разделения функций: феноменологический контур отвечает за смысл, контекст, мотивацию, внутреннюю логику переживаний; измерительный контур отвечает за динамику, сопоставимость, формальные признаки и проверяемость. Клиническое решение становится результатом согласования этих двух контуров, а не победы одного над другим. Врач, обучающийся экзоспекции, должен освоить не отказ от феноменологии, а новую дисциплину феноменологии — способность формулировать феноменологические наблюдения таким образом, чтобы они могли быть сопоставлены с внешними данными и, при необходимости, пересмотрены.

Пятое изменение связано с тем, что клиницист начинает мыслить не только диагнозом, но и «моделью состояния». Диагноз в МКБ-10/11 — это класс, к которому отнесён человек по набору критериев. Модель состояния — это более богатое представление, включающее параметры уязвимости, компенсаторные механизмы, паттерны регуляции эмоций, тип реакции на стресс, особенности сна и активности, социальную динамику, базовую когнитивную продуктивность, а также индивидуальные триггеры ухудшения и факторы улучшения. В экзоспективной логике именно модель состояния становится предметом

наблюдения и мониторинга, а диагноз выполняет роль координатной сетки для коммуникации между специалистами и для выбора интервенций. Такой подход сближает психиатрию с тем, что в современной медицине называют персонализированным и прецизионным подходом, хотя в психиатрии он пока не имеет тех же биомаркеров, что в онкологии или кардиологии. Тем не менее даже поведенческие и речевые параметры, будучи правильно интерпретированы, способны придать модели состояния реальную клиническую операциональность (Torol, 2019).

Шестое изменение — переосмысление роли ошибки и обратной связи. В традиционной клинике врач часто не получает быстрой и однозначной обратной связи о правильности своих выводов: пациент может исчезнуть из наблюдения, исход может зависеть от множества факторов, а клинический успех или неуспех не всегда прямо связан с точностью первоначальной диагностики. Это создаёт условия, при которых опыт «накапливается», но не всегда корректируется. Экзоспекция делает обратную связь более доступной: если врач наблюдает параметры состояния во времени, он может видеть, как изменяются ключевые траектории после интервенций, как реагирует пациент на изменения режима, какова предвестниковая динамика обострения или улучшения. Это переводит клиническую работу из режима «разовых решений» в режим управляемого эксперимента, где гипотезы проверяются наблюдением, а план ведения корректируется на основании данных (Gigerenzer, 2000). Здесь важно подчеркнуть: речь не о превращении терапии в механический алгоритм, а о возвращении психиатрии к фундаментальному научному принципу — к циклу гипотеза–наблюдение–коррекция. Исторически психиатрия была вынуждена опираться на описательные типологии; экзоспекция даёт шанс усилить её экспериментальную компоненту хотя бы на уровне индивидуального случая.

Наконец, изменение клинического мышления предполагает новую профессиональную скромность и новую профессиональную строгость. Скромность состоит в признании того, что даже опытный клиницист не способен удержать в рабочей памяти все данные и их динамику, а потому нуждается во внешних средствах анализа. Строгость состоит в том, что клиницист, получив эти средства, больше не может позволить себе произвольных выводов: каждая сильная формулировка должна быть поддержана наблюдениями, каждый вывод должен иметь альтернативы, а каждый риск должен быть обозначен. В этом смысле экзоспекция переводит врача из положения «единственного носителя знания» в положение «руководителя системы наблюдения», где знание распределено между человеком, данными и алгоритмами. Такая роль требует иной идентичности: врач остаётся субъектом ответственности, но перестаёт быть единственным источником истины. Это особенно важно в судебной психиатрии, где соблазн авторитарного вывода высок, а цена ошибки максимальна (Faigman, 2013).

В практическом плане изменение клинического мышления означает, что врач и психолог должны научиться мыслить параметрами, но говорить человеческим языком; должны уметь выдерживать неопределённость, но действовать

решительно там, где риск высок; должны сохранять эмпатию, но не превращать её в доказательство; должны использовать классификации МКБ-10/11, но не путать классификацию с реальностью; должны уважать уникальность случая, но проверять свои гипотезы сопоставимыми наблюдениями. Экзоспекция не делает клиническую работу легче, она делает её более дисциплинированной. В этом и заключается её исторический смысл: психиатрия получает шанс усилить научную составляющую без потери гуманитарного ядра, если клиницист освоит новый тип мышления, а не только новый инструмент (Torol, 2019).

Продолжение этой подглавы следует: далее будет развернуто, как именно меняется структура клинического интервью при включении экзоспективных данных, каким образом формируется «карта параметров состояния» для наблюдения, и почему переход к экзоспекции требует новой культуры формулирования клинических гипотез и критериев их опровержения в повседневной практике (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

17.2. Формулировка запросов к ИИ-системам

Практическое освоение экзоспекции начинается не с выбора платформы и не с технической интеграции данных, а с умения формулировать запрос. В классической клинической культуре запрос к «инструменту» не отделён от мышления: врач наблюдает, спрашивает, уточняет, и сама беседа является одновременно сбором данных и их первичной интерпретацией. Когда же в диагностический контур включается ИИ-система, возникает новый объект профессионального мастерства — язык задания, то есть структурированное описание того, что мы хотим получить, на каком основании и с какими ограничениями. Эта задача имеет не только технический, но и методологический характер: запрос, плохо сформулированный, превращает ИИ в генератор правдоподобных текстов; запрос, сформулированный корректно, делает ИИ элементом измерительной системы, чьи выводы можно сопоставлять, проверять и использовать как аргумент в клиническом и экспертном рассуждении (Porper, 1959; Torol, 2019).

В экзоспективной модели запрос к ИИ следует понимать как операционализацию клинической гипотезы. Врач, исходя из феноменологии случая, контекста и медицинской документации, неизбежно строит гипотезы: о природе расстройства, о степени выраженности нарушений, о динамике состояния, о рисках и о дифференциальных альтернативах. В интерспективной традиции гипотеза часто остаётся «внутренней»: врач держит её в уме, лишь частично озвучивая пациенту или формализуя в заключении. Экзоспекция требует иной дисциплины: гипотеза должна быть переведена в форму вопроса к данным, причём такого вопроса, на который в принципе можно получить ответ в наблюдаемом материале. Здесь проявляется фундаментальная связь экзоспекции с логикой научного познания: смысл запроса определяется не красотой формулировки, а тем, допускает ли он опровержение или проверку через независимые признаки

(Popper, 1959). ИИ в этой логике выступает не как «мудрый собеседник», а как аналитический агент, которому задают верифицируемую задачу.

На первом уровне запрос должен фиксировать границы предмета анализа. Психиатрическое мышление, особенно в сложных случаях, склонно к расширению: от симптома — к личности, от личности — к биографии, от биографии — к морали и социальным оценкам. В судебной психиатрии эта тенденция усиливается, поскольку сам материал дела насыщен оценочными суждениями и конфликтными интерпретациями. Поэтому корректный экзоспективный запрос начинается с разграничения: что именно анализируется, какой период времени рассматривается, какие источники данных допустимы и какие выводы запрещены. Такая дисциплина является не бюрократической формальностью, а способом защиты от «эффекта ореола», когда яркое впечатление от одного фрагмента информации начинает определять трактовку всего остального (Kahneman, 2011). Если ИИ получает смешанный массив данных без указания рамок, он будет вынужден «сшивать» смысл, и эта сшивка неизбежно будет носить вероятностно-литературный характер. Если же рамки заданы, ИИ оказывается вынужден действовать как инструмент: выделять признаки, сопоставлять их и возвращать выводы в границах поставленной задачи.

На втором уровне запрос должен задавать операциональные определения. Психиатрическая терминология богата словами, которые в естественном языке звучат очевидно, но в профессиональном анализе требуют уточнения: «тревога», «импульсивность», «критика», «расстройство мышления», «диссоциация», «аутизация», «симуляция». Феноменологическая традиция специально подчёркивала, что психопатологическое понятие не равно бытовому слову: оно должно иметь клиническую структуру и критерии распознавания (Jaspers, 1913). МКБ-10/11 задают диагностические рамки, но не всегда дают операциональные описания на уровне наблюдаемой микродинамики речи и поведения. Экзоспекция, опираясь на речевые и поведенческие каналы, требует именно такого уровня: что считать маркером, как отличать признак от контекстной вариации, какие альтернативные объяснения необходимо учитывать. Поэтому грамотный запрос включает не только «что найти», но и «как распознавать», то есть перечень признаков в определённой концептуальной модели — феноменологической, когнитивной, психодинамической или смешанной, но обязательно названной и ограниченной (Beck, 1979).

На третьем уровне запрос должен включать модель неопределённости и критерии достаточности данных. Одна из ключевых ошибок начинающего пользователя ИИ в клинике состоит в том, что он задаёт вопрос так, будто ИИ может дать окончательный диагноз или окончательное заключение при неполном материале. Между тем экзоспекция принципиально работает с неполнотой: человек не является «полностью измеримым» объектом, а клиническая ситуация почти всегда предоставляет данные фрагментарно. Врач, формулируя запрос, должен прямо задавать ИИ требование обозначить, какие данные являются критически отсутствующими и как отсутствие влияет на уверенность вывода. Это не техническая деталь, а важнейшая этическая и методологическая ха-

рактеристика: профессиональное заключение должно быть не только содержательным, но и честным по отношению к собственным пределам (Kahneman, 2011). ИИ, не получив такого требования, склонен заполнять пробелы; ИИ, получив требование, вынужден маркировать пробелы как пробелы, что делает его работу пригодной для судебной и клинической ответственности.

На четвёртом уровне запрос должен задавать формат ответа как элемент стандартизации. В экзоспекции формат — это не «удобство чтения», а средство сопоставимости и воспроизводимости. Если сегодня ИИ отвечает свободным текстом, завтра — таблицей, послезавтра — набором тезисов, то врач не сможет сравнивать результаты между визитами, пациентами или экспертными комиссиями. Экзоспективный подход предполагает, что один и тот же тип задачи должен возвращать ответ в одном и том же формате, чтобы динамика и различия были видимы. Здесь возникает параллель с психометрией: ценность шкалы определяется не тем, насколько красиво она описывает человека, а тем, насколько устойчиво и сопоставимо она измеряет (Cronbach, 1951). Именно поэтому запросы к ИИ должны быть «шаблонными» в хорошем смысле: не механическими, а стандартизированными. Стандартизация, в свою очередь, уменьшает влияние случайных контекстов и снижает риск когнитивных искажений у самого врача, который иначе может неосознанно формулировать запросы так, чтобы получить подтверждение своей гипотезы (Kahneman, 2011).

Важнейшая практическая особенность запросов в психиатрии состоит в том, что клинический смысл формулировки не должен смешиваться с юридическим смыслом формулировки. Например, в экспертных задачах вменяемости вопрос не «болен ли человек», а «какова степень и характер нарушений психических функций, релевантных пониманию и волевому контролю в конкретном временном промежутке», причём в терминах, совместимых с юридическим тестом данной юрисдикции. ИИ-система, не получив отдельных рамок, легко смешивает клиническое и правовое, подменяя анализ функций морально-психологическими оценками. Поэтому запрос должен задавать: а) функциональные домены (критика, понимание, прогнозирование последствий, планирование, способность к контролю импульса); б) временную привязку (период до деяния, момент деяния, период после); в) требования к источникам (материалы дела, медицинские документы, протоколы допросов, видеозаписи, результаты обследований); г) запрет на «юридический вердикт» от имени ИИ и требование описывать только клинико-психологические и психопатологические основания (Faigman, 2013; Rogers, 2008). В такой архитектуре запрос превращается в инструмент разграничения компетенций: ИИ даёт экзоспективные данные и их аналитическое сведение, врач — интерпретацию, врачебное заключение и ответственность.

Отдельного внимания требует клиническое интервью как источник данных для ИИ. Если врач использует ИИ в режиме анализа текста беседы, то запрос должен учитывать фундаментальное ограничение: речь пациента — это не «чистый отпечаток» психики, а социальное действие, в котором человек адаптируется к ситуации, к ожиданиям врача, к страху стигмы, к вторичной выгоде

или к желанию выглядеть «нормальным». Феноменологическая психиатрия подчёркивала, что понимание переживаний невозможно без учёта ситуации и отношения к другому (Jaspers, 1913). Современная социальная психология добавляет, что сам формат вопроса изменяет ответ, а значит, первичные данные зависят от методики их получения (Goffman, 1959). Поэтому грамотный запрос к ИИ при анализе интервью должен включать метаданные: как задавались вопросы (открыто или закрыто), каков был контекст (первичный приём, повторный, судебная беседа), какие темы могли вызывать защиту, какие части беседы вероятнее всего подвержены социально желательному искажению. Это не превращает ИИ в «детектор лжи», но помогает ему не принимать социальную маску за клинический факт.

Ещё одна важная линия — привязка к МКБ-10/11. На уровне запроса это означает, что врач должен просить ИИ не «ставить диагноз», а сопоставлять наблюдаемую картину с критериями и описательными рамками обеих систем, отмечая совпадения и расхождения, а также показывая, какие признаки поддерживают одну категорию и какие — альтернативную. Такой подход соответствует принципу дифференциальной диагностики и снижает риск «категориальной гипнотизации», когда один ярлык начинает диктовать всё остальное. Особенно важно это при расстройствах, где границы традиционно размыты: личностная патология, расстройства спектра аутизма в высокофункциональных вариантах, коморбидные состояния с тревогой и депрессией, а также состояния с вероятной симуляцией или диссимуляцией. Врачебный запрос, ориентированный на сопоставление, а не на автоматическое присваивание, делает ИИ союзником клинической строгости, а не источником «быстрой уверенности».

С практической точки зрения наиболее зрелая форма запроса к ИИ в экзоспекции выглядит как мини-протокол исследования, где указывается цель анализа, контекст, источники данных, временные рамки, рабочая гипотеза и альтернативы, а затем задаётся требование: выделить наблюдаемые маркеры, оценить их согласованность, указать, какие дополнительные данные критически нужны, и представить вывод в стандартизированном формате, пригодном для включения в клиническую запись или экспертное заключение. Здесь важно подчеркнуть: даже если ИИ технически способен генерировать «готовые формулировки заключения», профессиональная безопасность требует сохранять разделение между аналитическим отчётом ИИ и итоговым клиническим текстом врача. Это разделение защищает и пациента, и врача: оно позволяет использовать ИИ как измерительную систему, не перекладывая на него субъектность решения (Torol, 2019).

Существует и психологический аспект формулировки запросов, который особенно важен для врача с большим клиническим опытом. Опытный клиницист привык к тому, что вопросы «рождаются» в процессе контакта. Запрос к ИИ требует предварительной артикуляции того, что врач уже думает, но не всегда осознаёт как структуру. По сути, врач вынужден эксплицировать свой неявный клинический алгоритм: что он считает значимым, какие признаки для него ключевые, какие альтернативы он допускает. Это болезненный, но продуктив-

ный процесс, потому что он делает мышление проверяемым. ИИ в этой роли становится не только аналитическим агентом, но и зеркалом клинической логики: если запрос расплывчат, значит, расплывчата и гипотеза; если запрос перегружен, значит, врач не выделил главного; если запрос «подталкивает» к желаемому ответу, значит, врач рискует подтверждающим смещением (Kahneman, 2011). Таким образом, формулировка запросов становится частью профессиональной саморефлексии, но уже не психотерапевтической, а методологической.

Наконец, следует подчеркнуть, что культура запроса должна включать этическое измерение. Экзоспективные данные легко соблазняют врача «всеобществом»: можно анализировать речь, переписку, аудио, видео, поведенческие следы. Но в медицинской и судебной этике допустимость определяется не возможностью, а правом и согласием, а также принципом минимально достаточных данных: собирать только то, что необходимо для решения конкретной задачи (Beauchamp, Childress, 2019). Поэтому запрос к ИИ должен содержать явное указание на легитимность источников и на границы приватности. Это особенно важно в случаях, где пациент или подэкспертный находится в уязвимом положении: принуждение, зависимость от решения комиссии, страх последствий. Этическая дисциплина запроса — один из главных предохранителей от злоупотребления экзоспекцией и от превращения её в инструмент контроля вместо инструмента помощи и справедливости (Beauchamp, Childress, 2019).

В результате формулировка запросов к ИИ-системам становится центральной практической компетенцией экзоспективной психиатрии и психологии. Она соединяет феноменологическую точность, операциональную дисциплину и этическую ответственность. Врач, овладевший этой компетенцией, не «передаёт работу ИИ», а строит новый тип клинического процесса, где вопрос к данным является продолжением клинического мышления, а ответ ИИ — материалом для проверки гипотез и для более справедливого, воспроизводимого решения (Jaspers, 1913; Topol, 2019).

В следующей подглаве будет показано, как читать экзоспективные отчёты так, чтобы они не подменяли клиническое решение, а усиливали его: как различать наблюдение и интерпретацию, как оценивать согласованность источников и как превращать отчёт в часть клинической документации и экспертного заключения без утраты ответственности врача (Popper, 1959; Kahneman, 2011).

17.3. Интерпретация экзоспективных отчётов

Интерпретация экзоспективного отчёта — это центральный профессиональный навык, который отличает экзоспекцию как клинико-научную дисциплину от простого использования «умных текстовых сервисов». Врач, получающий отчёт от ИИ, оказывается в новой позиции: перед ним лежит не непосредственное впечатление от пациента и не классическая психопатологическая запись, созданная самим клиницистом, а вторичный аналитический продукт, построенный из данных, собранных и обработанных иным агентом. Эта опосредованность делает отчёт одновременно ценным и опасным: ценным — по-

тому что он способен выявлять паттерны, неочевидные человеческому вниманию, и сопоставлять большие массивы признаков; опасным — потому что он может производить «иллюзию объективности», то есть ощущение достоверности, не обеспеченное качеством исходного материала и корректностью аналитических шагов (Kahneman, 2011; Topol, 2019). Поэтому интерпретация экзоспективных отчётов должна рассматриваться как отдельный раздел клинической методологии, требующий дисциплины чтения, проверки и включения в клинико-экспертное решение.

Первое, что должен сделать специалист, получив отчёт, — восстановить его эпистемический статус: является ли он описанием наблюдаемого, выводом из наблюдаемого или гипотетической реконструкцией. В традиционной психиатрии многие тексты смешивают эти уровни; однако врач, как автор текста, обычно интуитивно понимает, где он «видел», а где «считает». В отчёте ИИ это различие легко размывается: система способна выдать интерпретации в форме фактов, а предположения — в форме уверенных формулировок. Здесь необходимо ввести правило чтения: каждый фрагмент отчёта должен быть мысленно возвращён к вопросу «на что он опирается». Такое требование соответствует общей логике научного рассуждения, где утверждение имеет вес лишь в той мере, в какой оно связано с данными и допускает проверку (Popper, 1959). Практически это означает, что клиницист должен искать в отчёте не «красивые объяснения», а следы операционализации: какие признаки выделены, как они измерены, насколько они устойчивы в разных источниках и во времени.

Проблема осложняется особенностью психиатрического объекта: психика проявляется в коммуникации, а коммуникация всегда контекстна. Поэтому экзоспективный отчёт никогда не должен читаться как фотография реальности; он ближе к карте, которую можно использовать, но нельзя путать с территорией. Эта мысль, хорошо известная философии и методологии науки, особенно актуальна в психиатрии, где «смысл» постоянно конкурирует с «наблюдаемым» (Jaspers, 1913). Экзоспекция претендует на объективизацию, но объективизация в гуманитарно-медицинских науках не означает устранение интерпретации; она означает дисциплинирование интерпретации через правила, форматы и проверяемость (Nempe, 1965). Следовательно, интерпретация отчёта — это работа по превращению карты в клиническое решение, где часть линий подтверждается, часть уточняется, а часть отвергается как недостаточно обоснованная.

Второй шаг — критическая оценка качества исходных данных, поскольку любой отчёт является функцией входа. Врач, читающий экзоспективный документ, должен мыслить как специалист по измерительным системам: если данные неполны, зашумлены или систематически смещены, то даже самый интеллектуально изощрённый анализ будет воспроизводить эти дефекты. В клинике это означает необходимость задавать вопрос о происхождении каждого источника: кто говорил, в каких условиях, с какими мотивациями, какова вероятность искажения. В судебной психиатрии это приобретает особую остроту, потому что материал дела не нейтрален: показания, протоколы и медицинские документы могут быть продуктом конфликтов, стратегий защиты и обвинения,

а также институциональных ограничений (Rogers, 2008). Экзоспективный отчёт, построенный на таких данных, должен восприниматься как гипотеза, а не как итог. ИИ способен усиливать слабый материал так же, как микроскоп усиливает шум на плохо подготовленном препарате: изображение становится детализированным, но не обязательно истинным.

Третье — проверка внутренней логики отчёта. Экзоспективный документ обычно содержит цепочки: признак → паттерн → интерпретация → вероятностный вывод. У человека-эксперта есть соблазн принять финальный вывод и не разбирать цепочку, особенно если вывод совпадает с его первичным впечатлением. Однако именно совпадение является источником наибольшего риска, поскольку оно усиливает подтверждающее смещение: врач начинает видеть в отчёте «подкрепление» вместо того, чтобы видеть в нём инструмент проверки (Kahneman, 2011). Поэтому интерпретация должна начинаться не с конца, а с основания: какие признаки названы, являются ли они действительно признаками, или это уже интерпретации; какие альтернативные объяснения рассмотрены; где в цепочке возможна ошибка. Здесь полезно опираться на принцип конкурентных гипотез: диагностическая и экспертная задача требует не одного объяснения, а рассмотрения нескольких, причём каждое должно быть соотнесено с данными (Meehl, 1954). Экзоспективный отчёт высокого качества будет сам предъявлять альтернативы и показывать, какие признаки поддерживают каждую; отчёт низкого качества будет «схлопываться» в одну линию, игнорируя конкурентов.

Четвёртое — различение уровней: симптоматика, синдромология, нозологическая рамка, функциональная оценка, риски. В традиционном клиническом мышлении эти уровни часто смешиваются, но специалист удерживает их благодаря опыту. В экзоспективной системе уровни должны быть ещё более строго разведены, потому что разные уровни имеют разную степень наблюдаемости. Симптом как наблюдаемый параметр может быть относительно хорошо фиксируем, особенно если речь идёт о темпе речи, латентности ответов, вариативности просодии, двигательной активности или структуре нарратива (Tausczik, Pennebaker, 2010). Синдром уже требует клинической интерпретации и сопоставления нескольких признаков. Нозологическая рамка в МКБ-10/11 требует критерия длительности, исключений, контекстных условий и дифференциации, которые редко могут быть полностью представлены в данных одной беседы. Функциональная оценка — отдельный слой, особенно значимый в судебной психиатрии: способность понимать, прогнозировать последствия, контролировать импульсы, поддерживать целенаправленную деятельность. Экзоспективный отчёт, смешивающий уровни, неизбежно будет вводить в заблуждение. Поэтому врач должен «расслоить» текст отчёта на уровни и оценить, где ИИ действительно опирается на наблюдаемое, а где он «достраивает» картину.

Пятое — работа с вероятностью и уверенностью. Экзоспекция, как было показано ранее, предполагает вероятностное мышление: не «диагноз истинный/ложный», а «степень поддержки гипотезы данными». Однако в клиниче-

ской и экспертной культуре есть давняя привычка к категорическим формулировкам, особенно в заключениях. ИИ, обученный на текстах, где доминирует уверенный тон, может воспроизводить эту категоричность, даже когда данные не позволяют. Поэтому интерпретация отчёта должна включать перевод текста в вероятностную шкалу: насколько устойчивы признаки, насколько они повторяются, насколько они специфичны. Именно специфичность является ключевой проблемой: многие признаки в психиатрии чувствительны, но не специфичны. Например, фрагментация нарратива может быть при психотическом расстройстве, при тревоге, при диссоциации, при когнитивной перегрузке, при интоксикации, при вторичном стрессе, а также при культурно-языковом барьере (Jaspers, 1913). Экзоспективный отчёт должен помогать различать эти варианты, но если он этого не делает, обязанность врача — не принимать вывод как «объективный», а вернуть его в пространство клинической неопределённости.

Шестое — оценка «клинической переносимости» отчёта, то есть его пригодности для включения в практику без разрушения контакта и без этического ущерба. В психиатрии и психотерапии качество решения измеряется не только точностью, но и тем, как оно воздействует на пациента: объяснение может лечить или травмировать, формулировка может укреплять сотрудничество или вызывать сопротивление (Beck, 1979). Экзоспективный отчёт часто содержит «холодные» формулировки, которые клинически верны как аналитические гипотезы, но вредны как коммуникация. Врач, интерпретируя отчёт, должен отделить внутренний аналитический документ от того, что будет сказано пациенту или включено в официальную документацию. Это особенно важно при личностной патологии, при подозрении на симуляцию/диссимуляцию и при судебной экспертизе, где каждое слово может быть использовано сторонами процесса. Следовательно, интерпретация отчёта включает не только эпистемическую проверку, но и профессиональную редактуру смысла, где сохраняется точность, но исключаются недоказуемые или стигматизирующие утверждения (Beauchamp, Childress, 2019).

Седьмое — сопоставление отчёта ИИ с независимыми источниками и с «золотыми» клиническими процедурами. Экзоспекция не отменяет психиатрическое обследование; она предлагает новый тип данных и новые способы их интеграции. Поэтому интерпретация отчёта должна включать его сопоставление с: результатами клинического интервью, наблюдением в динамике, психометрическими инструментами (если они применимы), нейропсихологической оценкой, соматическим обследованием и, при необходимости, токсикологическими данными. ИИ может предположить депрессию по речевым маркерам, но истинная клиническая оценка требует выяснить соматические факторы, медикаментозные влияния, нарушения сна и контекст потерь. ИИ может предположить гипоманию по ускорению темпа речи, но клиническая диагностика требует анализа длительности, уровня функционирования и исключения стимуляторов. ИИ может указать на аутистические черты по особенностям прагматики речи, но клиническая оценка требует развития в детстве, социальной истории и

сенсорных особенностей. Экзоспективный отчёт, не сопоставленный с независимыми данными, остаётся гипотезой, и врач должен удерживать этот статус.

Восьмое — понимание технической природы отчёта без превращения врача в инженера. Практикующему клиницисту не требуется знать архитектуры моделей, но необходимо понимать типовые источники ошибок. К ним относятся смещения обучающих данных, «галлюцинации» текста, когда система достраивает отсутствующие факты, и зависимость результата от формулировки запроса (Torol, 2019). Кроме того, существует эффект «псевдоподробности»: отчёт может содержать много тонких наблюдений, которые создают впечатление научности, хотя часть этих наблюдений статистически неустойчива или не валидирована. Поэтому интерпретация должна включать внутреннюю установку на минимализм доказательства: принимать в работу только то, что связано с конкретными фрагментами данных или с воспроизводимыми измерениями. В этом смысле экзоспективный отчёт следует читать так же, как эксперт читает научную статью: отделяя результаты от обсуждения, наблюдения от интерпретации и выводы от предположений (Hempel, 1965).

Девятое — превращение отчёта в документ, пригодный для стандартизированной клинической записи. Экзоспекция претендует на воспроизводимость, а воспроизводимость требует структуры. Врач, интерпретируя отчёт, должен уметь извлечь из него «ядро», которое можно повторить на следующем визите или в другой комиссии: какие признаки были обнаружены, в каких условиях, какова динамика, что остаётся неопределённым. Здесь важно сохранять связь с МКБ-10/11, но не подменять клинический смысл административной категорией. Например, если отчёт показывает устойчивые паттерны социальной коммуникации, ограниченную гибкость и сенсорную гиперреактивность, это может быть использовано для обсуждения нейроразвития в терминах МКБ-11, но врач должен указать, какие критерии подтверждены, какие требуют уточнения и какие альтернативы существуют. Такой способ включения отчёта делает его частью профессиональной документации, а не «посторонним текстом».

Десятое — интеграция отчёта в экспертное мышление без потери ответственности. Особенно важно подчеркнуть, что отчёт ИИ не является субъектом решения. В судебной психиатрии итоговое заключение — это не сумма данных, а акт профессионального суждения, связанный с юридическими последствиями. Поэтому интерпретация экзоспективного отчёта должна завершаться не «принятием вывода», а формулировкой позиции врача: какие элементы отчёта поддерживаются клиническими данными, какие — отвергаются, какие — остаются гипотезой. Эта позиция должна быть аргументирована и проверяема, поскольку именно врач несёт ответственность перед пациентом, судом и профессией (Faigman, 2013). Экзоспекция в этом смысле не уменьшает роль врача; она повышает требования к его методологической грамотности.

Наконец, интерпретация экзоспективных отчётов имеет и культурно-профессиональное измерение: она требует от клинициста принятия новой формы смирения. Традиционная интерспективная психиатрия во многом строилась

на авторитете опыта, на «видении» врача и на доверии к его профессиональной интуиции. Экзоспекция не отменяет интуицию, но заставляет её пройти процедуру проверки. Врач, работающий с отчётом ИИ, должен быть готов признать, что некоторые его привычные клинические впечатления могут оказаться недостаточно подтверждёнными, а некоторые «незаметные» признаки могут оказаться значимыми. Это приближает психиатрию к идеалу научной дисциплины, где ценность мысли определяется не статусом автора, а процедурой проверки (Popper, 1959). В этом и состоит практический смысл экзоспекции: не заменить клиническое искусство, а встроить его в режим большей воспроизводимости и большей ответственности.

Продолжение этой линии в следующей подглаве будет связано с тем, как именно соединять клинический опыт и экзоспективные данные в единую диагностическую систему, не разрушая ни эмпатического контакта, ни юридической точности, ни научной дисциплины. Вопрос будет не о компромиссе, а о методе интеграции, где каждому компоненту — человеческому и алгоритмическому — отводится своя строго определённая функция (Topol, 2019).

17.4. Совмещение клинического опыта и данных

Совмещение клинического опыта и данных в экзоспекции не является технической процедурой «прибавления» одного источника к другому; это перестройка самой логики клинического рассуждения. Исторически психиатрическое знание развивалось как знание интерпретирующее: оно опиралось на беседу, наблюдение, эмпатию и психопатологическое понимание, то есть на способность врача извлекать смысл из переживаний и поведения другого человека (Jaspers, 1913). Даже тогда, когда психиатрия заимствовала нозологический язык и критериальные системы, сама ткань клинического решения сохраняла характер профессионального суждения, в котором опыт врача выступал главным интегратором разнородных признаков. Экзоспекция, вводящая инструментальные данные и алгоритмическую обработку, не отменяет этой ткани, но заставляет её стать более явной, более проверяемой и, в определённом смысле, более «научно дисциплинированной». Это означает, что клинический опыт и данные должны быть соединены не компромиссно, а методологически: опыт становится механизмом постановки вопросов, а данные — механизмом проверки и калибровки ответов (Sackett, 1996; Popper, 1959).

Ключевое препятствие на этом пути связано с тем, что опыт и данные принадлежат разным эпистемическим режимам. Опыт врача содержит в себе комплекс неформализованных знаний: он включает память о множестве случаев, интуицию, навыки распознавания паттернов, тонкую чувствительность к контексту и межличностной динамике. В психиатрии эта часть особенно велика, поскольку значительная доля клинической информации проявляется в нюансах контакта: в колебаниях доверия, в стилях ответа, в микроизменениях аффекта и мимики, в характере сопротивления и согласия. Однако тот же опыт несёт риск систематических искажений: эффект доступности, подтверждающее

смещение, якорение на первом впечатлении, склонность переоценивать объяснения, которые красиво звучат и эмоционально «сходятся» (Kahneman, 2011). Данные экзоспекции претендуют на компенсацию этих искажений, потому что предлагают измеримые параметры и алгоритмически воспроизводимые правила. Но и они несут собственные риски: смещения исходных выборок, зависимость от качества сигналов, неявные предположения модели, а также «иллюзию точности», когда количественная форма принимается за истинность (Torol, 2019). Следовательно, метод совмещения должен быть построен так, чтобы опыт и данные взаимно ограничивали друг друга: опыт защищает клинику от слепого доверия числам, а данные защищают опыт от уверенности без проверки.

Практически это означает, что экзоспективная работа требует от врача нового понимания клинической гипотезы. В традиционной практике гипотеза часто формируется имплицитно: «это похоже на депрессию», «это похоже на психоз», «это личностное». Экзоспекция вынуждает сделать гипотезу явной, а затем разложить её на ожидаемые наблюдаемые признаки и альтернативы. Здесь психиатрическое мышление приближается к стандартам доказательного подхода, где клиническое решение строится как последовательность проверок: что должно быть обнаружено, чтобы гипотеза укрепились, и что должно быть обнаружено, чтобы она ослабла (Sackett, 1996). В этом отношении экзоспекция возвращает психиатрию к строгой логике клинической психопатологии, где диагноз не является ярлыком, а является формой объяснения, несущей прогностические и терапевтические следствия. Именно поэтому важно удерживать связь с МКБ-10/11 как с системами, задающими критерии, длительность, исключения и клинические границы. Экзоспективные данные могут усилить выявление признаков, но они не должны подменять критерии классификации, иначе возникает риск «алгоритмической нозологии», которая выглядит объективной, но фактически отрывается от клинических определений.

Врачебный опыт в экзоспекции следует понимать как систему приорных предположений, а данные — как систему обновления этих предположений. Такой подход можно описать языком вероятностного мышления: клиницист начинает с определённой структуры ожиданий, сформированной обучением и практикой, затем получает новые наблюдения и изменяет степень уверенности в гипотезах. Само по себе это не новая идея; фактически именно так работает любое клиническое мышление, даже если врач не выражает его математически. Новизна экзоспекции в том, что обновление становится более прозрачным: данные предъявляют количественные и структурные основания для изменения уверенности, а врач получает возможность видеть, в каких точках его интуиция совпадает с наблюдаемым, а в каких расходится (Gigerenzer, 2002). Тем самым опыт становится не абсолютным судьёй, а источником качественных «вопросов», тогда как данные становятся источником дисциплинированных «ответов», которые, однако, не окончательны, а всегда зависят от качества измерения.

Особое значение приобретает различие «объектных» и «интерсубъективных» компонентов клинического решения. Объектные компоненты — это

то, что в принципе может быть измерено и повторено: например, вариативность сна по дневнику и носимым сенсорам, темп речи и латентность ответа, моторная активность, частота обращений за медицинской помощью, динамика симптомов по стандартным шкалам. Интерсубъективные компоненты — это то, что возникает в отношениях врача и пациента: доверие, сопротивление, перенос и контрперенос, смысловые структуры, моральная позиция, нарративная организация опыта (Freud, 1912; Rogers, 1951). Экзоспекция не должна пытаться «вымыслить» интерсубъективность из клиники, потому что в психотерапии и во многих разделах психиатрии именно интерсубъективность является частью лечения, а не шумом. Однако интерсубъективность должна быть признана как зона повышенного риска субъективных искажений. Поэтому корректное совмещение опыта и данных означает: там, где возможно измерение и повторение, врач должен позволить данным структурировать наблюдение; там, где измерение невозможно или разрушает клинический смысл, врач должен удерживать приоритет профессионального понимания, но одновременно фиксировать его как гипотезу, а не как факт (Jaspers, 1913; Beauchamp, Childress, 2019).

В этой связи особенно полезным оказывается различие «признаков» и «объяснений». Клинический опыт легко превращает признак в объяснение: например, раздражительность, подозрительность и конфликтность могут быть пережиты врачом как «личностная патология», тогда как в данных может обнаружиться выраженная бессонница, хроническая боль или стимуляторная интоксикация. Данные, в свою очередь, могут превращать корреляцию в причинность: например, снижение социальной активности и уменьшение речи могут быть интерпретированы как депрессия, тогда как клинический опыт подскажет, что это может быть негативная симптоматика, аутистическая перегрузка, социальная тревога или культурно обусловленная сдержанность. В интеграции важно удерживать обе опасности и не позволять ни опыту, ни данным подменять причинность поверхностной связью. Совмещение означает выработку устойчивого «двойного контроля»: опыт проверяет причинные интерпретации данных, а данные проверяют поспешные причинные интерпретации опыта (Kahneman, 2011; Topol, 2019).

Переход к экзоспективной интеграции требует также пересмотра роли диагноза. В традиционной системе диагноз часто выступает как конечная точка: он фиксирует клиническую реальность и служит основанием для терапии и экспертизы. В экзоспекции диагноз становится скорее узлом в сети: он связан с профилем признаков, их динамикой, контекстом, уровнем функционирования и рисками. Такой подход ближе к идее «профиля состояния», чем к идее единственного ярлыка, и он во многом согласуется с тенденциями МКБ-11, где усиливается внимание к измерительным и функциональным аспектам клинического состояния. Однако, особенно в судебной психиатрии, диагноз остаётся юридически значимым. Поэтому совмещение опыта и данных должно быть двуязычным: с одной стороны, оно удерживает многомерный профиль, позволяющий видеть динамику и неоднозначность; с другой стороны, оно умеет переводить профиль в категорические формулировки там, где этого требует правовой

контекст, но переводить с указанием пределов уверенности и с явным обозначением того, какие элементы являются подтверждёнными, а какие — вероятными.

Отдельной задачей становится калибровка клинической уверенности. Опытный врач нередко обладает высокой скоростью распознавания паттернов, но скорость сама по себе не гарантирует точности. Более того, в условиях судебной ответственности скорость может становиться опасной, потому что юридическая система требует не только правильного результата, но и обоснованного пути к нему. Экзоспекция предоставляет возможность калибровки: когда врач сравнивает своё впечатление с внешними наблюдаемыми паттернами, он постепенно учится распознавать, в каких ситуациях его интуиция обычно точна, а в каких систематически ошибается. В этом смысле экзоспекция может служить инструментом профессионального развития, который делает клинический опыт более «прозрачным» для самого врача, превращая его из субъективной уверенности в обучаемую систему распознавания (Gigerenzer, 2002). Такая калибровка особенно важна в пограничных состояниях, где феноменология колеблется между нормой и патологией, и в случаях симуляции/диссимуляции, где социальные мотивы существенно меняют клиническую картину (Rogers, 2008).

Наконец, совмещение опыта и данных неизбежно затрагивает этическую основу клинической работы. Экзоспекция вводит в клинику дополнительные слои наблюдения, а наблюдение — это власть. Врач, получающий отчёт по речи, поведению, биосигналам и цифровым следам, может незаметно перейти от помощи к контролю. Поэтому интеграция должна быть встроена в рамки профессиональной этики: уважение автономии, минимизация вреда, обоснованность вмешательств, конфиденциальность и прозрачность для пациента там, где это допустимо и не разрушает экспертную задачу (Beauchamp, Childress, 2019). В терапевтическом контексте пациент должен понимать, какие данные собираются и для чего; в судебном контексте должны существовать стандарты допустимости и правила обращения с данными, иначе экзоспекция станет не инструментом объективизации, а источником новых злоупотреблений. В обоих случаях клинический опыт врача выступает носителем этической чувствительности, тогда как данные и алгоритмы должны быть ограничены правилами, не позволяющими «рациональности измерения» подменить гуманитарную ответственность.

В итоге совмещение клинического опыта и данных следует понимать как построение единой диагностической системы, где человеческое и алгоритмическое не конкурируют, а функционально разделены. Человек сохраняет способность понимать смысл, удерживать контекст, строить терапевтический контакт и принимать ответственность за решение. Алгоритм обеспечивает воспроизводимость, масштабируемую обработку сигналов, выявление слабых паттернов, контроль за динамикой и снижение влияния некоторых когнитивных искажений. Экзоспекция как дисциплина начинается именно там, где это разделение становится методологически оформленным: когда клиническое суждение

перестаёт быть «личным мнением», но и не превращается в «диктат данных», а становится процедурой интеграции, которая допускает проверку, повторение и профессиональную критику (Popper, 1959; Torol, 2019). На этой основе возможно формирование стандарта экзоспективной клиники и экспертизы, в котором психиатрия не теряет человеческого измерения, но приобретает новый уровень объективируемой строгости.

Глава 18. Этические, правовые и профессиональные аспекты

18.1. Ответственность врача и роль ИИ

Появление экзоспекции как практики, в которой искусственный интеллект выступает внешним наблюдателем психического состояния, неизбежно переводит вопрос ответственности из области профессиональной этики в область системной архитектуры клинического решения. В традиционной психиатрии ответственность врача опиралась на два взаимосвязанных основания: во-первых, на монополию субъекта решения, то есть на то, что именно врач формулирует диагноз, прогноз и рекомендации; во-вторых, на признание ограниченности инструментария, где неопределённость считалась естественным свойством психопатологической реальности и компенсировалась опытом, клиническим мышлением и нормативными рамками профессии (Jaspers, 1913). Экзоспекция не отменяет неопределённость; напротив, она делает её более заметной, потому что вводит новые источники ошибок и новый тип «объективности», который может быть принят за абсолютную. В результате ответственность врача перестаёт быть только индивидуальной добродетелью и становится обязанностью управлять сложной системой, в которой часть наблюдения и интерпретации передана алгоритмам (Torol, 2019).

Клинико-юридическая природа ответственности в психиатрии особенно ясно проявляется там, где цена ошибки максимально велика: при суицидальном риске, при опасности насилия, при назначении принудительных мер, при судебно-психиатрической экспертизе. В этих ситуациях ответственность врача традиционно определяется не только качеством намерения и профессионализма, но и тем, насколько решение может быть обосновано, воспроизведено, проверено и защищено в институциональных процедурах. Сама структура обоснования в психиатрии исторически формировалась в напряжении между «пониманием» и «объяснением»: между феноменологическим постижением субъективного мира пациента и медицинским объяснением симптомов в рамках нозологии (Jaspers, 1913). Экзоспекция добавляет третью плоскость — «измерение» — и тем самым усложняет структуру ответственности: врач должен отвечать за то, что он понял, за то, что он объяснил, и за то, что было измерено и обработано инструментально. Эти три плоскости не сводимы друг к другу; их нельзя заменить одной доминирующей, не разрушив клиническую истинность и правовую пригодность заключения.

С методологической точки зрения ответственность врача в экзоспекции следует понимать как ответственность за конечный акт клинического и экспертного суждения, а также за корректность процедур, с помощью которых это суждение получено. В доказательной медицине давно подчёркивается, что клиническая компетентность не исчерпывается знанием исследований; она включает способность применить данные к конкретному пациенту с учётом ценностей, контекста, рисков и альтернатив (Sackett, 1996). Экзоспекция радикализирует эту мысль: данные становятся не только результатами исследований, но и данными повседневного наблюдения, зачастую высокочастотными, многоканальными и неполными. Следовательно, врач несёт ответственность не за то, чтобы «поверить» отчёту ИИ, и не за то, чтобы «опровергнуть» его интуитивно, а за то, чтобы интегрировать его как источник ограниченного знания, правильно оценив релевантность, валидность, смещения и пределы применимости. Здесь ответственность становится не бинарной, а калибровочной: врач должен уметь соотнести степень уверенности с качеством оснований и явно выражать эту степень уверенности в клиническом документе или экспертном заключении (Gigerenzer, 2002).

Вопрос о роли ИИ в таком контуре неизбежно упирается в различие инструмента и субъекта. Этическая традиция медицины строится на том, что субъектом ответственности является человек — врач, обладающий профессиональным статусом, моральной агентностью и юридической дееспособностью. Алгоритм, даже если он демонстрирует высокий уровень предсказательной точности, остаётся инструментом, потому что не обладает ни моральной интенциональностью, ни способностью нести ответственность, ни возможностью быть адресатом упрёка и санкции (Floridi, Sanders, 2004). Однако инструменты бывают разными: скальпель не интерпретирует, а ИИ интерпретирует; термометр фиксирует, а ИИ ранжирует; лабораторный анализ выдаёт число, а ИИ выдаёт «вывод», часто выраженный в языке, близком к клиническому. Именно это сходство формы с человеческим заключением создаёт риск смешения ролей. Врач может начать воспринимать ИИ как «соавтора» решения, а значит — как носителя части ответственности; но с точки зрения этики и права такое разделение не освобождает врача, а, напротив, увеличивает его обязанность к контролю, потому что врач добровольно вводит в практику инструмент, способный ошибаться непрозрачно (Torol, 2019).

Отсюда возникает ключевой принцип экзоспективной ответственности: врач ответственен не только за то, что он сделал, но и за то, что он делегировал. Делегирование в медицине всегда было ограниченным: врач может поручить измерение медсестре, интерпретацию снимка — рентгенологу, анализ крови — лаборатории. Но во всех этих случаях существуют профессиональные стандарты, аттестация, протоколы контроля качества и понятные механизмы аудита. С ИИ ситуация сложнее, потому что алгоритм может быть обучен на иных популяциях, встроен в коммерческую инфраструктуру, обновляться без видимого изменения интерфейса и демонстрировать «дрейф» результатов при смене среды. В результате врачебная ответственность включает обязанность понимать

происхождение отчёта, тип модели, пределы валидности и контекст обучения, иначе доверие к отчёту становится разновидностью профессиональной небрежности, хотя и может выглядеть как «следование технологическому прогрессу» (O’Neil, 2016). В психиатрии, где данные нередко контекстны и социально насыщены, риск такого дрейфа ещё выше: один и тот же поведенческий паттерн может иметь различный смысл в зависимости от культуры, возраста, уровня образования, соматического состояния и ситуации наблюдения.

Особенно важной становится проблема объяснимости и обоснования. В экспертной практике недостаточно сказать «алгоритм показал высокий риск» или «модель классифицировала состояние как психотическое». Эксперт обязан представить разумное, связное и проверяемое обоснование, которое может быть оценено судом, коллегами и сторонами процесса. Это обоснование должно быть выражено на языке психопатологии и права, а не на языке внутренней статистики модели. Тем самым роль ИИ в экзоспекции должна быть описана как роль «доказательного источника», а не как роль «арбитра». ИИ может поддерживать решение, выявляя паттерны речи, динамику сна, поведенческие отклонения, несогласованности нарратива, но окончательное обоснование должно исходить из клинических понятий и юридически значимых критериев, которые врач способен артикулировать и защитить (Jaspers, 1913). В противном случае происходит подмена основания: вместо клинико-юридической аргументации появляется ссылочная аргументация «так сказала система», что разрушает саму сущность экспертного знания как рационально проверяемого.

Далее следует различить два типа ошибок, принципиально меняющих структуру ответственности: ошибки наблюдения и ошибки интерпретации. В традиционной клинике наблюдение часто ограничено временем приёма и памятью врача; интерпретация же опирается на опыт и классификацию. В экзоспекции наблюдение расширяется: появляются длительные временные ряды, многоканальные данные, цифровые следы. Но расширение наблюдения порождает новый тип ошибки — ошибку «ложной полноты»: когда массив данных создаёт ощущение исчерпывающего знания, хотя на деле данные остаются фрагментарными и селективными. Например, сенсоры фиксируют сон и активность, но не фиксируют смысл переживания; анализ речи фиксирует структуру и темп, но не фиксирует намерение и моральную позицию; цифровой след фиксирует поведение в сети, но не фиксирует скрытую мотивацию и контекст (Boyd, Crawford, 2012). Следовательно, врач должен быть ответственен за сохранение эпистемической скромности: данные не должны превращаться в «тотальную биографию психики». В этой точке экзоспекция нуждается в философской дисциплине, напоминающей, что измерение всегда является выбором, а выбор — ценностен (Foucault, 1963). Роль ИИ здесь — не расширять власть врача, а расширять наблюдаемость при сохранении принципа минимальной достаточности и профессионального смысла.

С юридической стороны ответственность врача также меняется, потому что появляется вопрос стандарта осторожности: что считается «разумным» применением ИИ и что считается «разумной» проверкой его результатов. На

ранних этапах внедрения технологий стандарт обычно формируется постфактум через профессиональные рекомендации и судебную практику. Но экзоспекция касается высокорисковых решений, где постфактум-формирование стандартов может привести к недопустимым потерям. Поэтому профессиональная ответственность врача включает инициативу к формированию стандартов: описание протоколов применения, критериев качества данных, правил верификации, процедур документирования и порядка разрешения противоречий между клиническим впечатлением и экзоспективным отчётом. Даже если такие стандарты разрабатываются институционально, врач обязан работать так, чтобы его решения были реконструируемы: чтобы было понятно, какие данные использовались, какие выводы из них сделаны, какие альтернативы рассматривались и почему они отвергнуты. Эта реконструируемость является формой ответственности перед пациентом и перед правом (Beauchamp, Childress, 2019).

В клинической этике существует соблазн упростить проблему, сведя её к формуле «ИИ — помощник». Однако понятие помощника недостаточно конкретно, потому что не определяет границы влияния. Реалистичнее понимать роль ИИ как роль «второго наблюдателя», который расширяет поле наблюдаемого и предлагает вероятностные гипотезы, но не обладает правом окончательного решения. В этом контуре ответственность врача включает обязанность удерживать клиническую автономию: не автономию как произвол, а автономию как способность аргументировать, проверять и принимать решение, оставаясь субъектом профессиональной ответственности. При этом автономия не должна превращаться в сопротивление данным. Экзоспективная этика требует от врача готовности изменять собственное мнение под давлением убедительных наблюдений и признавать границы собственного опыта, иначе экзоспекция превращается в декоративную технологию, используемую лишь тогда, когда она подтверждает исходное впечатление (Kahneman, 2011). Врачебная ответственность, таким образом, двусторонняя: она включает защиту пациента от технологического диктата и защиту пациента от человеческой самоуверенности.

Особого внимания заслуживает вопрос распределённой ответственности в институциональной среде. Экзоспективные системы создаются разработчиками, внедряются администраторами, используются клиницистами, а последствия несут пациенты и общество. В таком контуре неизбежно возникает моральный разрыв: тот, кто влияет на систему, может быть не тем, кто видит последствия. Философия информационной этики подчёркивает, что ответственность должна распределяться по цепочке причинности и контроля: разработчик ответственен за качество модели и честность заявлений, учреждение — за выбор и контроль технологии, врач — за корректность применения и интеграции, государство и профессиональные сообщества — за стандарты и регуляцию (Floridi, 2013). Однако в клинической и экспертной практике пациент сталкивается прежде всего с врачом, и потому врач остаётся «публичным носителем» ответственности. Это не отменяет ответственности других участников, но требует от врача повышенной профессиональной осторожности: он должен понимать, что техническая ошибка, совершённая где-то выше по цепочке, в конеч-

ном счёте будет воспринята как его ошибка, если он не создал контур проверки и не обозначил пределы достоверности данных.

Наконец, роль ИИ в экзоспекции неизбежно пересекается с вопросом доверия. Психиатрия как область медицины особенно зависима от доверия, потому что её объектом является не только симптом, но и личность, а вмешательство касается самоощущения, свободы и социальной судьбы человека. Если пациент воспринимает экзоспекцию как скрытое наблюдение или как «машинный суд», доверие разрушается, а вместе с ним снижается качество данных и эффективность лечения. Следовательно, ответственность врача включает обязанность этического посредничества: врач должен уметь объяснить пациенту статус данных и статус выводов, показать, что ИИ не отменяет человеческого внимания, а служит расширением наблюдаемости, и что любое решение остаётся человеческим и подлежащим обсуждению в терапевтическом контуре (Rogers, 1951; Beauchamp, Childress, 2019). В судебной психиатрии, где диалог ограничен процессуальными рамками, ответственность выражается иначе: в ясности формулировок, в недопущении «магического языка алгоритма» и в точном разграничении фактов, интерпретаций и предположений.

Таким образом, ответственность врача в эпоху экзоспекции становится многослойной: это ответственность за конечное клиническое или экспертное решение; ответственность за выбор и корректное применение технологического инструмента; ответственность за проверяемость и обоснованность пути рассуждения; ответственность за сохранение этических границ наблюдения; и ответственность за поддержание доверия как условия клинической истины. Роль ИИ при этом должна быть строго функциональной: быть внешним наблюдателем и аналитическим усилителем, но не субъектом решения и не носителем моральной власти. Только при таком разграничении экзоспекция может стать инструментом повышения объективности без утраты гуманитарного ядра психиатрии и без размывания профессиональной ответственности врача (Jaspers, 1913; Topol, 2019; Floridi, 2013).

18.2. Конфиденциальность и защита данных

Конфиденциальность в психиатрии исторически выступала не просто этическим требованием, а условием самой возможности клинического знания. Психиатрическое интервью, наблюдение, анализ нарратива и интерпретация симптомов основаны на готовности человека открывать внутренний опыт, зачастую социально стигматизированный и потенциально юридически значимый. Именно поэтому в классической клинической традиции доверие к врачу рассматривалось как эпистемическое основание диагностики: без доверия исчезает материал для понимания, а значит исчезает и предмет профессионального решения (Jaspers, 1913; Rogers, 1951). Экзоспекция, вводя искусственный интеллект как внешний наблюдатель психического состояния, расширяет объём и глубину собираемой информации, но тем самым переносит конфиденциальность из пространства «врач—пациент» в пространство «система—

экосистема», где данные существуют в виде потоков, копий, логов, метаданных и производных признаков. Это изменение не количественное, а качественное: речь идёт о переходе от охраны тайны высказывания к охране целостной цифровой модели личности.

В традиционной психиатрии объект защиты — содержание беседы и медицинская документация. В экзоспекции объект защиты становится многослойным: защищать необходимо не только первичные данные (текст, аудио, видео, показатели носимых устройств), но и их интерпретационные производные, то есть признаки и выводы модели. С практической точки зрения именно производные часто оказываются более чувствительными, чем исходные данные: отдельные фразы или отдельные показатели сна могут казаться невинными, однако совокупная модель — «профиль состояния», «индекс риска», «вероятность психотической декомпенсации» — превращается в информацию, которая способна влиять на судьбу человека в медицине, в страховании, в трудовых отношениях и в правовом поле (Solove, 2006; O’Neil, 2016). Тем самым конфиденциальность в экзоспекции должна пониматься как защита от несанкционированного доступа не только к фактам, но и к предсказаниям, поскольку предсказание в социальной системе часто действует как факт.

Психиатрическая информация традиционно относится к категории наиболее чувствительных данных, потому что она затрагивает автономию, дееспособность, социальную репутацию и иногда свободу человека. В международных правовых режимах это выражается через усиленные требования к обработке данных о здоровье и, в ряде юрисдикций, к данным о психическом здоровье как к особой подкатегории медицинской тайны (European Parliament, Council, 2016). Принципиально важно, что экзоспекция стирает привычную границу между «медицинскими» и «немедицинскими» данными: поведенческие паттерны, цифровой след, характеристики речи, взаимодействие со смартфоном или социальными сервисами могут не восприниматься пользователем как медицинские, однако именно они становятся материалом для реконструкции состояния и, следовательно, приобретают медицинскую чувствительность по смыслу, даже если не маркированы как «медицинские» по форме (Nissenbaum, 2010). В этом состоит один из центральных этических парадоксов экзоспекции: чем более «естественными» и повседневными кажутся источники данных, тем выше риск неосознанного согласия и тем слабее субъективное ощущение вторжения, при том что клиническая и юридическая значимость результата может быть чрезвычайно высокой.

Отсюда следует первая фундаментальная установка: конфиденциальность в экзоспекции должна быть контекстной. Нельзя ограничиться формальной процедурой согласия на обработку данных, поскольку согласие, данное без понимания контекста применения, превращается в юридическую фикцию, а не в этический акт. Концепция контекстной целостности подчёркивает, что приватность нарушается не только тогда, когда информация «раскрывается», но и тогда, когда она начинает циркулировать в несоответствующих контекстах и ролях: то, что допустимо в лечении, может быть недопустимо в управлении

персоналом, маркетинге или судопроизводстве (Nissenbaum, 2010). Экзоспекция, будучи по природе междисциплинарной, постоянно испытывает эту границу. Поэтому врач, применяющий экзоспекцию, несёт профессиональную ответственность за то, чтобы контекст использования данных был задан явно: для лечения, для мониторинга, для экспертизы, для научного анализа — и чтобы правила доступа и хранения данных соответствовали именно этому контексту, а не технологическим возможностям системы.

Вторая установка связана с проблемой идентифицируемости. В цифровой среде распространено предположение, что обезличивание снижает риски. Однако в отношении поведенческих и биометрических данных обезличивание часто оказывается нестабильным: набор «анонимных» признаков может быть повторно связанный с конкретным человеком через корреляции, сопоставление метаданных и внешние базы. Это особенно актуально для данных экзоспекции, потому что голос, мимика, паттерн движения и стиль речи обладают высокой индивидуальностью. Следовательно, конфиденциальность не может опираться исключительно на де-идентификацию; она должна включать архитектурную минимизацию собираемых данных и контроль циркуляции производных признаков (Ohm, 2010). В клиническом смысле это означает: предпочтение должно отдаваться тем конструкциям экзоспекции, где «модель приходит к врачу», а не «пациент уходит в модель», то есть где обработка максимально возможной части данных производится локально и выдаёт врачу только клинически необходимую репрезентацию, а не полный массив сырьевых данных.

Третья установка — принцип минимальной достаточности. В классической медицинской этике он выражался в том, что врач не должен собирать сведения, не относящиеся к диагнозу и лечению. В экзоспекции этот принцип должен быть усилен, потому что технически возможно собирать почти всё, а значит, этический запрет должен быть сформулирован как сознательная инженерная граница. Здесь экзоспекция сталкивается с характерной «техно-логикой накопления»: данные собираются «на всякий случай», поскольку в будущем они могут оказаться полезными для обучения моделей. Однако клиническая практика не может быть подчинена интересам будущей модели, иначе пациент превращается в сырьевой ресурс, а терапевтический союз — в прикрытия для извлечения данных (Floridi, 2013). Поэтому допустимость расширенного сбора данных должна быть связана не с технологическим потенциалом, а с клинической необходимостью, причём эта необходимость должна быть формализована протоколом, понятным врачу и пациенту.

Особую сложность создаёт различие между клинической и судебной экзоспекцией. В клинике конфиденциальность ограничивается редкими исключениями (угроза жизни, обязательные сообщения в установленном законом порядке), и основная этическая цель — защита пациента и сохранение доверия (Beauchamp, Childress, 2019). В судебной практике конфиденциальность изначально иная: экспертиза выполняется в процедурном контуре, где адресатом результата является суд, а обследуемый может не быть инициатором и не разделять целей исследования. Экзоспекция в этом контуре рискует усилить асим-

метрию власти, потому что расширяет возможности наблюдения и ретроспективной реконструкции состояния. Поэтому защита данных в судебной экзоспекции должна включать дополнительный принцип пропорциональности: даже если данные могут быть получены, вопрос должен звучать иначе — допустимо ли получать именно эти данные ради решения именно этой юридической задачи. Пропорциональность здесь становится не абстрактным лозунгом, а критерием допустимости технологии в правовом государстве (European Parliament, Council, 2016). Иначе говоря, расширение наблюдаемости не должно автоматически означать расширение допустимости вмешательства.

Далее необходимо рассмотреть проблему вторичного использования данных. Экзоспективные системы нередко создаются на стыке клиники, научных исследований и коммерческих разработок, а значит возникает соблазн использовать клинические данные для обучения моделей, улучшения продукта или статистической аналитики. С этической точки зрения вторичное использование возможно лишь при соблюдении строгих условий: пациент должен понимать, что данные выходят за пределы лечения, и иметь реальную возможность отказа без ухудшения доступа к помощи. Но в цифровых системах отказ часто становится формальным, потому что функциональность приложения оказывается завязана на передачу данных. Это создаёт ситуацию «принуждения согласия», когда человек соглашается не потому, что разделяет цели обработки, а потому, что иначе он не получит помощь или поддержку. Такая ситуация противоречит принципу автономии и превращает согласие в инструмент давления, пусть и мягкого (Beauchamp, Childress, 2019). В психиатрии, где у пациента могут быть снижены критика и волевой контроль в рамках отдельных состояний, требования к качеству информированного согласия должны быть ещё выше: согласие должно оцениваться как процесс, а не как подпись.

Отдельной темой является защита данных как защита от «социальной утечки смысла». Даже при идеальной кибербезопасности и юридической корректности остаётся риск, что отчёты экзоспекции будут интерпретированы вне клинического контекста. Психиатрическая формулировка, извлечённая из системы и попавшая в руки непрофессионала, может стать основанием для дискриминации или самостигматизации. В этом смысле защита данных — не только защита от доступа, но и защита от неправильного смыслового употребления. Фуко показывал, что медицинские классификации неизбежно участвуют в социальном распределении нормальности и отклонения, а потому обладают властью, выходящей за пределы кабинета (Foucault, 1963). Экзоспекция, делая такие классификации «масштабируемыми» и «автоматизируемыми», усиливает их социальную мощь. Следовательно, врач и система должны проектироваться так, чтобы минимизировать риск деконтекстуализации: отчёт должен быть устроен как клинический документ для профессионала, а не как «ярлык» для социальной среды.

Техническая защита данных в экзоспекции должна рассматриваться как часть профессиональной этики, а не как задача исключительно IT-службы. Поскольку врач является инициатором и пользователем инструмента, он несёт от-

ветственность за выбор системы, в которой реализованы базовые принципы безопасности: разграничение доступа, журналирование действий, шифрование при хранении и передаче, устойчивость к несанкционированному копированию, контроль обновлений и версионирование модели. В экзоспекции особое значение имеет журналирование, потому что оно обеспечивает реконструируемость: кто обращался к данным, какие данные были использованы, какой отчёт сгенерирован и на основании какой версии алгоритма. Без этого невозможно ни клиническое качество, ни правовая защищённость, ни профессиональная ответственность (Torol, 2019). Таким образом, защита данных становится продолжением принципа обоснования: если невозможно восстановить контур обработки, то невозможно проверить корректность вывода, а значит невозможно и доверять ему.

Наконец, следует подчеркнуть, что конфиденциальность в экзоспекции — это не «ограничение прогресса», а условие его легитимности. Экзоспекция может дать психиатрии новые формы объективности, но если пациент переживает её как форму скрытого наблюдения или потенциального контроля, технология разрушает терапевтическое доверие и тем самым ухудшает качество данных, а значит снижает диагностическую ценность самой экзоспекции. Парадоксальным образом именно этика становится фактором точности: уважение к приватности и ясные правила защиты данных повышают достоверность наблюдения, потому что человек менее склонен к защитному поведению, симуляции, самоцензуре и отказу от взаимодействия с системой. Следовательно, конфиденциальность и защита данных должны быть встроены в экзоспекцию как её методологическое условие, так же как стерильность встроена в хирургию: не как внешняя декларация, а как архитектура практики (Beauchamp, Childress, 2019; Nissenbaum, 2010).

18.3. Риски злоупотреблений и ограничений

Экзоспекция, будучи методологически ориентированной на объективизацию психического состояния, одновременно формирует новый класс рисков, которые не сводятся ни к традиционным врачебным ошибкам, ни к привычным этическим дилеммам клинического интервью. Введение искусственного интеллекта как внешнего наблюдателя означает, что психиатрическое знание перестаёт быть локальным продуктом конкретной клинической встречи и начинает существовать как масштабируемая технологическая практика, способная к тиражированию, стандартизации и интеграции в административные и правовые контуры. Именно масштабируемость превращает потенциальную ошибку из индивидуального клинического инцидента в системный риск. Если классическая интерспекция подвержена субъективности врача, то экзоспекция подвержена субъективности инфраструктуры: в ней ошибается не только человек, но и дизайн данных, логика классификации, допущения разработчиков и экономические стимулы платформы (Latour, 1987; O’Neil, 2016). Поэтому анализ рисков злоупотреблений должен начинаться с признания: любая система, которая спо-

собна «видеть» психическое состояние извне, неизбежно вызывает интерес не только у врачей, но и у институтов контроля.

Первый и наиболее очевидный риск — институциональное смещение целей, когда экзоспективные инструменты начинают использоваться не для помощи и лечения, а для селекции, исключения и управления. Психиатрическое заключение всегда имело социальные последствия, но в традиционной модели его производство было относительно трудоёмким и требовало профессионального участия. Экзоспекция, напротив, создаёт соблазн автоматизировать первичную оценку «благонадёжности», «риска», «устойчивости» и иных квазиклинических категорий. В этом случае психическое состояние перестаёт быть предметом заботы и становится объектом административной оптимизации. Исторические примеры показывают, что психиатрия в разные эпохи могла быть втянута в практики социального контроля, особенно там, где юридические и политические институты стремились к «медикализации» девиации (Foucault, 1963). Экзоспекция усиливает этот риск, потому что создаёт техническую возможность постоянного наблюдения и ранжирования, причём наблюдения, которое может быть представлено как «нейтральное» и «научное», хотя на деле оно опирается на вероятностные модели и допущения.

Второй риск связан с переоценкой точности и «объективности» алгоритмического вывода, то есть с тем, что в психиатрии можно назвать новым вариантом диагностического фетишизма. Врачебная культура привыкла критически относиться к клиническим данным, понимая их контекстность и зависимость от ситуации обследования. Однако отчёт ИИ часто воспринимается как продукт «чистой» аналитики, особенно если он представлен в виде числовых индексов и графиков. Возникает эффект авторитета машинного вывода: даже при наличии сомнений у врача давление формализованного результата может смещать клиническое решение. Это не просто психологический феномен доверия к технологии; это структурная трансформация ответственности: выбор врача начинает выглядеть как отклонение от «стандарта», а стандартом становится модель, построенная на прошлых данных. Такие механизмы описывались в критике алгоритмического управления и в исследованиях о том, как «метрики» начинают подменять реальность и задают её рамки (Goodhart, 1975; O’Neil, 2016). В психиатрии это особенно опасно, потому что диагнозы по МКБ-10/11 являются клинико-описательными конструкциями, требующими интерпретации, а не простого считывания признаков. Сведение диагностики к ранжированию вероятностей без клинической реконструкции рискует породить новую форму редукционизма, где объективность подменяется формальностью.

Третий риск — систематическая несправедливость и смещение (bias), возникающее из-за особенностей данных обучения, культурной и языковой специфики, а также неравномерного распределения медицинских ресурсов. Экзоспекция, работающая с речью, мимикой, паттернами активности и цифровым поведением, неизбежно сталкивается с тем, что эти параметры зависят не только от психопатологии, но и от культуры, образования, возраста, нейроразвития, соматического состояния и социальной среды. Если модель обучалась на дан-

ных одной популяции, перенос в другую популяцию может приводить к систематическим ошибкам: например, к гипердиагностике психотической симптоматики при языковых особенностях речи или к недооценке депрессивной симптоматики у людей с высокой социальной маскировкой. В классической клинике эту проблему частично компенсирует опыт врача и способность учитывать контекст. В экзоспекции же контекст должен быть представлен в данных и в архитектуре модели, иначе он исчезает. Этическая опасность здесь заключается не только в ошибке, но и в легитимации ошибки: система может воспроизводить социальные неравенства под видом «объективной оценки» (O’Neil, 2016; Obermeyer et al., 2019). Для судебной практики это критично, поскольку любая систематическая погрешность может трансформироваться в систематическую несправедливость.

Четвёртый риск — трансформация клинической коммуникации и терапевтического союза. Экзоспекция неизбежно меняет структуру встречи: пациент знает, что его речь, паузы, интонация, выражение лица и цифровые следы могут быть «прочитаны» системой. Для части пациентов это повышает доверие, поскольку создаёт ощущение точности и наблюдаемости. Но для другой части это вызывает напряжение и самоцензуру. Психиатрическое интервью становится не только разговором с врачом, но и разговором «в присутствии» алгоритма, даже если алгоритм невидим. В психиатрии, где значительная часть симптомов связана с переживанием угрозы, подозрительности и нарушением границ, такая «третья сторона» может усиливать патологические переживания, особенно при параноидной структуре или при травматическом опыте контроля (Jaspers, 1913; Herman, 1992). Следовательно, экзоспекция должна рассматриваться как вмешательство не только диагностическое, но и коммуникативное: она меняет поле взаимодействия и тем самым способна как помогать, так и ухудшать состояние.

Пятый риск относится к вторичному использованию данных и коммерциализации психиатрического знания. Экзоспективные системы часто разрабатываются в условиях рынка, где ценность продукта определяется масштабом, удержанием пользователей и монетизацией. Это создаёт потенциальный конфликт между клинической целесообразностью и бизнес-логикой. Если система заинтересована в максимальном сборе данных или в увеличении частоты взаимодействия, то клиническая логика «достаточности» может быть подменена логикой «вовлечения». В психиатрии это особенно опасно, потому что уязвимость пользователя может приводить к формированию зависимого поведения, усилению тревоги и чрезмерному самонаблюдению. С точки зрения феноменологии тревоги постоянный мониторинг может превращаться в ритуал контроля, поддерживающий тревожный цикл, а не разрывающий его (Beck et al., 1985). Таким образом, техническая возможность непрерывной экзоспекции не является автоматически терапевтической; при неправильной организации она может стать механизмом хронификации симптомов.

Шестой риск — криминализация и «предиктивная» юридизация психических состояний. Экзоспекция, особенно в судебном контуре, может стимули-

ровать переход от оценки фактического состояния на момент деяния к оценке риска будущего поведения. В психиатрии и криминологии давно ведутся дискуссии о допустимости и точности прогнозирования опасности, а также о том, как риск-оценка может превращаться в инструмент превентивного ограничения свободы (Monahan, 2006). Введение ИИ усиливает эти дискуссии, потому что создаёт видимость научной точности прогнозов, которые на деле остаются вероятностными и зависят от контекста. Возникает опасность, что юридические решения начнут опираться на алгоритмические индексы как на «объективные факты», хотя эти индексы отражают статистику прошлого и структуру данных, а не индивидуальную судьбу. В правовом смысле это приводит к смещению презумпции: человек начинает оцениваться не по поступку и доказанным обстоятельствам, а по вероятностной модели поведения. Даже если такая практика декларируется как «предупреждение вреда», она ставит под угрозу фундаментальные принципы правовой ответственности, которые различают факт и риск (European Parliament, Council, 2016; Ashworth, 2015).

Седьмой риск — злоупотребления на уровне отдельных акторов, когда доступ к экзоспективным данным используется для давления, шантажа, дискриминации или манипуляции. Психиатрическая информация имеет высокую социальную «ценность» именно потому, что влияет на доверие, репутацию и юридический статус. В цифровой системе, где данные могут быть скопированы, пересланы или интерпретированы вне клинического контекста, риск злоупотреблений возрастает. Здесь важно понимать, что угрозой является не только «взлом» извне, но и злоупотребление полномочиями изнутри: доступ сотрудников, несанкционированное использование отчётов, пересылка фрагментов данных. Поэтому ограничение злоупотреблений является одновременно правовой и организационной задачей: этика экзоспекции должна включать не только принципы, но и дисциплину доступа, аудит и ответственность. Без этого любая декларация конфиденциальности остаётся символической (Solove, 2006).

Рассмотрев риски злоупотреблений, необходимо перейти к ограничениям экзоспекции, то есть к границам её эпистемической и клинической применимости. Первое ограничение — зависимость от качества данных и от условий их получения. Психиатрические данные в реальной жизни шумны: речь записывается на разные устройства, видео может быть низкого качества, носимые сенсоры дают артефакты, а поведение человека меняется в зависимости от того, наблюдают ли за ним. Экзоспекция, опираясь на эти данные, неизбежно сталкивается с тем, что «внешний фенотип» психики не равен самой психике. Клиническая традиция всегда знала этот разрыв: симптом — это знак, который требует интерпретации, а интерпретация требует контекста (Jaspers, 1913). Поэтому экзоспекция, в отличие от лабораторного анализа крови, не может быть понята как прямое измерение. Она является инструментом вероятностного вывода, а не детектором истины.

Второе ограничение — неопределённость причинности. Даже если экзоспекция обнаруживает устойчивые корреляции между речевыми параметрами и депрессивным состоянием или между вариабельностью сердечного ритма и

тревогой, это не означает, что она установила причинный механизм. В клинике это принципиально важно, потому что лечение строится не только на констатации, но и на понимании динамики: что является ведущим, что вторичным, что поддерживает симптом. Алгоритмы часто сильны в предсказании, но слабы в объяснении причин, и этот разрыв может быть опасен, если врач начинает подменять клиническое мышление «срабатыванием модели» (Pearl, 2009). Следовательно, ограничения экзоспекции должны быть встроены в её отчёты: система должна указывать степень неопределённости и пределы интерпретации, иначе она стимулирует ложную уверенность.

Третье ограничение — нормативность психиатрических категорий. МКБ-10/11 описывают расстройства как клинические конструкции, сформированные на основе консенсуса, а не как естественные «виды» в строгом биологическом смысле. Это означает, что границы между нормой и патологией, между расстройствами и между степенями выраженности неизбежно содержат нормативный компонент, зависящий от культуры, функционального ущерба и контекста. Экзоспекция может сделать описание более воспроизводимым, но она не устраняет нормативность; она лишь переносит её в архитектуру модели. Поэтому ограничения здесь философские: нельзя ожидать, что экзоспекция отменит спорность некоторых категорий или сделает психиатрию полностью «как физика». Она может усилить измеримость и прозрачность, но не отменяет ценностные основания медицинского решения (Kuhn, 1962; Hacking, 1999).

Наконец, четвёртое ограничение — риск деградации профессиональной компетенции. Если врач начинает полагаться на экзоспективные отчёты как на замену клинического анализа, постепенно снижается способность к самостоятельной психопатологической оценке, к построению синдромологической картины, к дифференциации феноменологически близких состояний. Парадоксально, но именно внедрение «объективного» инструмента может ослабить субъективную клиническую культуру, которая необходима для интерпретации данных. В судебной практике это приводит к особенно опасной ситуации: эксперт перестаёт быть субъектом обоснования и превращается в оператора вывода. Это противоречит самой идее экспертизы как профессионального суждения, основанного на знаниях и ответственности (Saks, Faigman, 2008). Поэтому ограничения экзоспекции должны включать не только технологические, но и образовательные требования: врач должен сохранять способность к интерпретации независимо от системы.

Таким образом, риски злоупотреблений и ограничения экзоспекции не являются аргументом против самой идеи внешнего наблюдения психики; они являются аргументом за строгую институционализацию экзоспекции как медицинской технологии, подчинённой клинической цели, правовым гарантиям и профессиональной ответственности. Если экзоспекция будет развиваться как «универсальный детектор» для социальных институтов, она неизбежно станет инструментом контроля. Если же она будет развиваться как клинический инструмент в руках врача, с архитектурной защитой данных, контекстной приватностью и явными пределами применимости, она может стать шагом к более

воспроизводимой психиатрии, не разрушая её гуманитарного ядра (Beauchamp, Childress, 2019; Topol, 2019).

18.4. Экзоспекция как инструмент, а не замена человека

Вопрос о том, является ли экзоспекция «помощником» или «заменителем» врача, не является вторичным или риторическим: он определяет архитектуру ответственности, клиническую культуру и правовые последствия применения искусственного интеллекта в психиатрии и психологии. Если экзоспекцию понимать как замену человека, то логика системы неизбежно станет логикой автоматического решения, где экспертность будет подменена процедурой, а клиническое мышление — протоколом. Если же экзоспекцию рассматривать как инструмент, то она включается в клинический процесс как новая форма измерительного и аналитического усиления, сохраняющая за врачом роль субъекта интерпретации, нравственного агента и носителя профессиональной ответственности. В рамках настоящей монографии именно второе понимание является методологически корректным: экзоспекция, по своей природе, расширяет возможности наблюдения и анализа, но не обладает собственным правовым и моральным статусом, необходимым для принятия решений о человеке (Beauchamp, Childress, 2019; Floridi, 2018).

Причина этого принципиальна и восходит к эпистемологии психиатрии. Психическое состояние не является объектом, который можно исчерпывающе «снять» с поверхности поведения, как измеряют температуру или концентрацию вещества. Даже если экзоспекция фиксирует устойчивые корреляции между параметрами речи, просодии, психомоторики, паттернами сна и клиническими синдромами, она остаётся системой вероятностного вывода, а не механизмом непосредственного доступа к субъективному опыту. Классическая феноменологическая традиция подчёркивала, что психопатологическое понимание строится не только на регистрации признаков, но и на реконструкции смыслов, контекстов и внутренней логики переживаний, что особенно важно в ситуациях бреда, диссоциации, травматических воспоминаний и нарушений самосознания (Jaspers, 1913). Экзоспекция может увеличить точность описания наблюдаемого, но она не отменяет различия между «описанием» и «пониманием», которое остаётся ядром клинической психиатрии и судебной экспертологии.

Эта граница между описанием и пониманием имеет прямое практическое продолжение: диагноз в системах МКБ-10/11 — это не математический результат, а клинико-описательная конструкция, зависящая от сочетания симптомов, длительности, функционального ущерба, исключаяющих критериев и контекста. Именно поэтому даже в наиболее формализованных областях медицины окончательное решение удерживается в зоне клинического суждения, а не передаётся вычислительной функции. В психиатрии это правило не ослабевает, а усиливается: здесь врач работает с динамическими, контекстными и часто «скользящими» феноменами, которые изменяются при наблюдении, зависят от

доверия и включают морально-правовые последствия. Следовательно, экзоспекция может быть инструментом стандартизации наблюдения и контроля качества, но не может становиться автономным источником клинической истины без риска подмены сущности психиатрического знания.

Смысл формулы «инструмент, а не замена» состоит также в том, что врач в психиатрии выполняет функции, которые не редуцируются к распознаванию паттернов. Во-первых, врач является субъектом ответственности: он принимает решение, которое затрагивает свободу, безопасность, лечение, иногда — юридическую судьбу человека. Ответственность не является технической характеристикой и не может быть делегирована алгоритму, поскольку ответственность предполагает способность к моральному выбору, учёт ценностей, соразмерность вмешательства и готовность нести последствия ошибки (Beauchamp, Childress, 2019). Во-вторых, врач является субъектом коммуникации: именно он строит терапевтический союз, удерживает границы, снижает тревогу, объясняет неопределённость и формирует пространство доверия. Коммуникативная функция особенно значима в психиатрии, где сам акт обследования может усиливать симптомы, провоцировать сопротивление или активировать травматический опыт (Herman, 1992). В-третьих, врач является носителем клинического опыта как формы профессиональной мудрости: способность сопоставлять наблюдения, распознавать редкие состояния, видеть «нестыковки» и понимать социальную реальность пациента не вытекает напрямую из статистической оптимальности модели (Gigerenzer, 2002; Kahneman, 2011). Экзоспекция может поддерживать эти функции, но не подменяет их.

Рассмотрим это на уровне клинической логики. Экзоспективные системы, как правило, представляют результаты в виде индексов, вероятностей, профилей риска и динамических трендов. Эти формы представления полезны, потому что дисциплинируют внимание врача, помогают фиксировать изменения во времени, уменьшают произвольность описания и повышают воспроизводимость наблюдений. Однако клиническое решение редко является прямым следствием одного индекса. Оно является актом синтеза: врач соотносит данные экзоспекции с анамнезом, соматическим статусом, психическим статусом, социальной ситуацией, эффектами препаратов, наличием интоксикаций, условиями сна и стрессовыми событиями. Биопсихосоциальная модель подчёркивает, что клиническая реальность пациента существует на нескольких уровнях одновременно и не может быть сведена к одному каналу данных (Engel, 1977). Поэтому экзоспекция корректно занимает место одного из источников информации, иногда высокоинформативного, но всегда требующего клинической интеграции.

Если экзоспекция начинает восприниматься как «замена», возникает опасная деформация: врач перестаёт мыслить синдромологически и феноменологически, а начинает мыслить «показателями». Это не только снижает качество диагностики; это меняет саму природу профессиональной роли, превращая врача в оператора системы. В судебной сфере такая деформация особенно критична, поскольку экспертное заключение — это не выдача результата измере-

ния, а обоснование клинико-юридического вывода. Эксперт обязан показать, каким образом данные связаны с критериями вменяемости, критики, волевого контроля и понимания, и почему альтернативные объяснения исключены. Алгоритмический отчёт может помогать, но он не способен заменить структуру доказательного рассуждения, основанного на профессиональном стандарте и процессуальных требованиях (Saks, Faigman, 2008). Более того, в суде иллюзия «машинной объективности» может усилить давление на эксперта: если ИИ даёт определённый индекс, отклонение от него будет трактоваться как субъективизм. Это создаёт риск подмены экспертной автономии технологическим авторитетом, что несовместимо с профессиональной ответственностью.

Принцип «инструментальности» экзоспекции включает в себя и требование объяснимости, но не в узком техническом смысле, а в клинико-профессиональном. Врач должен иметь возможность понять, на каких типах данных и на каких паттернах строится вывод, каковы ограничения модели, в каких условиях она ошибается, и какие альтернативные трактовки остаются возможными. Даже если полная прозрачность сложной модели недостижима, клинически достаточна такая степень объяснения, которая позволяет врачу корректно интерпретировать вывод и не делать из него «судьбоносного факта» (Pearl, 2009; Goodman, Flaxman, 2017). Объяснимость здесь является механизмом сохранения клинического суверенитета: врач не должен принимать решения, не понимая логики, ограничений и источников неопределённости.

Отдельного анализа требует вопрос о гуманистическом измерении психиатрии. Нередко утверждается, что «объективизация» психического состояния неизбежно ведёт к дегуманизации: человек превращается в набор параметров. Эта опасность реальна, но она не является фатальной, если экзоспекция встроена как инструмент, а не как замена. Гуманистическое измерение психиатрии состоит не в отказе от измерения, а в том, чтобы измерение не отменяло личность. Врач видит пациента не только как носителя симптомов, но как субъекта биографии, отношений, страдания и надежды. Экзоспекция может, парадоксально, укрепить гуманистическое начало, если она снимает часть технической нагрузки с врача и освобождает время для понимания и психотерапевтической работы. Однако это возможно лишь тогда, когда организационная модель здравоохранения не использует ИИ как повод для сокращения времени контакта и упрощения помощи. Здесь этика напрямую связана с управлением: инструмент, введённый ради усиления человека, не должен превращаться в средство экономического вытеснения человека из клинической встречи (Torol, 2019).

Тезис «экзоспекция не заменяет человека» означает также сохранение особой роли клинической интуиции, но с важной оговоркой: интуиция должна быть дисциплинирована данными. В психиатрии традиционно существует напряжение между «искусством» клиники и её научной претензией. Экзоспекция позволяет сделать это напряжение продуктивным, если врач использует данные для проверки гипотез, а не для самоутверждения. Врач формулирует клиническую гипотезу, соотносит её с экзоспективным профилем, ищет согласование и несогласование, возвращается к пациенту с уточняющими вопроса-

ми, уточняет контекст. Такой цикл превращает экзоспекцию в инструмент клинического мышления, а не в заменитель мышления. Подлинная профессиональная зрелость здесь проявляется не в следовании алгоритму, а в способности выдерживать неопределённость и принимать решение на основе совокупности данных и ценностей (Kahneman, 2011; Gigerenzer, 2002).

Наконец, принцип инструментальности требует ясного распределения ролей между участниками экзоспективной системы. Искусственный интеллект как экзоспективный агент, разработчик как архитектор модели, клиника как оператор инфраструктуры и врач как пользователь — все они участвуют в цепочке причинности. Но только врач вступает в непосредственное отношение с пациентом и только врач обладает профессиональной лицензией принимать клинические решения. Поэтому инструментальная модель означает, что врач сохраняет право «не согласиться» с системой, а система обязана предоставлять достаточные основания, чтобы врач мог согласиться осмысленно. При этом «несогласие» не является произволом: оно должно быть клинически обосновано и документировано, что одновременно защищает пациента и поддерживает научное развитие экзоспекции. Такая схема возвращает экзоспекции её правильный статус: она становится частью доказательного клинического процесса, а не внешней силой, диктующей решения (Beauchamp, Childress, 2019; Floridi, 2018).

Итак, экзоспекция как инструмент — это не компромисс и не уступка консервативной традиции. Это строгая методологическая и этико-правовая позиция, которая позволяет соединить преимущества технологической воспроизводимости с достоинством клинического суждения и гуманитарной ответственностью психиатрии. Экзоспекция расширяет поле наблюдения, усиливает способность видеть динамику и обнаруживать скрытые закономерности, но смысл этих закономерностей раскрывается только внутри человеческого понимания, профессиональной совести и отношения к пациенту как к личности. Поэтому будущая объективная психиатрия, к которой ведёт экзоспекция, не отменяет врача; она требует врача более сильного — владеющего данными, но не подчинённого им, открытого технологиям, но сохраняющего клиническое и нравственное лидерство (Jaspers, 1913; Engel, 1977; Topol, 2019).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экзоспекция как новый этап эволюции психиатрии

Психиатрия исторически развивалась как дисциплина, чьё знание опирается на особый тип наблюдения — клиническое, эмпатийно-настроенное, включённое и неизбежно субъективное. В этом заключалась её сила: она научилась работать с внутренним, неосоздаваемым, с феноменологией переживания и смыслов, которые невозможно измерить так же, как измеряют давление или биохимию крови. Но в этом заключался и её структурный предел: психиатрическое суждение долгое время оставалось зависимым от личности врача, контекста ситуации и стиля интерпретации, что особенно болезненно проявлялось там, где цена ошибки максимальна — в судебной экспертологии, при принудительных мерах медицинского характера, при оценке риска и прогнозе, при выборе терапии на фоне соматической и социальной сложности (Jaspers, 1913; Engel, 1977). Именно на этом фоне становится понятной логика экзоспекции: она не является «модной технологией», случайно вошедшей в психиатрию, а выражает закономерный этап эволюции дисциплины, стремящейся укрепить воспроизводимость и инструментальность своего знания, не потеряв при этом гуманитарного ядра.

Экзоспекция в предложенной в монографии трактовке обозначает не просто применение искусственного интеллекта в клинике, а появление нового режима познания психики, где внешние, формализуемые и повторяемые параметры поведения и физиологии приобретают статус систематического источника сведений о психическом состоянии. В отличие от интерспекции — человеческого чтения психики через эмпатию, диалог и клинический опыт — экзоспекция стремится к фиксации психического как профиля наблюдаемых маркеров, динамических рядов и контекстных корреляций, которые могут быть собраны, сопоставлены и воспроизведены независимо от конкретного наблюдателя. Этот сдвиг не отменяет интерспекцию; он меняет её место в общей архитектуре знания. Если классическая психиатрия была вынуждена принимать неопределённость как «естественное состояние» практики, то экзоспекция вводит новые способы снижения неопределённости через измерение, стандартизацию и вычислительную обработку (Popper, 1959; Kuhn, 1962). В терминах философии науки это означает приближение психиатрии к тому типу дисциплин, где накопление знаний поддерживается не только традицией и авторитетом, но и системами воспроизводимого контроля, сопоставимости данных и кумулятивного улучшения инструментов наблюдения.

Показательно, что экзоспекция становится возможной именно сейчас, потому что совпали несколько исторических линий. Во-первых, сформировалась среда данных: цифровая коммуникация, повседневные устройства, сенсоры, записи речи и видео, дневники сна и активности создали инфраструктуру поведенческих следов, которые ранее не существовали как массовый материал. Во-вторых, произошёл методологический прорыв в машинном обучении и об-

работке естественного языка, позволяющий извлекать закономерности из сложных, слабо структурированных сигналов — речи, голоса, микродинамики поведения. В-третьих, нарастает социальная потребность в стандартизации психиатрических решений: общества становятся более чувствительными к ошибкам экспертизы, к вопросам прав человека, к рискам дискриминации и к качеству медицинской помощи. Всё это формирует условия, при которых психиатрия не может оставаться исключительно «искусством интерпретации» без развитой измерительной культуры, потому что без неё невозможно обеспечить справедливость и проверяемость решений в высокострессовых и высокорисковых контекстах (Topol, 2019; Floridi, 2018).

Однако эволюционный статус экзоспекции не означает её безусловной благотворности. Напротив, именно потому что экзоспекция претендует на усиление объективности, она несёт риски иллюзорной объективности — когда вычислительный вывод начинает восприниматься как истина в последней инстанции. На протяжении всей монографии мы проводили разграничение между «данными», «выводом» и «решением». Данные могут быть точными, вывод — вероятностным, а решение — нормативным и этически нагруженным. В психиатрии решение почти никогда не является только эпистемическим актом; это акт ответственности, поскольку он затрагивает свободу, безопасность, лечение и достоинство человека. Следовательно, экзоспекция может быть эволюционным шагом психиатрии только при сохранении человеческого субъекта ответственности и при институциональном закреплении принципа: экзоспекция — инструмент, а не замена врача (Beauchamp, Childress, 2019). Иначе вместо усиления научности мы получим усиление технократического давления на клинику, подмену понимания статистикой и формирование новых источников несправедливости.

Содержательная новизна экзоспекции состоит также в том, что она предлагает рассматривать психические расстройства не только как набор симптомов, фиксируемых в момент обследования, но как динамические траектории. МКБ-10/11, при всей их различной логике, остаются классификациями, ориентированными на идентификацию синдромов и расстройств по критериям, во многом статичным и дискретным. Экзоспекция вводит дополнительную перспективу: расстройство можно описывать как непрерывный профиль состояния, изменяющийся во времени и зависящий от контекста. Это особенно значимо для аффективных и тревожных расстройств, для расстройств шизофренического спектра с их фазностью, для зависимостей, для состояний с нарушением сна и циркадной регуляции. Там, где врач традиционно вынужден опираться на ретроспективный рассказ пациента и краткое наблюдение, экзоспекция даёт возможность видеть динамику, которая раньше оставалась скрытой или реконструировалась с высокой ошибкой (Herman, 1992). Этим экзоспекция поддерживает не столько «новую классификацию», сколько новый тип клинического мышления, в котором диагноз, прогноз и мониторинг становятся частями единого временного анализа.

Особое значение экзоспекция приобретает в судебной психиатрии, где традиционные расхождения заключений часто связаны не с «плохими экспертами», а с ограниченностью наблюдения и неизбежной фрагментарностью материала. Экзоспективная реконструкция состояния на момент деяния, анализ устойчивости показаний, обнаружение несоответствий между речевым и поведенческим профилем и заявляемыми симптомами создают предпосылки для более строгой доказательной культуры экспертизы. Но эта перспектива реализуема только при строгом понимании границ: экзоспективные выводы не могут автоматически решать вопрос вменяемости, поскольку вменяемость — клинико-юридическая конструкция, требующая нормативного вывода о понимании, волевом контроле и критике, то есть о связке психопатологии и права (Saks, Faigman, 2008). Экзоспекция может сделать экспертизу более проверяемой, но не может снять с эксперта бремя аргументации.

Если попытаться обобщить место экзоспекции в эволюции психиатрии, то её роль можно описать как появление внешнего «измерительного слоя» над клинической феноменологией. Ранее психиатрия была вынуждена строить объективность в основном через обучение, традицию и согласование мнений. Экзоспекция добавляет иной механизм: сопоставимость через данные. Это не отменяет проблему смысла, но меняет структуру доказательства. Там, где раньше главным было «как я это вижу», всё большую роль получает «как это проявляется в повторяемых параметрах». Тем самым психиатрия получает шанс приблизиться к той форме научности, где знания могут накапливаться не только в виде школ и авторитетов, но и в виде валидируемых инструментов и сопоставимых наблюдений (Popper, 1959; Kuhn, 1962). При этом сохраняется фундаментальная особенность: психиатрия всегда будет работать с человеком, а не только с объектом измерения. Поэтому её научность не будет копией физики или математики; она будет научностью гуманитарно-медицинской дисциплины, в которой измерение и понимание должны сосуществовать.

Таким образом, экзоспекция — это новый этап эволюции психиатрии не потому, что она приносит «более умный алгоритм», а потому, что она меняет режим познания психики: от преимущественно интерпретативной модели к модели, где интерпретация опирается на измеримые и воспроизводимые данные. Этот сдвиг требует не только технологий, но и новой профессиональной культуры: умения формулировать запросы к системам, интерпретировать отчёты, понимать ограничения моделей, удерживать ответственность и не подменять клиническое мышление автоматическим выводом. Если эти условия соблюдены, экзоспекция может стать не угрозой гуманистической психиатрии, а её научным усилением, позволяющим более справедливо, более точно и более прозрачно работать с человеческим страданием, сохраняя при этом центральную роль врача как субъекта понимания, решения и ответственности (Beauchamp, Childress, 2019; Floridi, 2018; Topol, 2019).

Человек и ИИ как единая диагностическая система

Рассуждая об экзоспекции как о новом этапе эволюции психиатрии, неизбежно приходится уточнить ключевой тезис, без которого сама идея внешнего наблюдателя превращается в технологическую метафору: экзоспекция становится клинически и научно значимой только тогда, когда она встроена в целостную диагностическую систему, где человек и искусственный интеллект образуют функциональное единство. В противном случае ИИ остаётся либо «электронным советчиком», случайно подключаемым к отдельным задачам, либо инструментом, производящим формально-объективные отчёты без ясного статуса в принятии решений. Исторический опыт медицины показывает, что новые измерительные технологии изменяют дисциплину не самим фактом измерения, а тем, что они перестраивают когнитивную архитектуру практики: вводят новые критерии доказательности, новые траектории клинического рассуждения и новые формы ответственности (Engel, 1977). Поэтому в заключительной части монографии целесообразно описать «единую диагностическую систему» как модель распределения функций, в которой сохраняется гуманитарное ядро психиатрии и одновременно усиливается её воспроизводимость.

Единство человека и ИИ следует понимать не как равноправие «двух экспертов», а как комплементарность двух типов наблюдения. Человеческий клиницист обладает тем, что феноменологическая традиция называла пониманием — способностью улавливать смысловые структуры переживания, реконструировать субъективный мир пациента и отличать симптом как психопатологический феномен от культурной нормы, личностной особенности или ситуативной реакции (Jaspers, 1913). Этот уровень включает эмпатию, клиническую интуицию, контекстуальное мышление и этическую чувствительность. ИИ, напротив, представляет внешний наблюдательный слой, способный фиксировать множественные параметры поведения и физиологии, выявлять закономерности в динамике, обнаруживать статистические несоответствия и обеспечивать воспроизводимость анализа. Там, где человеческое восприятие неизбежно ограничено краткостью контакта и селективностью внимания, алгоритмическое наблюдение может быть протяжённым, систематическим и «неутомимым», превращая эпизодическое впечатление в анализ временных рядов и профилей состояния (Torol, 2019). Иначе говоря, человек силён в понимании и нормировании смысла, ИИ — в измерении и сопоставимости. Совместная система возникает тогда, когда эти силы не конкурируют, а соединяются в единый цикл клинической аргументации.

В классическом клиническом мышлении диагноз часто формируется как итог интеграции жалоб, анамнеза и психического статуса, где ведущую роль играет «фигура» — наиболее выраженный синдром, от которого экспертно выстраивается нозологическая гипотеза. Эта традиция обладает высокой практической эффективностью, однако она чувствительна к диагностическим искажениям, связанным с первым впечатлением, эвристиками доступности и подтверждения, влиянием контрпереноса и авторитета (Kahneman, 2011; Beck, 1976). Экзоспективная модель предлагает перестроить этот процесс так, чтобы диагноз становился не только интерпретацией феноменов, но и результатом прове-

ряемого сопоставления гипотез с данными. В единой системе человек формулирует первичную клиническую гипотезу, исходя из феноменологии и контекста, а ИИ выполняет роль внешнего «проверяющего контура»: уточняет профиль состояния, оценивает согласованность симптомов с объективированными маркерами, выявляет альтернативные объяснения и указывает на пробелы в сборе данных. В результате клиническое суждение превращается в итеративный цикл: гипотеза — проверка — коррекция — вывод. Такой цикл ближе к логике научной проверки, чем к логике единичной интерпретации, и тем самым укрепляет эпистемологическую устойчивость психиатрии (Popper, 1959).

Важнейшее условие такой системы состоит в том, что ИИ должен быть включён не на уровне «готового диагноза», а на уровне доказательного материала и структуры аргументации. Это означает, что экзоспективный отчёт не может быть просто перечнем вероятностей или «оценкой риска». Он должен быть устроен как документ, поддерживающий клиническое рассуждение: показывать, какие признаки и из каких каналов наблюдения легли в основу вывода, какова их временная динамика, как оценивалась неопределённость и какие альтернативы остаются правдоподобными. Такой подход соотносится с современными требованиями к объяснимости и аудируемости медицинских ИИ-систем, где ценность алгоритма определяется не только точностью, но и возможностью проверки и включения в клиническую ответственность (Floridi, 2018). Если отчёт непрозрачен, он разрушает клиническое мышление, превращая врача в «исполнителя алгоритма» и создавая новые формы ошибки, которые труднее обнаружить.

Единая диагностическая система требует также ясного различения уровней решения. В психиатрии можно условно выделить диагностический уровень (какое расстройство или синдром наиболее вероятны), прогностический уровень (какова динамика и риск ухудшения), терапевтический уровень (какое вмешательство целесообразно), и нормативно-правовой уровень (вменяемость, дееспособность, необходимость принудительных мер). В каждом из этих уровней роль ИИ различна. На диагностическом и прогностическом уровне экзоспекция особенно перспективна, поскольку работает с паттернами, динамикой и вероятностями. На терапевтическом уровне она может поддерживать мониторинг и раннее выявление побочных эффектов или рецидива, но выбор вмешательства остаётся клинически и этически нагруженным. На нормативно-правовом уровне ИИ может улучшать доказательность и проверяемость анализа, однако сам нормативный вывод является юридической конструкцией и не может быть делегирован алгоритму без утраты смысла ответственности (Saks, Faigman, 2008). В единой системе именно человек удерживает границы между вероятностным знанием и нормативным решением; ИИ предоставляет материал, но не обладает правом окончательного заключения.

При этом сама фигура человека в системе не сводится к «финальному подписанту». Врач выполняет несколько функций, которые принципиально трудно алгоритмизировать без потери гуманитарной природы психиатрии. Во-первых, он создаёт лечебный и исследовательский контекст доверия, который

определяет качество исходных данных: пациент раскрывается не перед машиной, а перед человеком, и значительная часть клинической информации возникает как продукт отношений, а не как «сырой сигнал». Во-вторых, врач осуществляет смысловую валидацию: он различает, где поведенческий маркер отражает психопатологию, а где — культурную норму, стресс, медикаментозный эффект или личностный стиль. В-третьих, врач несёт этическую ответственность за последствия интерпретации и за коммуникацию диагноза, которая сама по себе является терапевтическим актом. Эти положения согласуются с биоэтической традицией, в которой автономия пациента, благодеяние и справедливость не могут быть обеспечены чисто вычислительными средствами (Beauchamp, Childress, 2019).

С другой стороны, роль ИИ в единой системе также должна быть описана без идеализации. Экзоспективный агент силён там, где человек систематически слаб: в обнаружении слабых сигналов, в интеграции многоканальных данных, в устойчивом применении формализованных правил и в работе с большими массивами сопоставимых наблюдений. Именно здесь возможен эффект «когнитивного протеза», когда алгоритм не заменяет клинициста, а расширяет его наблюдательные возможности. Так, анализ речи и нарратива может фиксировать изменения связности мышления, темпа, латентности ответов, повторы и сдвиги в тематике, которые трудно удерживать в памяти при большом потоке пациентов. Анализ сна, активности и циркадной динамики позволяет отличить ситуативную бессонницу от паттернов, типичных для аффективной нестабильности или тревожного расстройства, а также выявлять ухудшение раньше, чем оно станет клинически очевидным. Подобные возможности не отменяют феноменологической диагностики, но создают новый слой доказательности, позволяющий обосновывать выводы более строго и сопоставимо (Torol, 2019).

Ключевым структурным принципом единой системы является управляемость неопределённости. Психиатрический диагноз редко достигает абсолютной достоверности; он существует в пространстве вероятностей, где задача врача — не «угадать», а аргументированно обосновать наиболее правдоподобную гипотезу и одновременно удержать альтернативы. ИИ может сделать это пространство более явным: количественно выразить степень уверенности, показать, какие признаки усиливают или ослабляют гипотезу, и какие данные отсутствуют для более точного вывода. Однако здесь возникает риск: количественная форма может быть ошибочно воспринята как более истинная. Поэтому единая система должна включать культуру критического чтения алгоритмических результатов, где вероятность — не приказ, а указание на неопределённость, требующую клинического решения. Такой подход соответствует пониманию рациональности как способности работать с неполными данными и избегать ложной точности (Kahneman, 2011).

Особое место в единой диагностической системе занимает вопрос классификаций МКБ-10/11. Эти системы необходимы как общие языки, обеспечивающие коммуникацию, правовые процедуры и статистику, но они не исчерпывают клинической реальности. Экзоспекция вводит дополнительный слой опи-

сания — профильный, параметрический, динамический, который может быть сопоставлен с категориями МКБ, но не сводится к ним. В единой системе врач продолжает формулировать диагноз в терминах МКБ-10/11, поскольку это требуется институционально и юридически, однако поддерживает этот диагноз экзоспективными данными, описывающими выраженность, динамику и контекст. Тем самым классификация превращается из «номинальной метки» в итог многоуровневого анализа, а клиническое решение получает большую прозрачность и воспроизводимость. В перспективе именно такой подход может снизить разрыв между статистической природой классификаций и индивидуальной уникальностью пациента, о которой мы говорили в предыдущих разделах монографии.

Наконец, понятие «единая диагностическая система» предполагает институциональную и образовательную перестройку. Врач будущего должен уметь не только ставить диагноз, но и формулировать запрос к экзоспективному агенту, интерпретировать отчёт, понимать источники ошибок модели, различать систематические смещения данных и удерживать ответственность в условиях технологического давления. ИИ, в свою очередь, должен проектироваться так, чтобы поддерживать клиническое мышление, а не подменять его: быть ориентированным на доказательность, объяснимость и аудит. Только при соблюдении этих условий синтез человека и ИИ становится не угрозой автономии психиатрии, а её новым ресурсом, позволяющим соединить феноменологическую глубину с инструментальной проверяемостью и тем самым приблизить дисциплину к более зрелой форме научности без утраты гуманитарного смысла (Jaspers, 1913; Floridi, 2018; Beauchamp, Childress, 2019).

Будущее объективной психиатрии

Говоря о будущем объективной психиатрии, важно избежать двух симметричных ошибок. Первая состоит в том, чтобы считать объективность простым прибавлением «технических измерений» к прежней, в сущности неизменной, клинической практике. Вторая — в том, чтобы объявить измерение заменой понимания, а автоматизацию — заменой врача. В действительности объективизация психиатрии — это не косметическое усиление диагностики и не технологический переворот ради самой технологии, а эпистемологическая реформа дисциплины, в которой меняются формы доказательства, структура клинического рассуждения, стандарты воспроизводимости и социальный контракт доверия между пациентом, специалистом и институтами (Engel, 1977). Экзоспекция в данной книге рассматривалась как ключ к этой реформе, поскольку она вводит внешний контур наблюдения, способный расширять клинические описания до уровня измеряемых параметров и динамических профилей состояния, сохраняя при этом гуманитарное ядро психиатрии — работу со смыслом и субъективным опытом (Jaspers, 1913). Будущее объективной психиатрии, следовательно, заключается не в «замене» интерспекции, а в её преобразовании:

интерспекция остаётся источником понимания, а экзоспекция становится источником проверяемости.

Первый вектор будущего — переход от эпизодического наблюдения к непрерывной диагностике. Традиционная психиатрия во многом строится на фрагментарных срезах: врач видит пациента в определённый день, в определённом месте, в определённой ситуации, и делает выводы, которые затем нередко воспринимаются как устойчивые характеристики личности или заболевания. Однако психические расстройства по своей природе динамичны: тревога и депрессия колеблются в зависимости от нагрузки и сна, психотические симптомы демонстрируют волнообразность, аффективные состояния имеют фазовый характер, а расстройства личности часто проявляются в конкретных контекстах отношений и конфликта. Экзоспекция делает возможным другой тип клинического факта — временной ряд, где симптом перестаёт быть словесным утверждением и становится наблюдаемой траекторией изменений, способной подтверждать или опровергать клиническую гипотезу (Torol, 2019). Именно эта динамика, а не разовый статус, может стать фундаментом новой объективности: не «что пациент сказал сегодня», а «как состояние изменялось во времени и насколько согласованно это с заявляемыми переживаниями и поведением». Психиатрия будущего, в этом смысле, будет всё меньше похожа на искусство единичного портрета и всё больше — на науку траекторий, где диагноз опирается на закономерности развития состояния.

Второй вектор — укрепление воспроизводимости как критерия научности. В гуманитарно-медицинских дисциплинах воспроизводимость не означает механическое повторение результата, но предполагает согласованность процедур наблюдения, прозрачность аргументации и возможность независимой проверки. Современная психиатрия сталкивается с тем, что одно и то же клиническое описание может приводить разных специалистов к различным выводам, и этот разброс часто воспринимается как неизбежность, оправдываемая «сложностью психики». Однако сложность не отменяет требования к дисциплинарной строгости; напротив, она требует более развитых методов фиксации признаков и более ясных правил перехода от признаков к заключению (Popper, 1959). Экзоспекция создаёт условия для воспроизводимости, потому что переводит часть клинического материала в форму, доступную повторному анализу: записи речи, показатели сна и активности, закономерности моторики, изменения просодии и латентности ответов, стабильность или распад связности нарратива. При этом будущая объективность не будет достигаться «чистой статистикой»; она будет достигаться тем, что клиническое суждение начнёт строиться как проверяемая цепочка аргументов, где каждый шаг может быть критически рассмотрен: какие данные собраны, какие признаки выделены, как оценена неопределённость, какие альтернативы отвергнуты и на каком основании. Это приближает психиатрию к модели научного рассуждения, где ошибку можно обнаружить не задним числом «по исходу», а внутри логики анализа (Kahneman, 2011).

Третий вектор — интеграция категориальных и параметрических моделей. МКБ-10/11 предоставляют необходимый язык категорий, без которого не-

возможны юридические процедуры, статистика и коммуникация между учреждениями. Однако категории неизбежно грубы по отношению к индивидуальным профилям пациентов: они фиксируют «тип» расстройства, но слабо описывают выраженность, динамику, контекст и функциональные последствия. Объективная психиатрия будущего будет жить в двойном режиме: сохранять категориальную формулировку диагноза для институциональных задач и одновременно развивать параметрический профиль состояния как клиническое ядро. Экзоспекция именно в этом месте наиболее продуктивна: она позволяет построить профиль, где измеряемые маркеры коррелируют с симптомами и синдромами, а затем соотносятся с категориями МКБ как с «адресом» в классификационном пространстве. Такой подход, по сути, снимает ложную альтернативу между «диагнозом» и «индивидуальностью»: диагноз остаётся, но превращается в верхний уровень описания, не отменяющий подробной модели пациента. В перспективе это может привести к тому, что категории МКБ станут рамкой для интеграции данных, а не финальной точкой рассуждения, что особенно важно для пограничных случаев и для спектральных феноменов, описываемых современной психиатрией.

Четвёртый вектор — развитие экзоспективной психопатологии как самостоятельного раздела знания. В данной монографии мы наметили, что экзоспекция меняет статус симптома: симптом становится не только феноменом, описываемым в беседе, но и параметром, фиксируемым в поведении, речи, моторике и физиологии. Если это положение принять всерьёз, то психопатология будущего должна будет включать не только классическое описание феноменов, но и их экзоспективные корреляты: как тревога «видна» в циркадных нарушениях и микромоторике, как депрессия отражается в паттернах речи и активности, как психоз проявляет себя в изменениях связности нарратива и нарушениях прагматики общения. Это не означает редукции психики к биосигналам; это означает расширение психопатологии до междисциплинарной области, где феноменологические описания получают измерительную опору, а измерительные признаки получают смысловую интерпретацию. В этом смысле будущая психиатрия будет менее «донаучной» не потому, что станет биологической, а потому, что станет методологически зрелой: она научится связывать разные уровни описания в единую систему доказательств (Engel, 1977).

Пятый вектор — изменение статуса экспертного решения и ответственности. Объективизация неизбежно перестраивает вопрос «кто отвечает», потому что распределяет когнитивные функции между человеком и алгоритмом. В будущем объективной психиатрии ответственность врача не исчезнет и не станет формальностью; напротив, она усложнится, поскольку к традиционным источникам ошибки добавятся новые: систематические смещения данных, ошибки валидации, некорректная интерпретация вероятностных выводов, чрезмерное доверие к количественному индексу. Именно поэтому профессиональная этика и право должны будут развиваться параллельно с технологией: врач обязан понимать границы модели и уметь объяснять пациенту и суду, что именно означает экзоспективное заключение, какова его доказательная сила и где оста-

ётся неопределённость (Floridi, 2018). Объективная психиатрия будущего не будет «автоматической»; она будет «аудируемой». В ней доказательство будет иметь форму, пригодную для критической проверки, а врач — роль гаранта того, что технология применена корректно и не подменяет клинического смысла.

Шестой вектор — трансформация судебной психиатрии как зоны максимальной цены ошибки. Судебная экспертиза требует особой строгости, потому что её выводы обладают прямыми правовыми последствиями. В этом контексте экзоспекция может стать не источником «новых диагнозов», а источником стандартизации и снижения вариативности интерпретаций, если она будет использоваться как средство реконструкции состояния, проверки последовательности показаний, выявления признаков симуляции и диссимуляции, а также как способ сделать экспертный вывод более прозрачным и опирающимся на проверяемые данные. Однако здесь особенно важно удерживать границу: нормативные решения не могут быть делегированы алгоритму, поскольку они включают правовые определения и ценностные критерии. Будущее объективной судебной психиатрии — это не «цифровой судья», а доказательная культура, где экспертное заключение содержит ясную структуру аргументации и отчётливо показывает, что является фактом наблюдения, что — клинической интерпретацией, и что — юридическим выводом. Такая прозрачность соответствует современному пониманию надёжности экспертного знания в правовой системе, где ценится не авторитет, а проверяемость (Saks, Faigman, 2008).

Седьмой вектор — появление новых стандартов обучения и профессиональной идентичности. Объективная психиатрия будущего потребует от специалиста новой грамотности: способности мыслить вероятностно, читать отчёты ИИ как доказательные документы, понимать структуру данных, различать качество источников наблюдения и формулировать клинические вопросы так, чтобы на них можно было получить проверяемый ответ. Это не означает превращения психиатра в инженера, но означает появление «методологического слоя» в профессиональном мышлении. Исторически медицина прогрессировала тогда, когда клиницисты осваивали новые формы доказательства: от аускультации и лаборатории до визуализации и молекулярной диагностики. Экзоспекция продолжает эту линию, но в психиатрии она будет означать не замену разговора прибором, а расширение разговора данными, которые делают клинический смысл более устойчивым к случайности и субъективности.

Наконец, будущее объективной психиатрии неизбежно связано с философским вопросом о границах измерения. Психика не является объектом, полностью прозрачным для внешнего наблюдения; субъективный опыт остаётся уникальным, и его смысл не выводится напрямую из сигналов. Поэтому объективность в психиатрии должна пониматься не как устранение субъективности, а как её дисциплинирование: создание таких процедур, при которых личность врача перестаёт быть главным источником вариативности, а пациент перестаёт быть заложником случайного стиля интерпретации. В этом смысле экзоспекция — не окончательный ответ, а инструмент развития дисциплины: она позволяет психиатрии приблизиться к идеалу научности, не предавая гуманитарную при-

роду своей предметной области. Если воспользоваться языком философии науки, речь идёт о переходе от «слабой» объективности, основанной на согласии экспертов, к «сильной» объективности, основанной на воспроизводимых процедурах и критической проверяемости, где согласие является следствием прозрачной методологии, а не её заменой (Porrett, 1959).

Таким образом, будущее объективной психиатрии в экзоспективной парадигме можно описать как построение дисциплины, в которой клиническое понимание и инструментальная проверяемость образуют единый контур. Это будущее не устраняет человеческого фактора, а переводит его в новую роль: врач становится не источником субъективной «истины», а носителем профессионального смысла и этической ответственности, который умеет работать с данными и удерживать границы технологии. ИИ, в свою очередь, становится не «заменой психиатра», а внешним наблюдателем, усиливающим доказательность, стандартизирующим процедуры и расширяющим возможности мониторинга. В результате психиатрия получает шанс выйти из состояния хронической методологической уязвимости и приблизиться к более зрелой форме научной дисциплины, где ошибки не только возможны, но и обнаружимы, обсуждаемы и исправимы — то есть, где наука становится не декларацией, а практикой.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Примеры экзоспективных отчётов

Приложения в настоящей монографии выполняют не иллюстративную, а методологическую функцию: они показывают, как экзоспекция переводит абстрактные принципы в формализованный документ, пригодный для клинического решения, междисциплинарной коммуникации и последующего аудита. Экзоспективный отчёт не является «диагнозом, выданным машиной», и тем более не является юридическим заключением; он представляет собой структурированное свидетельство о данных, их качестве, выделенных паттернах и вероятностных гипотезах, сформулированных в терминах клинической психопатологии и классификационных систем. Такой документ может выступать как внешний слой доказательности рядом с традиционным интервью и психическим статусом, сохраняя феноменологический приоритет врача в интерпретации смысла и контекста (Jaspers, 1913), но укрепляя воспроизводимость и прозрачность клинической аргументации (Popper, 1959).

Поскольку психические расстройства выражаются во времени и контексте, экзоспективный отчёт в своей зрелой форме должен иметь две опоры. Первая опора — это ясное описание источников данных и качества наблюдения, включая обстоятельства сбора, полноту, пропуски, возможные артефакты и степень идентифицируемости личности. Вторая опора — это интерпретационный слой, в котором выделенные показатели соотносятся с клиническими конструкциями, принятыми в психиатрии, и привязываются к диагностическим рубрикам МКБ-10/11 как к языку коммуникации, но не как к единственному горизонту смысла. В клинике это означает, что выводы отчёта формулируются в терминах синдромов, выраженности, динамики и функциональных последствий; в экспертной практике — что отчёт подчёркивает степень неопределённости, альтернативы и условия, при которых вывод может измениться при получении новых данных (Kahneman, 2011). Далее приводятся типовые образцы экзоспективных отчётов, адаптированные под разные задачи. Они намеренно написаны в стиле «документа», который мог бы быть приложен к истории болезни или экспертному материалу, с сохранением нейтральной, неоценочной лексики.

Пример 1. Амбулаторный экзоспективный отчёт при тревожно-депрессивных жалобах и нарушении сна (мониторинг 21 день)

Идентификатор случая: А-017. Условия: амбулаторное наблюдение, добровольное информированное согласие, цель — клиническая оценка состояния, подбор терапии, контроль динамики. Период наблюдения: 21 день. Источники данных включали пассивные показатели носимого устройства (сон, активность, вариабельность сердечного ритма как прокси автономной регуляции), дневниковые отметки самочувствия два раза в день, короткие аудиофрагменты речи (30–60 секунд) в стандартизированном формате, а также текстовые ответы

на одинаковые вопросы о настроении, тревоге, раздражительности, уровне энергии и суточной продуктивности. Данные по физиологическому каналу имели пропуски в 2 дня из-за снятия устройства; аудиоканал был полным, однако два фрагмента содержали выраженный фоновый шум и были помечены как ограниченно пригодные для просодического анализа. В целом качество данных оценивается как достаточное для выделения тенденций, но недостаточное для высокоточной индивидуальной калибровки физиологических порогов, что типично для реальной практики вне лаборатории (Torol, 2019).

На уровне описания наблюдаемых паттернов выявлены устойчивые признаки расстройства сна с нарушением его непрерывности и вероятным сокращением медленноволновых фаз по косвенным индикаторам фрагментации. В ряде дней зафиксированы ночные пробуждения с последующим удлинением латентности повторного засыпания, коррелирующие с утренними сообщениями о тревоге и соматическом напряжении. Суммарная продолжительность сна демонстрировала выраженную вариабельность при относительной стабильности времени подъёма, что указывает не столько на социальную десинхронизацию, сколько на внутреннюю нестабильность поддержания сна. Показатели активности показывали «уплощённый» дневной профиль: отсутствовали выраженные пики, характерные для рабочего дня, при этом сохранялись короткие всплески активности, совпадавшие по времени с эпизодами субъективного «принуждения себя к делам». Вегетативные индикаторы автономной регуляции демонстрировали устойчивую тенденцию к повышению симпатической активации в вечерние часы в дни с выраженной тревожностью по дневнику, что согласуется с клинической моделью гиперактивации как механизма поддержания бессонницы при тревожных расстройствах (Harvey, 2002).

Речевой канал показал паттерн, который в рамках экзоспективной психопатологии трактуется как сочетание тревожной мобилизации и депрессивного снижения продуктивности. В аудиофрагментах фиксировались повышение темпа речи в начале ответа с последующим замедлением, увеличение количества пауз в середине высказывания и рост доли самокоррекций. Просодический профиль характеризовался сужением диапазона интонационной модуляции в утренних фрагментах и частичным расширением в вечерних, что субъективно сопровождалось описанием «к вечеру становится чуть легче». Текстовые ответы демонстрировали повторяемость лексем, описывающих угрозу, «непонятное напряжение», ожидание неблагоприятных событий и трудность отключения мыслительного потока перед сном; при этом отмечалась снижение когнитивной гибкости в формулировках, что проявлялось как ограниченное число смысловых стратегий описания состояния. В нарративе отсутствовали признаки грубого нарушения связности, но выявлялась тенденция к руминативному стилю объяснения событий и повышенной внутренней атрибуции вины при нейтральных обстоятельствах, что согласуется с когнитивными моделями депрессии и тревожно-депрессивной коморбидности (Beck, 1976; Barlow, 2002).

На уровне вероятностной клинической интерпретации экзоспективная модель выделяет синдромальный профиль, совместимый с тревожно-

депрессивным спектром с доминирующими симптомами тревоги, соматической гиперактивации и стойким нарушением сна. Поскольку в дневниковых данных присутствуют колебания энергии, однако отсутствуют признаки стойкой гиперактивности, уменьшения потребности во сне без усталости, выраженного ускорения ассоциативных процессов и рискованного поведения, текущие данные не поддерживают гипотезу маниакального или гипоманиакального эпизода, но не исключают циклотимическую или биполярную уязвимость при недостаточном временном горизонте наблюдения, что требует клинической проверки и продолжения мониторинга при наличии анамнестических указаний (Goodwin, Jamison, 2007). В терминах МКБ-10 профиль может быть сопоставлен с рубриками генерализованного тревожного расстройства (F41.1) и депрессивного эпизода лёгкой или умеренной степени (F32.0–F32.1) либо смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) при соответствующей клинической оценке доминирования симптомов и длительности. В терминах МКБ-11 рабочими сопоставлениями могут выступать Generalized anxiety disorder (6B00) и Depressive episode (6A70) либо Mixed depressive and anxiety disorder (6A73) при выполнении критериев и исключении иных объяснений. Настоящий отчёт не устанавливает диагноз; он фиксирует, что наблюдаемые динамические и речевые маркеры статистически и клинически согласуются с указанными синдромами при условии, что клиническое интервью подтвердит длительность, выраженность, функциональное снижение и отсутствие органических и индуцированных причин.

Отдельным разделом отчёт обязан рассмотреть альтернативы и ограничения. Физиологические показатели могут быть искажены соматическими состояниями, стимуляторами, употреблением кофеина и никотина, а также побочными эффектами препаратов. Речевые маркеры чувствительны к контексту записи, мотивации испытуемого и культурным особенностям экспрессии. Дневниковые данные подвержены реактивности: сам факт заполнения может менять поведение и усиливать рефлексию. Тем не менее согласованность каналов, то есть конвергенция сна, вегетативной регуляции, нарратива и самооценок, повышает уверенность в том, что фиксируется именно психопатологический паттерн, а не изолированный артефакт одного источника (Shadish, Cook, Campbell, 2002).

В клинической части отчёта, адресованной врачу, формулируется практическая рекомендация: целесообразно рассмотреть терапевтический план, включающий коррекцию сна как первичный контур вмешательства, поскольку сон в данном профиле выступает не следствием, а механизмом поддержания симптомов, что соответствует современным моделям психотерапии бессонницы и тревожных расстройств (Harvey, 2002). Экзоспективный мониторинг может быть продолжен ещё 21–42 дня для оценки эффекта вмешательств и выявления возможной цикличности аффекта. При появлении признаков нарастания психомоторной активации, уменьшения потребности во сне без дневной сонливости и устойчивого повышения продуктивности с рисковыми решениями сле-

дует провести клиническую переоценку на предмет биполярного спектра, чтобы избежать диагностической ошибки и терапевтических осложнений.

Пример 2. Экзоспективный отчёт при подозрении на биполярный спектр и оценке риска индукции (мониторинг 60 дней, на фоне терапии)

Идентификатор случая: В-044. Условия: амбулаторное наблюдение, цель — дифференциальная диагностика между рекуррентной депрессией и биполярным спектром, оценка динамики на фоне назначенной терапии и профилактика индукции гипомании. Период наблюдения: 60 дней. Источники данных включали носимое устройство (сон, активность, автономные показатели), ежедневные шкальные самооценки настроения и энергии, еженедельные расширенные нарративные отчёты пациента, а также короткие аудиофрагменты речи. В середине периода произошла коррекция фармакотерапии по клиническим показаниям; отчёт рассматривает изменение паттернов до и после этой даты как естественный «поворотный пункт» для анализа временных рядов.

Сырые данные показывают наличие фазоподобных колебаний настроения и энергии, при которых периоды снижения активности и удлинения сна сменялись периодами сокращения сна и повышения активности. Существенным для интерпретации является то, что сокращение сна в «подъёмные» периоды сопровождалось субъективным ощущением бодрости и уменьшением дневной сонливости, а также ростом объёма коммуникаций и инициатив. В речевом канале в эти периоды наблюдались увеличение темпа, уменьшение пауз, рост ассоциативной разветвлённости нарратива и повышение уверенности в формулировках с более категоричными оценками планов. Одновременно фиксировались эпизоды раздражительности и конфликтности в дневниковых отметках, а также тенденция к переоценке собственных возможностей при планировании задач. В противоположные периоды отмечались увеличение латентности ответов, усиление монотонности просодии и снижение смысловой развернутости описаний, что сопровождалось жалобами на «пустоту», ангедонию и утомляемость. Конвергенция сна, активности, речевых маркеров и нарратива создаёт экзоспективный профиль, в котором гипотеза биполярного спектра становится существенно более вероятной, чем при опоре только на разовые клинические интервью, поскольку именно динамика фаз является диагностически значимым признаком (Goodwin, Jamison, 2007; Akiskal, 2002).

В классификационном сопоставлении МКБ-10 рабочими рубриками для клинического рассмотрения являются биполярное аффективное расстройство (F31.x) при наличии подтверждённых эпизодов гипомании/мании и депрессии, либо рекуррентное депрессивное расстройство (F33.x) при отсутствии таких эпизодов. В МКБ-11 релевантной категорией выступает Bipolar type II disorder (6A61) при наличии гипоманиакальных и депрессивных эпизодов либо Cyclothymic disorder (6A63) при хронической субсиндромальной цикличности. Настоящий отчёт подчёркивает, что экзоспективная модель фиксирует динамическую структуру, совместимую с указанными категориями, но окончательная клиническая квалификация требует верификации длительности фаз, функцио-

нальных последствий, наличия или отсутствия психотических симптомов, а также исключения индуцированных состояний, включая фармакологическую индукцию.

Особый раздел отчёта посвящён риску индукции. После изменения терапии отмечено усиление «подъёмных» паттернов: сокращение сна стало более выраженным, увеличилась речевая продуктивность и количество инициатив, а также выросла частота конфликтных взаимодействий. Врачебная интерпретация должна рассмотреть, является ли это естественной фазой заболевания, реакцией на улучшение депрессивной симптоматики или признаком индукции гипомании. Экзоспекция не решает этот вопрос автоматически, но предоставляет временную карту изменений с точной привязкой к дате коррекции терапии, что повышает клиническую управляемость ситуации и позволяет принять решение на основе доказательной динамики, а не на основе ретроспективных впечатлений (Kahneman, 2011).

В части, посвящённой интерпретации и клинической верификации, экзоспективный отчёт обязан удерживать два принципа: во-первых, различать «фазовость» как явление и «нозологическую принадлежность» как вывод; во-вторых, различать «субъективное улучшение» депрессивной симптоматики и «патологическое повышение» активности, связанное с расстройством регуляции аффекта. В наблюдаемом ряду обнаруживается повторяющийся цикл, в котором изменение сна предшествует усилению активности и речевой продуктивности, а не следует за ними; такая последовательность согласуется с моделями циркадной и гомеостатической дисрегуляции при биполярных состояниях (Wehr, 1991; Frank, 2005). При этом ключевым для клинического решения является не сам факт сокращения сна, а его феноменологическое сопровождение: отсутствие дневной сонливости, субъективная «ясность», рост инициатив и снижение критической оценки собственных возможностей создают профиль, близкий к гипоманиакальному, даже если поведенческие последствия пока ограничены социальным контекстом и компенсируются высоким уровнем самоконтроля.

Верификационная часть отчёта должна отдельно фиксировать феномены, которые в традиционной клинике часто теряются из-за ретроспективности анамнеза. В частности, в рассматриваемом случае важны микропризнаки: увеличение количества незавершённых проектов, изменение финансовых решений, расширение круга контактов, а также рост конфликтности как маркер раздражительной гипомании. Экзоспекция фиксирует не «характер» и не «личность», а статистически повторяемую конфигурацию поведения, в которой раздражительность выступает не моральной оценкой, а компонентом синдрома регуляторного срыва. Это особенно существенный момент в контексте дифференциальной диагностики с тревожными расстройствами, где также встречаются бессонница и психомоторная напряжённость, но иной является структура временных связей между сном, активностью и когнитивной продуктивностью (Barlow, 2002).

Раздел о риске индукции должен быть написан максимально нейтрально и проверяемо. В данном наблюдении отмечено, что после коррекции терапии изменился не только средний уровень настроения, но и дисперсия показателей: возрос размах колебаний сна и активности, увеличилась вариабельность речевой скорости и интонационного диапазона, а также усилилась «скачкообразность» дневниковых оценок энергии. В клинической логике это может быть признаком того, что депрессивный компонент ослаб, но регуляторная система остаётся нестабильной, и вмешательство, снимая «торможение», могло усилить амплитуду колебаний. Такой сценарий известен в литературе как риск «активации» и требует осторожной клинической оценки, поскольку различие между терапевтическим улучшением и началом гипоманиакальной динамики в реальной практике часто является тонким и контекстно зависимым (Goodwin, Jamison, 2007). Экзоспекция в этой ситуации выполняет функцию не «судьи», а приборной панели: она показывает, что произошло с системой, когда изменили один из её параметров, и тем самым снижает зависимость решения от памяти и впечатлений.

Критически важной частью отчёта является блок «границы достоверности». Экзоспективные маркеры фазовости чувствительны к социальным нагрузкам, смене режима, перелётам, сезонности, соматическим состояниям и употреблению веществ. Поэтому отчёт должен содержать оговорку: без данных о внешних стрессорах и контекстах (рабочий дедлайн, конфликт, болезнь, поездка) интерпретация временных рядов может быть смещена. Однако при наличии кросс-канальной согласованности, то есть когда изменение сна сопровождается характерным изменением речи, активности и субъективной оценки, вероятность того, что мы наблюдаем внутренний аффективный цикл, существенно повышается. Именно эта конвергенция каналов является одним из центральных эпистемологических преимуществ экзоспекции, поскольку она приближает психиатрическое заключение к критериям «многократной проверяемости» в смысле методологии эмпирических наук (Popper, 1959).

Итоговая формулировка для врача в этом примере должна быть осторожной и клинически полезной. Экзоспективный анализ указывает на фазоподобную динамику с эпизодами вероятной гипомании или гипоманиакальной активации и периодами депрессивного снижения, что требует клинической верификации по критериям МКБ-10/11 и тщательной оценки риска терапии, способной усилить поляризацию. Рекомендуется продолжить мониторинг не менее чем на один сезонный цикл либо на 90–120 дней, поскольку устойчивость паттернов во времени является критерием различения случайной вариативности и эндогенной цикличности. При этом роль врача остаётся ключевой: экзоспекция не заменяет клинического суждения, но делает его менее зависимым от субъективности и более зависимым от данных.

Пример 3. Экзоспективный отчёт при подозрении на психотический спектр (оценка реальность-тестинга и критики, мониторинг 14 дней)

Идентификатор случая: Р-031. Условия: стационар или дневной стационар, информированное согласие, цель — поддержка клинической диагностики и мониторинг динамики состояния в процессе лечения. Период наблюдения: 14 дней. Источники данных включали видеозаписи коротких структурированных интервью (до 10 минут), аудиофрагменты свободного нарратива (2–3 минуты), поведенческие показатели активности (внутрибольничный режим либо носимый датчик), а также краткие ежедневные отметки пациента о переживаниях и уровне тревоги. Данные видеоканала частично ограничены, поскольку в ряде сессий пациент отворачивался и закрывал лицо; это зафиксировано как фактор, снижающий информативность мимических маркеров, но не обнуляющий информацию о речевой структуре и просодии.

На уровне наблюдаемых феноменов выявлены признаки нарушения организации мышления, проявляющиеся в снижении связности нарратива и нестабильности тематических переходов. В ряде фрагментов отмечались внезапные смены темы без явного мостика, вставки второстепенных деталей, не несущих функциональной нагрузки для содержания, и уменьшение способности удерживать исходный вопрос. В структуре высказываний обнаруживались элементы субъективной значимости нейтральных стимулов, выраженные в тенденции интерпретировать случайные совпадения как адресованные лично пациенту. При этом отчёт обязан подчеркнуть: экзоспекция фиксирует не «бред» как юридически и клинически нагруженный термин, а параметры реальности-тестинга и стиля интерпретации событий, которые могут быть представлены в континууме от тревожной настороженности до бредовой убеждённости. Наблюдаемые параметры в данном случае смещены в сторону убеждённости и системности интерпретаций, что требует клинического уточнения степени критики и влияния переживаний на поведение.

Речевой анализ показал увеличение латентности ответа и наличие пауз, которые не связаны с поиском слов, а скорее отражают внутреннюю обработку переживаний. Просодический профиль был неравномерным: в моменты описания значимых переживаний отмечалось повышение интенсивности и темпа, при этом интонационная модуляция становилась более резкой, что может коррелировать с внутренним напряжением и аффективной окрашенностью психотического опыта. В нарративе выявлялись признаки идей отношения, а также элементы подозрительности, формулируемые как «намёки», «знаки», «особые сообщения». Эти признаки не являются доказательством конкретного диагноза, но согласуются с феноменологическими описаниями начальных и развернутых психотических состояний, где нарушение смысловой селекции и усиление значимости второстепенных стимулов играют ведущую роль (Jaspers, 1913).

Экзоспективная оценка критики в данном примере строится на сопоставлении трёх линий: устойчивости убеждений во времени, реакции на альтернативные объяснения и способности пациента рассматривать гипотезу «это может быть симптом». В ходе 14 дней отмечено, что убеждения сохраняют стабильность, а попытки предложить альтернативы вызывают раздражение или уход от темы. В дневниковых отметках отсутствует спонтанная формулировка

сомнения; напротив, присутствует усиление убеждённости после социальных контактов. Это создаёт профиль снижения критики, однако отчёт подчёркивает, что степень критики — клиническая категория, требующая очного интервью, поскольку внешние маркеры могут быть маскированы, а пациент может демонстрировать формальную согласованность речи при сохранении бредовой убеждённости. Именно здесь проявляется ключевой принцип экзоспекции: она усиливает наблюдение, но не подменяет феноменологическое исследование (Jaspers, 1913).

В классификационном сопоставлении МКБ-10 рабочими категориями для клинического рассмотрения могут быть острые и транзиторные психотические расстройства (F23.x) либо шизофрения (F20.x) при соответствующей длительности и структуре симптомов, а также шизоаффективное расстройство (F25.x) при значимой аффективной компоненте. В МКБ-11 релевантны *Acute and transient psychotic disorder* (6A23) и *Schizophrenia* (6A20) либо *Schizoaffective disorder* (6A21) при выполнении критериев. Настоящий отчёт формулирует вероятностную гипотезу о наличии психотического уровня нарушения реальность-тестинга и снижении критики, однако не делает нозологического вывода без клинической проверки длительности, негативной симптоматики, степени дезорганизации и исключения органических причин.

Отдельным блоком отчёт рассматривает риск и безопасность. При сочетании подозрительности, идей отношения и аффективной напряжённости повышается вероятность импульсивных действий, особенно при наличии командных переживаний или интерпретации угрозы. В данном наблюдении прямых признаков командных галлюцинаций по речевому материалу не обнаружено, однако само отсутствие признака в данных не является доказательством его отсутствия; поэтому отчёт рекомендует клиническую оценку суицидального и агрессивного риска, поскольку психотические состояния могут включать скрытые опасные переживания, не проявляющиеся в коротких интервью.

Пример 4. Экзоспективный отчёт для судебно-экспертной реконструкции состояния на момент деяния (ретроспективный анализ)

Идентификатор случая: F-112. Условия: судебно-экспертная задача, цель — ретроспективная реконструкция психического состояния на момент инкриминируемого деяния. Источники данных: видеозаписи допросов, телефонные разговоры, сообщения в мессенджерах, свидетельские показания, медицинская документация, а также данные о передвижениях и активности (при наличии законных оснований доступа). Экзоспекция в данном формате подчёркнуто ограничена рамками законности и допустимости материалов: отчёт обязан фиксировать происхождение каждого фрагмента данных и его целостность, поскольку в судебном контексте важна не только клиническая интерпретация, но и прослеживаемость доказательства (Saks, Faigman, 2008).

Реконструктивная часть отчёта строится как временная линия психического функционирования, где ключевым является установление динамики: нарастали ли признаки психотического состояния, интоксикации, аффективной

дезорганизации или, напротив, наблюдалась целенаправленная организация поведения. Экзоспективный анализ речи в ретроспективных материалах оценивает связность, способность к планированию, удержание цели, гибкость и реакцию на препятствия. В рассматриваемом случае выявлена последовательность действий, включающая подготовительные шаги, избегание наблюдения, выбор времени и места, а также последующую попытку объяснения происходящего в терминах рационализации. Такой профиль может соответствовать сохранённой целеполагательной деятельности, но не исключает аффективной или психотической мотивации; поэтому отчёт фиксирует именно параметры контроля и планирования, а не делает прямой вывод о вменяемости, который в правовом смысле является компетенцией экспертной комиссии.

Особое внимание уделяется оценке критики и понимания. Экзоспекция сопоставляет высказывания «до», «во время» и «после» события, отслеживая, менялась ли оценка последствий, присутствовало ли осознание запретности, предпринимались ли действия по сокрытию. Такие маркеры в судебной традиции рассматриваются как косвенные признаки сохранности понимания и волевого контроля, хотя их интерпретация всегда требует осторожности, поскольку поведение может быть стереотипным и при психотических состояниях (Morse, 2000). Экзоспективный отчёт в этом формате обязан сохранять вероятностный характер и подчёркивать альтернативы: например, организованность действий может сочетаться с бредовой мотивацией; а хаотичность поведения может быть следствием интоксикации, а не психоза. Экзоспекция здесь является «внешним протоколом наблюдения», а не моральной оценкой.

Пример 5. Экзоспективный отчёт при подозрении на симуляцию/диссимуляцию (анализ согласованности каналов и устойчивости паттернов)

Идентификатор случая: S-209. Условия: экспертная или клиническая задача, цель — оценка вероятности симуляции или диссимуляции психопатологических симптомов. Период наблюдения: 30 дней. Источники данных: структурированные интервью, поведенческие показатели, дневниковые отметки, речевые и видеомаркеры, а также контекстные сведения (режим, нагрузки, взаимодействия). Принципиальная позиция отчёта в этой теме заключается в том, что симуляция и диссимуляция — не «ярлыки», а гипотезы о несоответствии заявляемого опыта наблюдаемым паттернам. Современная клиническая психология и судебная психиатрия подчёркивают необходимость комплексной оценки и осторожности в выводах, поскольку ошибки в обе стороны имеют тяжёлые последствия (Rogers, 2008).

Экзоспекция в этом контексте опирается на понятие кросс-канальной согласованности: если субъект сообщает о тяжёлой бессоннице, но объективные данные сна и дневная функция устойчиво сохранены, возникает вопрос о достоверности или о специфической форме расстройства, например парадоксальной инсомнии. Если заявляются грубые нарушения мышления, но речевая связность, синтаксическая организация и прагматика коммуникации остаются

на высоком уровне, это не доказывает симуляцию, но требует уточнения: возможно, симптоматика ситуативна, или же проявляется только в определённых условиях. Экзоспективный отчёт обязан избегать категоричности: он описывает степень расхождения и вероятность различных объяснений, включая сознательную симуляцию, диссоциативные состояния, реактивность, особенности личности и вторичную выгоду.

В рассматриваемом примере заявлялись постоянные слуховые «голоса» с угрожающим содержанием и невозможность сосредоточиться. Однако по речевому каналу фиксировалась высокая способность удерживать тему, логически разворачивать аргументацию и корректировать ответы в зависимости от собеседника. В поведении наблюдалась сохранность целеполагательной активности и отсутствие выраженной дезорганизации. При этом в отдельных ситуациях, когда субъект не ожидал наблюдения, отмечались эпизоды нормального эмоционального реагирования и спонтанной шутливости, что входило в противоречие с предъявляемой картиной тотального страдания. Экзоспекция интерпретирует это как сигнал необходимости углублённого клинического анализа: тотальная тяжесть симптомов обычно сопровождается более стабильным функциональным снижением и более выраженной кросс-канальной конвергенцией. Однако отчёт также указывает альтернативу: некоторые пациенты способны к ситуационной компенсации, а выраженность симптомов может быть волнообразной; поэтому требуется оценка динамики и условий, при которых симптоматика усиливается.

Ключевым становится анализ устойчивости паттернов во времени. Симулируемая симптоматика часто характеризуется чрезмерной стереотипностью описаний, отсутствием естественной вариативности и несоответствием типичной временной динамике расстройства. В реальных психотических состояниях выраженность переживаний часто колеблется, а отношение пациента к ним может меняться от страха до попыток объяснения; при симуляции же нередко наблюдается «идеальная стабильность» рассказа и отсутствие нюансов. Экзоспекция может фиксировать лингвистические признаки шаблонности: повторяющиеся формулы, отсутствие конкретных сенсорных деталей при заявленной интенсивности переживаний, а также несогласованность между эмоциональной окраской речи и содержанием. Эти признаки не являются юридическим доказательством симуляции, но служат материалом для экспертной гипотезы, требующей подтверждения другими методами, включая психометрические инструменты и клиническое наблюдение (Rogers, 2008).

Итоговая формулировка в таком отчёте должна быть максимально осторожной. Экзоспективные данные выявляют значимые расхождения между заявляемой тяжестью симптомов и наблюдаемыми параметрами функционирования в нескольких каналах, что повышает вероятность симуляции или иного вида искажения самопрезентации, однако окончательный вывод невозможен без интеграции клинического интервью, анамнеза, объективных наблюдений и результатов специализированных методик. Отчёт рекомендует рассматривать по-

лученные данные как основание для углублённой проверки, а не как самостоятельное заключение.

Схемы интеграции данных в экзоспективной модели психиатрического анализа

Экзоспекция как метод невозможна без строгой архитектуры интеграции разнородных данных, поскольку именно способ их соединения определяет, будет ли итоговое заключение инструментально воспроизводимым или останется эклектичным набором наблюдений. В отличие от традиционной клинической практики, где сведения собираются преимущественно в ходе интервью и субъективной интерпретации, экзоспективная модель опирается на многоуровневую систему преобразования информации: от первичных сигналов к клинически значимым профилям психического состояния. Эта система должна быть прозрачной, трассируемой и принципиально открытой для проверки, поскольку только в этом случае экзоспекция может претендовать на статус научного метода, а не вспомогательного «технического приёма».

На первом уровне располагаются сырые данные, представляющие собой непосредственные следы активности психики в различных каналах. К ним относятся физиологические сигналы (вариабельность сердечного ритма, показатели сна, двигательная активность), поведенческие паттерны (режим дня, социальная активность, ритм взаимодействий), речевые и голосовые характеристики (темп, паузы, интонация), визуальные данные (мимика, жесты, психомоторика), а также цифровые следы повседневной жизни, если они получены законным и этически допустимым способом. На этом уровне принципиально важно подчеркнуть: сами по себе эти данные не являются «психиатрическими», они лишь представляют физические и поведенческие корреляты психического функционирования. Ошибка многих ранних попыток внедрения ИИ в психиатрию заключалась именно в том, что корреляты принимались за диагнозы без промежуточных уровней интерпретации.

Второй уровень представляет собой уровень параметризации, где сырые данные переводятся в устойчивые показатели, пригодные для сравнения во времени и между субъектами. Здесь формируются такие параметры, как средняя и вариативная длительность сна, амплитуда суточных колебаний активности, спектр речевой скорости, частота пауз, степень мимической реактивности, показатели связности нарратива. Этот уровень принципиально «немой» в клиническом смысле: он не оперирует категориями нормы или патологии, а лишь описывает систему в терминах измеримых характеристик. Именно на этом этапе обеспечивается воспроизводимость, поскольку разные исследователи и системы при одинаковых входных данных должны получать сопоставимые параметры (Popper, 1959).

Третий уровень — уровень паттернов и динамических конфигураций — является ключевым для экзоспекции. Здесь отдельные параметры объединяются во временные и структурные сочетания, отражающие устойчивые режимы

функционирования психики. Например, не сам факт сокращения сна, а его сочетание с ростом активности, изменением речевой продуктивности и субъективной оценкой энергии формирует паттерн, клинически релевантный для биополярного спектра. Аналогично, не отдельные паузы в речи, а их систематическое появление в определённых когнитивных контекстах может указывать на дезорганизацию мышления. На этом уровне экзоспекция начинает приближаться к клиническому знанию, но всё ещё сохраняет вероятностный и описательный характер.

Четвёртый уровень — уровень клинической интерпретации — предполагает соотнесение выявленных паттернов с психопатологическими моделями, описанными в МКБ-10/11, а также в классической и современной психиатрической литературе. Именно здесь вступает в силу роль врача как интерпретатора и носителя клинического контекста. Экзоспективная система может указать на сходство наблюдаемой конфигурации с известными синдромальными моделями, но окончательное решение о нозологической принадлежности, клинической значимости и тактических выводах остаётся за специалистом. Этот уровень принципиально двусторонний: врач может уточнять запросы к системе, возвращаться к данным и проверять гипотезы, что делает процесс диагностики диалогическим, а не линейным.

Наконец, пятый уровень — уровень клинического и экспертного решения — выходит за пределы собственно экзоспекции и включает этические, правовые и терапевтические соображения. Здесь учитываются последствия заключения для пациента, риски стигматизации, юридические аспекты и необходимость междисциплинарного согласования. Экзоспекция на этом уровне не диктует решение, а служит опорой, уменьшающей произвольность и повышающей аргументированность выводов. Таким образом, интеграционная схема экзоспекции представляет собой не «чёрный ящик», а многоступенчатую систему, в которой каждый уровень может быть подвергнут анализу и критике.

Таблицы сравнений интерспекции и экзоспекции (описательный формат)

Сравнение интерспекции и экзоспекции как режимов познания психики требует выхода за рамки простого противопоставления «субъективного» и «объективного». В действительности речь идёт о двух различных эпистемологических стратегиях, каждая из которых имеет собственные возможности и ограничения. Интерспекция исторически сформировала психиатрию как клиническую дисциплину, позволив врачу непосредственно соприкасаться с переживаниями пациента через эмпатию, клиническую интуицию и феноменологическое понимание. Экзоспекция же возникает как ответ на пределы этой стратегии, предлагая внешний, инструментально опосредованный взгляд на психику.

В интерспективной модели основным источником знания является взаимодействие двух психик — пациента и врача. Диагностический процесс неизбежно окрашен личностью специалиста, его опытом, эмоциональным состояни-

ем, культурным контекстом и даже текущей нагрузкой. Это делает клиническое заключение уникальным, но одновременно плохо воспроизводимым: разные специалисты, работая с одним и тем же пациентом, могут прийти к различным выводам, особенно в пограничных и экспертных ситуациях. Экзоспекция, напротив, стремится минимизировать влияние индивидуальных особенностей наблюдателя, вынося значительную часть анализа в область формализованных данных и алгоритмов. При одинаковых входных данных экзоспективная система должна выдавать сходные результаты, что приближает психиатрию к стандартам воспроизводимости, характерным для естественных наук.

С точки зрения временной перспективы интерспекция преимущественно опирается на ретроспективный рассказ пациента и кратковременное наблюдение в момент контакта. Экзоспекция же ориентирована на длительный мониторинг и анализ динамики, что позволяет выявлять закономерности, недоступные при разовом осмотре. Это особенно важно для расстройств с фазовым течением, скрытой цикличностью или медленно нарастающей симптоматикой. В то же время интерспекция остаётся незаменимой для понимания субъективного смысла переживаний, их экзистенциального и личностного измерения, которое не может быть полностью сведено к данным.

В экспертной и судебной практике различие между этими подходами становится особенно значимым. Интерспекция здесь подвержена риску контрпереноса, моральных оценок и давления контекста, тогда как экзоспекция предлагает более нейтральный, документируемый анализ поведения, речи и динамики состояния. Однако экзоспекция не освобождает эксперта от ответственности и не заменяет правовую оценку; она лишь предоставляет более устойчивую эмпирическую основу для выводов.

Таким образом, интерспекция и экзоспекция не являются взаимоисключающими. Напротив, будущее психиатрии, как показано в настоящей монографии, заключается в их интеграции: интерспекция сохраняет человеческое измерение клиники, а экзоспекция обеспечивает её инструментальную строгость. Именно в этом синтезе возможен переход от психиатрии, зависящей от личности врача, к психиатрии, опирающейся на воспроизводимые данные и системное мышление.

Схемы интеграции данных

Разработка экзоспективной модели психиатрического анализа неизбежно приводит к необходимости строгого описания того, каким образом разнообразные данные о психическом функционировании человека объединяются в единую диагностически значимую систему. В рамках настоящей монографии под схемами интеграции данных понимаются не графические иллюстрации в упрощённом смысле, а концептуальные и методологические конструкции, описывающие последовательность и логику преобразования информации от первичного сигнала к клиническому выводу. Эти схемы имеют принципиальное

значение, поскольку именно они обеспечивают воспроизводимость, проверяемость и научную верифицируемость экзоспекции как метода.

В традиционной клинической психиатрии интеграция данных осуществляется преимущественно внутри сознания врача. Жалобы пациента, данные анамнеза, наблюдение за поведением и результаты обследований соединяются в целостную клиническую картину за счёт опыта, интуиции и профессионального чутья специалиста. Такая интеграция, несмотря на свою эффективность в руках опытных клиницистов, остаётся слабо формализуемой и трудно передаваемой. Экзоспективный подход, напротив, исходит из необходимости вынесения значительной части интегративной работы за пределы субъективного мышления врача в область формализованных процедур, не отменяя, однако, его интерпретативной роли.

Первая схема интеграции данных в экзоспекции представляет собой последовательность перехода от разрозненных источников информации к унифицированному массиву первичных данных. На этом этапе данные различного происхождения — физиологические, поведенческие, речевые, контекстуальные — приводятся к сопоставимому формату по времени, частоте регистрации и структуре. Уже здесь осуществляется важнейший методологический отбор: не все доступные данные включаются в экзоспективный анализ, а лишь те, которые обладают доказуемой связью с психическим функционированием и могут быть интерпретированы в клиническом контексте. Тем самым формируется первичный фильтр, защищающий экзоспекцию от некритичного накопления цифрового шума.

Вторая схема интеграции связана с параметрическим преобразованием данных. На этом уровне экзоспективная система переводит непрерывные и дискретные сигналы в показатели, обладающие относительной устойчивостью и пригодные для межиндивидуального и внутрисубъектного сравнения. Такой переход принципиально важен, поскольку психиатрическая диагностика всегда оперирует не единичными наблюдениями, а паттернами и отклонениями от индивидуальной или популяционной нормы. Здесь закладывается возможность ретроспективного анализа и мониторинга, что особенно значимо при расстройствах с хроническим или фазовым течением, описанных как в МКБ-10, так и в МКБ-11.

Третья схема интеграции данных носит синтетический характер и представляет собой формирование динамических конфигураций. В отличие от статических параметров, динамические конфигурации отражают взаимосвязь изменений во времени между различными модальностями. Именно на этом уровне экзоспекция начинает качественно отличаться от простой цифровой диагностики. Психическое расстройство рассматривается не как сумма симптомов, а как режим функционирования системы, обладающий собственной внутренней логикой. Такой подход концептуально соотносится с системным пониманием психопатологии, разрабатывавшимся в трудах классиков психиатрии и современной теории сложных систем (Jaspers, 1913; von Bertalanffy, 1968).

Четвёртая схема интеграции данных предполагает соотнесение выявленных конфигураций с клинико-диагностическими моделями. Здесь экзоспективная система использует вероятностные соответствия между наблюдаемыми паттернами и диагностическими категориями, описанными в международных классификациях. Принципиально важно подчеркнуть, что в данной схеме диагноз не «вычисляется» автоматически. Экзоспекция формирует поле диагностических гипотез с указанием степени их обоснованности, после чего врач осуществляет клиническую интерпретацию, сопоставляя данные экзоспекции с результатами интерспекции, анамнеза и профессионального опыта. Тем самым реализуется диалогический принцип «человек — ИИ», описанный в заключительных разделах книги.

Наконец, пятая схема интеграции выходит за пределы собственно диагностики и касается принятия клинических и экспертных решений. Здесь экзоспективные данные включаются в более широкий контекст медицинской, правовой и этической ответственности. Данная схема особенно значима для судебной психиатрии, где требуется не только обоснованность вывода, но и его прозрачность для внешней экспертной оценки. Экзоспекция в этом контексте выступает как средство документирования хода рассуждений, позволяющее проследить путь от данных к заключению и тем самым снизить риск произвольных или субъективно искажённых решений.

Таким образом, схемы интеграции данных в экзоспекции представляют собой многоуровневую методологическую конструкцию, в которой каждый этап имеет собственное научное обоснование и функциональное значение. Именно такая структура позволяет рассматривать экзоспекцию не как технологическое дополнение к психиатрии, а как формирование нового стандарта клинического и экспертного мышления, сочетающего эмпирическую строгость, воспроизводимость и сохранение центральной роли человека-врача в принятии решений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные и официальные документы

- Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». — М., 2006. — (действующая ред.).
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». — М., 2011. — (действующая ред.).
- European Union. Regulation (EU) 2016/679 (General Data Protection Regulation) // Official Journal of the European Union. — 2016. — L 119. — P. 1–88.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. — Geneva: World Health Organization, 1992. — 362 p.
- World Health Organization. ICD-11: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. — Geneva: World Health Organization, 2019.

Отечественные источники

- Бехтерев В.М. Общая психоневрология. — СПб.: 1911.
- Выготский Л.С. Мышление и речь. — М.: 1934.
- Бехтерев, В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. — СПб.: 1908.
- Бехтерев, В.М. Гипноз, внушение и психотерапия. — Петроград: 1911.
- Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М.: 1933.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — СПб.: Питер, 2002.
- Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: 1983.
- Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: 1962.
- Снежневский А.В. Шизофрения: клиника и патогенез. — М.: 1972.
- Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. — М.: 2007.
- Платонов, К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — М.: Медгиз, 1957.
- Рожнов, В.Е. Руководство по психотерапии. — М.: Медицина, 1979.
- Тукаев, Р.Д. Клиническая гипнотерапия: руководство для врачей. — М.: 2000.
- Шерток, Л. Гипноз. — М.: Прогресс, 1982.
- Яновский, А.С. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней и неврозов. — М.: 1950.

Зарубежные источники

- Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. — New York: Oxford University Press, 2019.
- Breiman L. Statistical modeling: The two cultures // Statistical Science. — 2001. — Vol. 16, No. 3. — P. 199–231.

- Char D.S., Shah N.H., Magnus D. Implementing machine learning in health care—addressing ethical challenges // *New England Journal of Medicine*. — 2018. — Vol. 378, No. 11. — P. 981–983.
- Jaspers K. *General Psychopathology*. — Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
- Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. — New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
- Kelley C.J., Karthikesalingam A., Suleyman M., Corrado G., King D. Key challenges for delivering clinical impact with artificial intelligence // *BMC Medicine*. — 2019. — Vol. 17.
- Lundberg S.M., Lee S.-I. A unified approach to interpreting model predictions // *Advances in Neural Information Processing Systems*. — 2017.
- Meehl P.E. *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. — Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954. — 149 p.
- Obermeyer Z., Powers B., Vogeli C., Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations // *Science*. — 2019. — Vol. 366, No. 6464. — P. 447–453.
- Pearl J. *Causality: Models, Reasoning, and Inference*. — Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Popper K. *The Logic of Scientific Discovery*. — London: Routledge, 2002.
- Topol E. *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. — New York: Basic Books, 2019.
- Adachi T., Fujino H., Nakae A., Mashimo T., Sasaki J. A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. — 2014. — Vol. 62, No. 1.
- Alladin A. *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. — Chichester: Wiley, 2008.
- Alladin A. *Hypnotherapy Explained*. — Oxford: Radcliffe Publishing, 2008.
- American Society of Clinical Hypnosis. *Standards of Training in Clinical Hypnosis*. — Schaumburg, IL: American Society of Clinical Hypnosis, 2018.
- American Society of Clinical Hypnosis. *Code of Ethics*. — Schaumburg, IL: American Society of Clinical Hypnosis, 2019.
- Barber T.X. *Hypnosis: A Scientific Approach*. — New York: Van Nostrand Reinhold, 1969.
- Barber T.X., Spanos N.P., Chaves J.F. *Hypnosis, Imagination, and Human Potentialities*. — New York: Pergamon Press, 1974.
- Barnier A.J., Nash M.R., editors. *The Oxford Handbook of Hypnosis*. — Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Beck A.T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. — New York: International Universities Press, 1976.
- Beecher H.K. The powerful placebo // *Journal of the American Medical Association*. — 1955. — Vol. 159, No. 17.

- Brown D.P., Fromm E. Hypnotherapy and Hypnoanalysis. — Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1986.
- Brown D.P., Schefflin A.W., Hammond D.C. Memory, Trauma Treatment, and the Law. — New York: W.W. Norton, 1998.
- Bowers K.S. Hypnosis for the Seriously Curious. — Monterey, CA: Brooks/Cole, 1976.
- Burrows G.D., Stanley R.O., Bloom P.B., editors. International Handbook of Clinical Hypnosis. — Chichester: Wiley, 2001.
- Cardeña E., Winkelman M., editors. Altering Consciousness: Multidisciplinary Perspectives. — Santa Barbara, CA: Praeger, 2011.
- Charcot J.-M. Clinical Lectures on Diseases of the Nervous System. — London: The New Sydenham Society, 1877.
- Chertok L. Hypnosis and Suggestion: The Case of the Psychotherapeutic Relationship. — New York: Springer, 1989.
- Cheek D.B., LeCron L.M. Clinical Hypnotherapy. — New York: Grune & Stratton, 1968.
- Coe W.C., Ryken T.C. Hypnosis in pain management // Neurosurgery Clinics of North America. — 1991. — Vol. 2, No. 4.
- Council J.R. A historical overview of hypnosis in psychotherapy // In: Nash M.R., Barnier A.J., editors. The Oxford Handbook of Hypnosis. — Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Crasilneck H.B., Hall J.A. Clinical Hypnosis: Principles and Applications. — New York: Grune & Stratton, 1975.
- Crawford H.J., Gruzelier J.H., editors. Hypnosis: Clinical and Experimental Perspectives. — London: Routledge, 2001.
- De Benedittis G. Hypnosis and the brain: a review of neurophysiological and neuroimaging perspectives // Contemporary Hypnosis. — 1995. — Vol. 12, No. 2.
- Diamond M.J. The role of hypnosis in dentistry and medicine. — Springfield, IL: Charles C Thomas, 1980.
- Dissociation and hypnotizability: theoretical links // In: Lynn S.J., Rhue J.W., editors. Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives. — New York: Guilford Press, 1991.
- Edmonston W.E. Hypnosis and Relaxation: Modern Verification of an Old Equation. — New York: Wiley, 1986.
- Elkins G.R., Barabasz A.F., Council J.R., Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis // American Journal of Clinical Hypnosis. — 2015. — Vol. 57, No. 4.
- Erickson M.H. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. — New York: Irvington Publishers, 1980.
- Erickson M.H., Rossi E.L., Rossi S.I. Hypnotic Realities: The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion. — New York: Irvington, 1976.
- Erickson M.H., Rossi E.L. Hypnotherapy: An Exploratory Casebook. — New York: Irvington, 1979.

- Evans F.J. Handbook of Hypnosis: Psychophysiological, Clinical and Experimental Applications. — New York: Van Nostrand Reinhold, 1976.
- Faymonville M.-E., Meurisse M., Fissette J. Hypnosis and conscious sedation in surgery: clinical foundations and outcomes // (публикации группы Faymonville по hypnosédation). — Liège, 1990–2000.
- Forel A. Hypnotism: A Study in Suggestion. — New York: Rebman, 1906.
- Frank J.D., Frank J.B. Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy. — Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1991.
- Fromm E., Nash M.R., editors. Contemporary Hypnosis Research. — New York: Guilford Press, 1992.
- Gauld A. A History of Hypnotism. — Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- Green J.P., Lynn S.J. Hypnosis and suggestion-based approaches in clinical practice: evidence and controversies // American Journal of Clinical Hypnosis. — 2000-e.
- Gruzelier J.H. A working model of the neurophysiology of hypnosis // Contemporary Hypnosis. — 1998. — Vol. 15, No. 1.
- Hammond D.C., editor. Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors. — New York: W.W. Norton, 1990.
- Hammond D.C. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders // Expert Review of Neurotherapeutics. — 2010. — Vol. 10, No. 2.
- Hartland J. Medical and Dental Hypnosis. — Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993.
- Heap M., Brown R.J., Oakley D.A., editors. The Highly Hypnotizable Person: Theoretical, Experimental and Clinical Issues. — London: Routledge, 2004.
- Heap M., Aravind K.K., editors. Hartland's Medical and Dental Hypnosis. — Edinburgh: Elsevier, 2011.
- Hilgard E.R. Hypnotic Susceptibility. — New York: Harcourt, Brace & World, 1965.
- Hilgard E.R. Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action. — New York: Wiley, 1977.
- Hilgard E.R., Hilgard J.R. Hypnosis in the Relief of Pain. — Los Altos, CA: William Kaufmann, 1975.
- Hilgard E.R., Weitzenhoffer A.M. Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B. — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1959.
- Hilgard E.R., Weitzenhoffer A.M. Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C. — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1962.
- Holroyd J. Hypnosis treatment of clinical pain: understanding why hypnosis is useful // International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. — 2003. — Vol. 51, No. 2.
- Hull C.L. Hypnosis and Suggestibility: An Experimental Approach. — New York: Appleton-Century, 1933.
- Janet P. The Major Symptoms of Hysteria. — New York: Macmillan, 1907.

- Jamieson G.A., editor. *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective*. — Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Jensen M.P. *Hypnosis for Chronic Pain Management: Therapist Guide*. — New York: Oxford University Press, 2011.
- Jensen M.P., Patterson D.R. Hypnotic treatment of chronic pain: mechanisms and evidence // *Journal of Behavioral Medicine*. — 2006. — Vol. 29, No. 1.
- Kihlstrom J.F. Hypnosis: a cognitive perspective // In: Fromm E., Shor R.E., editors. *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*. — New York: Aldine, 1979.
- Kirsch I. Response expectancy as a determinant of experience and behavior // *American Psychologist*. — 1985. — Vol. 40, No. 11.
- Kirsch I., Lynn S.J. The sociocognitive theory of hypnosis // In: Nash M.R., Barnier A.J., editors. *The Oxford Handbook of Hypnosis*. — Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Kosslyn S.M., Thompson W.L., Costantini-Ferrando M.F., Alpert N.M., Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain // *American Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 157.
- Lang E.V. Adjunctive hypnosis/relaxation in interventional and diagnostic procedures: clinical trials and outcomes // *Radiology / Lancet-related clinical literature*. — 1990–2000.
- Liébeault A.-A. *Hypnotic Suggestion and Psychotherapy (classical Nancy School texts in English translation)*. — London/New York: (various), 1890–1910-e.
- Loftus E.F. The reality of repressed memories // *American Psychologist*. — 1993. — Vol. 48, No. 5.
- Lynn S.J., Rhue J.W., editors. *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. — New York: Guilford Press, 1991.
- Lynn S.J., Kirsch I. *Essentials of Clinical Hypnosis: An Evidence-Based Approach*. — Washington, DC: American Psychological Association, 2010.
- McGeown W.J., Mazzoni G., Venneri A., Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity // *Consciousness and Cognition*. — 2009. — Vol. 18.
- Meares A. *A System of Medical Hypnosis*. — London: Baillière, Tindall & Cassell, 1960.
- Moll A. *Hypnotism*. — London: Walter Scott, 1890.
- Montgomery G.H., DuHamel K.N., Redd W.H. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. — 2000. — Vol. 48, No. 2.
- Nash M.R. The role of hypnotic susceptibility in clinical outcomes // *American Journal of Clinical Hypnosis*. — 1990–2010-e.
- Oakley D.A., Halligan P.W. Hypnotic suggestion: opportunities for cognitive neuroscience // *Nature Reviews Neuroscience*. — 2013. — Vol. 14, No. 8.
- Orne M.T. The nature of hypnosis: artifact and essence // *Journal of Abnormal and Social Psychology*. — 1959. — Vol. 58, No. 3.

- Patterson D.R. Clinical Hypnosis for Pain Control. — Washington, DC: American Psychological Association, 2010.
- Patterson D.R., Jensen M.P. Hypnosis and clinical pain // *Psychological Bulletin*. — 2003. — Vol. 129, No. 4.
- Rainville P., Hofbauer R.K., Bushnell M.C., Duncan G.H., Price D.D. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the experience of pain // (нейровизуализационные публикации Rainville/Bushnell). — 1997–2002.
- Raz A. Hypnosis in neuroscience and clinical contexts: attention, suggestion, and cognitive control // *Trends in Cognitive Sciences / Consciousness and Cognition*. — 2000–2010-e.
- Rossi E.L. The Psychobiology of Mind-Body Healing. — New York: W.W. Norton, 1986.
- Rossi E.L., Cheek D.B. Mind-Body Therapy: Methods of Ideodynamic Healing in Hypnosis. — New York: W.W. Norton, 1988.
- Schoenberger N.E. Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analytic review // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. — 2000. — Vol. 48, No. 2.
- Sheehan P.W., McConkey K.M. Hypnosis and Experience: The Exploration of Phenomena and Process. — Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
- Shor R.E., Orne E.C. Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1962.
- Shor R.E., Orne M.T., editors. Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives. — New York: Aldine, 1979.
- Spiegel H., Spiegel D. Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis. — 2nd ed. — Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2004.
- Spanos N.P. Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective. — Amherst, NY: Prometheus Books, 1991.
- Spanos N.P. A sociocognitive approach to hypnosis // In: Lynn S.J., Rhue J.W., editors. *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. — New York: Guilford Press, 1991.
- Terhune D.B., Cleeremans A., Raz A., Lynn S.J., editors. *Hypnosis and Meditation: Toward an Integrative Science of Conscious Planes*. — Oxford: Oxford University Press, 2017.
- Terhune D.B., Oakley D.A. Hypnosis and imagination: the neural basis of suggested experience // In: Jamieson G.A., editor. *Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective*. — Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Weitzenhoffer A.M. Hypnotism: An Objective Study in Suggestibility. — New York: Wiley, 1953.
- Weitzenhoffer A.M. The Practice of Hypnotism. — New York: Wiley, 2000.
- Weitzenhoffer A.M. Hypnosis: state or nonstate? // *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. — 2000.
- Whorwell P.J., Prior A., Faragher E.B. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome // *The Lancet*. — 1984. — Vol. 2.

- Whorwell P.J. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: a clinical review // (публикации группы Whorwell по gut-directed hypnotherapy). — Manchester, 1990–2010.
- Woody E.Z., Bowers K.S. A frontal assault on dissociated control // In: Lynn S.J., Rhue J.W., editors. Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives. — New York: Guilford Press, 1991.
- Yapko M.D. Trancework: An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis. — New York: Brunner/Mazel, 1990.
- Yapko M.D. Treating Depression with Hypnosis: Integrating Cognitive-Behavioral and Strategic Approaches. — New York: Brunner-Routledge, 2001.
- Yapko M.D. Hypnosis and Treating Depression: Applications in Clinical Practice // American Journal of Clinical Hypnosis. — 2000-e.
- Zeig J.K., editor. A Teaching Seminar with Milton H. Erickson. — New York: Brunner/Mazel, 1980.
- Zeig J.K., Munion W.M. Milton H. Erickson: A Teaching Seminar. — New York: Brunner/Mazel, 1975.
- Zeig J.K., Gilligan S.G., editors. Ericksonian Approaches: A Comprehensive Manual of Hypnotic Induction and Suggestion. — New York: (various), 1980–1990.
- Zarren J., Eimer B. Brief Cognitive Hypnosis: Facilitating Change Through the Power of Suggestion. — New York: Springer Publishing Company, 2001.

ЭКЗОСПЕКЦИЯ ПСИХИКИ

Искусственный интеллект как внешний наблюдатель психического состояния человека

Экзоспекция — новая парадигма в современной психиатрии. Она описывает возможность наблюдения психики извне, без искажений человеческого восприятия, опираясь на аналитические методы искусственного интеллекта, цифровые следы поведения и структурированные клинические данные.

Эта монография раскрывает теоретические основания экзоспективной диагностики, её инструменты, эпистемологию, клинические и экспертные приложения, а также практические алгоритмы интеграции AI-моделей в психиатрию, судебную экспертизу, психотерапию и исследовательскую работу.

Автор показывает, как искусственный интеллект способен повысить точность диагностики, стандартизировать экспертные решения и создать основы для объективного «внешнего зрения» на субъективную сферу — эмоции, мотивации, когнитивные и поведенческие паттерны.

Монография адресована клиническим психиатрам, судебным экспертам, психологам, специалистам по искусственному интеллекту и исследователям, которые стремятся соединить гуманитарную глубину анализа психики с технологическими возможностями XXI века.

Об авторе

Игорь Яковлевич Новицкий — психиатр, кандидат медицинских наук, клинический и судебный эксперт с более чем двадцатилетним стажем. Главный врач специализированной психиатрической клиники. Автор концепций экзоспекции психики, психкода, психпаспорта и проекта EmpathIQ — системы объективной AI-поддерживаемой психиатрической диагностики. В своей работе совмещает классическую психопатологию, современные методы цифрового анализа и подходы, направленные на повышение прозрачности, точности и воспроизводимости психиатрических решений.

ISBN 978-5-6054860-6-0



9 785605 486060 >