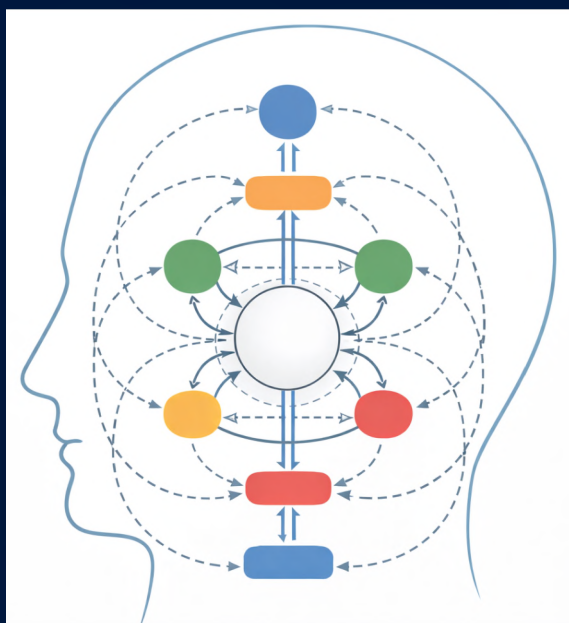


И.Я. НОВИЦКИЙ

**ПСИХИЧЕСКАЯ
СИСТЕМА:
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
МОДЕЛЬ ПСИХИКИ КАК СИСТЕМЫ**



ТОМ III

МОСКВА 2025

И.Я. НОВИЦКИЙ

**ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА:
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ
МОДЕЛЬ ПСИХИКИ КАК СИСТЕМЫ**

**МОСКВА
2025**

УДК 616.89
ББК 56.14
Н73

ISBN 978-5-6054860-3-9



Новицкий Игорь Яковлевич – КАНД. МЕД. НАУК, ГЛАВНЫЙ ВРАЧ КЛИНИКИ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ, СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРТ.

Н73 Психическая система: клинко-диагностическая модель психики как системы / И.Я. Новицкий – М., 2025. – 316 с.

В монографии предпринята попытка фундаментального пересмотра онтологических и методологических оснований современной психиатрии. Автор предлагает рассматривать психику не как совокупность симптомов, функций или нозологических единиц, а как целостную, многоуровневую и динамическую систему, обладающую собственной структурой, законами организации и механизмами саморегуляции.

В работе последовательно анализируются исторические модели психики, ограничения существующих классификаций (МКБ-10, МКБ-11), а также причины фрагментарности клинического знания. На этой основе вводится концепция психической системы, включающей уровни, подсистемы и типы связей, нарушение которых лежит в основе психопатологии. Особое внимание уделяется клинко-системному анализу психических расстройств, интерпретации психического статуса и анамнеза как отражений состояния и истории системы, а также терапии как процессу восстановления системной целостности.

Монография ориентирована на психиатров, клинических психологов, психотерапевтов, исследователей в области психических наук и всех специалистов, заинтересованных в создании более строгой, формализуемой и в то же время гуманистической модели понимания психики.

© Новицкий И.Я., 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА	4
ВВЕДЕНИЕ.....	8
Почему психика должна быть признана системой	8
Проблема отсутствия онтологии психики.....	11
Психопатология как наука без системы.	14
Как две предыдущие монографии подготовили основу.....	16
Цель и задачи настоящей книги.....	18
Научная новизна: введение понятия «Психическая система»	20
I ЧАСТЬ. ОНТОЛОГИЯ ПСИХИКИ.....	23
ГЛАВА 1. ИСТОРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПСИХИКИ	23
Философские традиции (Платон, Аристотель, Декарт, Кант, Гегель, феноменология).....	23
Психология XIX–XX вв. (Вундт, Джеймс, Выготский, когнитивисты)	25
Психиатрические модели (Крепелин, Ясперс, Леонгард, Блейлер, Бинсвангер)	26
Почему все модели описывают части, но не целое	29
Глава 2. Принципы системности в живых организмах	32
Понятие биологической системы	32
Эмерджентность, уровни, связи	34
Как психика соотносится с нервной системой	36
Почему психика не является «функцией», но является системой.....	37
Глава 3. Определение психической системы	40
Элементы.....	40
Структура	42
Функции	44
Динамика.....	47
Законы работы психической системы	50
Связь с личностью и сознанием	52
II ЧАСТЬ. СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ	55
Глава 4. Уровни психической системы.....	55
Сенсорный уровень	55
Эмоционально-аффективный уровень.....	58
Мотивационно-волевой уровень	66
Когнитивный уровень.....	78
Мнемический уровень.....	87
Личностный уровень	98
Сознательный уровень	106
Интегративный уровень	118
Глава 5. Подсистемы психики: принципы выделения	133
Феноменологические критерии подсистем психики.....	133
Нейропсихологические соответствия подсистем психики	134
Функциональные роли подсистем психики.....	137
Клиническая значимость подсистем психики	139

Глава 6. Связи внутри психической системы.....	143
Вертикальные связи.....	143
Горизонтальные связи.....	145
Интегративные связи (структура «Я»).....	149
Нарушения связности как основа психопатологии.....	153
III ЧАСТЬ. ФУНКЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.....	159
ГЛАВА 7. Переживание, познание, действие.....	159
Триада психических актов.....	159
Функции восприятия, мышления, эмоций, воли.....	161
Психическая системность в акте поведения.....	162
Феноменологическая структура сознания.....	164
Глава 8. Сознание как интегративная функция системы.....	167
Саморефлексия.....	167
Мысленный поток.....	169
Расстройства сознания при нарушениях системы.....	171
Глава 9. Память и биография как системное ядро личности.....	174
Ось, образующая историю личности.....	174
Как анамнез отражает строение системы.....	175
Роль прошлого в организации психики.....	177
IV ЧАСТЬ. ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.....	180
Глава 10. Развитие психической системы.....	180
Детско-подростковый возраст.....	180
Взросление.....	182
Психологическое созревание.....	185
Дисгармонии развития.....	187
Глава 11. Адаптация и стресс.....	190
Системные механизмы адаптации.....	190
Перегрузки, истощение, срывы.....	192
Психосоматические соответствия.....	194
Глава 12. Нарушения психической системы: клинико-системный анализ ..	197
Дефект уровня.....	197
Дефект связи.....	230
Дефект интеграции.....	240
Глава 13. Психический статус как отображение состояния системы.....	243
Психический статус как картирование уровней психической системы ..	244
Структурная логика психического статуса: от феноменологии к системной диагностике.....	246
Психический статус как отображение состояния подсистем и характера их нарушения.....	248
Структура психического статуса как системная карта уровней психики.	250
Системная интерпретация симптомов и формирование системного диагноза на основе психического статуса.....	253
Глава 14. Анамнез как отображение истории системы.....	255
Структура системного анализа анамнеза.....	256

V ЧАСТЬ. ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА И КЛИНИКА.....	259
Глава 15. Диагностика на основе модели психической системы.....	259
Системные маркеры	259
Анализ уровней и связей	261
Профили системных нарушений	263
Глава 16. Терапия как восстановление системной целостности	266
Принцип «центр — периферия».....	266
Узловые точки регуляции.....	267
Психотерапия как реструктуризация системы	271
Фармакотерапия как воздействие на уровни и связи	273
Какие методы можно создавать.....	276
VI ЧАСТЬ. ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА И БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ.....	278
Глава 17. Инструментальная системная психиатрия	278
Роль нейротехнологий.....	278
Биомаркеры уровней системы.....	280
Глава 18. Психическая система и искусственный интеллект	284
Теоретическое основание	284
Моделирование психической системы	286
Диагностика и прогнозирование в цифровой психиатрии	288
Глава 19. Психиатрия и обвинение в «ненаучности».....	290
Философская ошибка редукционизма	290
Возможна ли формальная наука о психике: от аксиом к законам психической системы.....	291
Визуализация психической системы: от абстрактной модели к графу	293
Табличная визуализация как строгая форма представления психической системы.....	299
Психический код личности: от системного графа к уникальному идентификатору.....	302
От визуальной модели к формальному психкоду.....	304
Аксиомы и законы психической системы: к формальной науке о психике	306
Глава 20. Новая онтология психиатрии	309
Системная психиатрия как новая научная дисциплина.....	309
Что изменится в диагностике, лечении, обучении	310
Заключение	313

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Осмысление психики как предмета научного исследования имеет многовековую историю, в которой философские, психологические и психиатрические подходы переплетались, сменяли друг друга, вступали в противоречия и нередко взаимно обогащали область знания. Однако при всём многообразии взглядов, теорий, школ и направлений острейшая методологическая проблема остаётся нерешённой до настоящего времени. Психика, являясь фундаментальным свойством живого организма и определяющей формой человеческого существования, так и не получила статуса системы в строгом научном смысле этого слова. Она изучалась через феномены, описывалась через процессы, классифицировалась через функции, но никогда не была представлена как целостное структурно-динамическое образование, обладающее внутренней организацией, уровнями, связями, закономерностями развития и патологическими формами нарушения.

Работая многие годы в клинической психиатрии и ежедневно наблюдая многообразие психических состояний, я всё более убеждался, что отсутствие системного подхода не позволяет нам полноценно понимать природу болезни, создавать инструментальные методы диагностики и добиваться точных, репродуцируемых результатов. Психиатрия традиционно строится как описательная дисциплина, где клиницист фиксирует явления, группирует их по синдромам, сопоставляет с нозологическими единицами и формулирует диагноз. Такая схема, сформированная ещё в конце XIX века и закреплённая в трудах Крепелина, сохраняется и сегодня, хотя биология, медицина, когнитивные науки и информационные технологии давно вышли на новый уровень системного анализа. В результате психиатрическая практика остаётся слишком зависимой от субъективного опыта специалиста, его личной школы, профессиональной традиции и клинической интуиции. Научная объективность, требующая строго определённых категорий, структурных моделей и однозначно воспроизводимых методик, оказывается недостижимой, пока сама психика не будет представлена как система.

Именно эта методологическая необходимость побудила меня обратиться к разработке концепции психической системы. Возникло стремление создать такую теоретическую конструкцию, которая позволила бы описывать психику не как набор разрозненных функций, а как иерархически организованное, структурно самостоятельное образование, обладающее собственными законами работы и нарушений. Принципиально важно, что речь идёт не о попытке очередной философской интерпретации или психологической модели, а о создании системной категории, сопоставимой по строгости с теми, что используются в других областях медицины. Сердечно-сосудистая, дыхательная, нервная, эндокринная системы обладают взаимосвязанными уровнями, функциями и механизмами регуляции. Психика, как продукт деятельности нервной системы и одновременно как её высшая форма организации, объективно требует аналогичного подхода, который позволит рассматривать её как систему, а не исключительно как процесс или свойство.

Концепция психической системы возникла также как ответ на практические трудности, стоящие перед современной психиатрией. Диагностика, несмотря на формальную стандартизацию в МКБ 10/11, остаётся во многом описательной. Инструментальная психиатрия, о возможности которой говорили многие исследователи ещё в середине XX века, так и не стала реальностью именно потому, что отсутствует модель, которую можно было бы положить в основу объективных методов. Приборы создаются под систему, а не под хаотичный набор феноменов. Чтобы психиатрия стала точной медицинской дисциплиной, требуется не только совершенствование технологий, но и фундаментальная теоретическая база, которая позволит связать биологические, психологические и клинические уровни в единую структуру.

Понимание психики как системы открывает совершенно иной взгляд на природу психических расстройств. Болезнь предстает не как набор симптомов, возникающих в результате дисфункции отдельных «функций», а как нарушение внутренней организации, уровней или связей психической системы. Такой подход делает возможным не только более точное диагностическое мышление, но и новый тип терапевтической стратегии, основанной на восстановлении системной целостности. В этой связи психотерапия и фармакотерапия, обычно рассматриваемые как разные и часто разобщённые технологии, обретают единое основание и могут быть интегрированы в общую модель регуляции психической системы.

Работа над концепцией психической системы стала для меня логическим продолжением двух предыдущих монографий — «Психического статуса» и «Анамнеза жизни и заболевания». Эти книги создавали фундамент: первая — феноменологический и клинический, вторая — биографический, динамический и контекстуальный. Однако они неизбежно выводили к вопросу о том, что психиатр должен исследовать не только состояние и историю психики, но и её устройство. Так возникла необходимость третьей книги, посвящённой структуре, функциям и законам психической системы как целостного образования.

Если рассматривать первую монографию как книгу о том, как психика проявляется в актуальном состоянии, а вторую — как книгу о том, как психика развивается, формируется и меняется во времени, то настоящая работа посвящена тому, что именно представляет собой психика как структурно организованное явление. В этом смысле третья монография замыкает трилогию и выводит психиатрию из описательной плоскости в область системного анализа, открывающего новые научные и практические горизонты. Создание понятия «психическая система» является попыткой предложить такую концептуальную рамку, в которой будет возможно соединить клиническую феноменологию, данные нейронаук, психологические теории личности и современные представления о сложных самоорганизующихся системах.

Необходимость систематизации психики обусловлена не только теоретическими, но и практическими причинами. Клинической психиатрии требуется модель, которая позволит врачу видеть не набор симптомов, а целостную структуру нарушений. Пациент предстаёт перед специалистом как сложный организм, в котором расстройство затрагивает разные уровни психической организации.

Однако доступных методологий анализа этих уровней катастрофически не хватает. Формальные критерии, представленные в международных классификациях, дают лишь внешнее описание болезненных состояний, не раскрывая их внутренних механизмов. В этой ситуации концепция психической системы становится инструментом, который позволяет мыслить о психической болезни не как о перечне феноменов, а как о сбое в системе, утрате связей, нарушении иерархии уровней или деформации центральных интегративных структур.

Разработка данной концепции неизбежно выводит психиатрию за пределы привычной парадигмы и приближает её к тем научным дисциплинам, в которых системное мышление уже давно стало основой теоретического прогресса. В биологии, физиологии, медицине, когнитивных науках и информатике системный подход позволил перейти от описания к моделированию, от наблюдения к прогнозированию, от субъективной оценки к математическим и инструментальным методам анализа. Психиатрия сегодня находится на рубеже схожего перехода. Ускоренное развитие нейровизуализации, вычислительных методов, искусственного интеллекта, анализа больших данных и психофизиологических технологий заставляет искать новые теоретические основания, которые смогут объединить разнородные уровни информации. Без такого основания эти технологии будут оставаться лишь вспомогательными инструментами, не приводящими к качественному научному прорыву.

Осмысление психики как системы позволяет сформулировать принципиально новую научную задачу — систематизацию психики. Это не попытка создать классификацию или схему, а работа по определению её структуры, элементов, уровней, функций, закономерностей, форм взаимодействия и механизмов нарушений. Иными словами, речь идёт о создании онтологии психики, которая будет служить фундаментом для клинического анализа, научных исследований и технологического развития. Такая задача выходит за рамки отдельной научной школы и относится к категории междисциплинарных проектов, в которых объединяются данные психиатрии, нейропсихологии, феноменологии, философии сознания, системной теории и компьютерных наук.

Создание понятия психической системы становится особенно актуальным в свете структурного и инструментального прорыва, который сегодня переживает мировая медицина. Процессы цифровизации, автоматизации и развития искусственного интеллекта постепенно охватывают все области клинической практики, включая психиатрию. Однако применение высокотехнологичных средств невозможно без ясного понимания того, какую именно структуру эти средства должны измерять, моделировать или анализировать. Невозможно создать прибор или алгоритм для психики, если не существует чёткого понимания того, что такое психика как объект. Создание модели психической системы позволяет сформировать теоретическую основу для будущей инструментальной психиатрии — дисциплины, в которой клиническая диагностика будет сочетаться с точными измерениями и алгоритмическими интерпретациями данных.

В этой связи третья монография является не только завершением трилогии, но и шагом в сторону нового направления в психиатрической науке.

Системная психиатрия может стать тем фундаментом, на котором будет строиться клиническая практика будущего — практика, основанная на объективных данных, моделях, предсказательных алгоритмах и интеграции биологических, психологических и феноменологических уровней знания. Эта книга представляет собой попытку очертить контуры такого подхода, предложить концептуальную модель психической системы и дать клиническому специалисту новый инструмент мышления, необходимый для понимания природы психического здоровья и болезни.

Настоящая монография не претендует на окончательное решение всех проблем, связанных с пониманием психики как системы. Скорее, она задаёт направление, формулирует основные принципы, очерчивает контуры будущей научной дисциплины, которая ещё только предстоит сформироваться. Важно подчеркнуть, что представляемая концепция не стремится заменить существующие подходы в психиатрии, психологии или философии. Напротив, она создаёт общую рамку, в которой эти подходы могут быть соединены, осмыслены и переработаны на новом уровне. Феноменология позволяет описать субъективное содержание психической жизни; нейронауки — биологические механизмы её обеспечения; психология — закономерности поведения и когнитивных процессов; психиатрия — клинические формы нарушений. Однако только системная модель способна объединить все эти уровни в единую структуру, в которой психика предстаёт как целостное, организованное и динамическое образование.

Эта книга обращена к широкому кругу специалистов: психиатрам, психотерапевтам, клиническим психологам, философам, исследователям сознания, нейробиологам, специалистам по искусственному интеллекту и системным аналитикам. Каждый из этих читателей найдёт здесь элементы, относящиеся к его профессиональной области, но одновременно сможет увидеть психику в её целостности, что редко удаётся в рамках традиционных дисциплинарных границ. Особое внимание уделяется клиническому аспекту, поскольку именно психиатрия наибольшей степени нуждается в системном подходе. Для врача понимание психики как системы позволяет иначе интерпретировать клиническую картину, точнее определять источник нарушений, выбирать более рациональную терапевтическую стратегию, понимать взаимосвязь феноменов и влиять на них с учётом их системной природы.

Монография построена таким образом, чтобы постепенно вести читателя от философских вопросов к клинической практике. Первая часть посвящена онтологии психики — вопросу о том, что представляет собой психика как целое. Вторая часть рассматривает её структуру, уровни и связи. Третья — функции психической системы и механизмы её работы. Четвёртая — динамику, развитие и нарушения. Пятая — клинические приложения системной модели, включая психический статус, анамнез и диагностику. Шестая — перспективы инструментальной и цифровой психиатрии, основанной на моделировании психической системы. Такой порядок изложения отражает движение от теории к практике, от структуры к функции, от понимания к действию.

Подготовка этой книги стала возможной благодаря многолетнему клиническому опыту, работе в области экспертной и общеклинической психиатрии, а также глубокому изучению философских, психологических и нейробиологических источников. Однако настоящая монография не является итогом, а скорее началом — началом системного подхода к психике, который предстоит развивать, уточнять, дополнять и проверять в клинической, научной и технологической практике. Надеюсь, что предложенная концепция станет основой для дальнейших исследований, дискуссий, междисциплинарного взаимодействия и разработки новых методов диагностики и терапии.

Создание понятия психической системы — это попытка по-новому взглянуть на психику, вернуть ей статус самостоятельного объекта исследования и одновременно приблизить психиатрию к уровню точных наук. Если психика действительно является системой, то она должна подчиняться определённым законам, иметь чёткую структуру, быть доступной для анализа, моделирования и инструментальной регистрации. Настоящая книга — шаг в направлении такой научной картины психики. Она является приглашением к совместной работе — работе, в которой участвуют клиницисты, учёные и технологии будущего.

ВВЕДЕНИЕ

Почему психика должна быть признана системой

Вопрос о том, является ли психика системой, на первый взгляд может показаться сугубо теоретическим. Однако в действительности он лежит в основании всей будущей психиатрии, поскольку определяет, что именно мы пытаемся понять, диагностировать и лечить. На протяжении долгого времени психика рассматривалась как нечто уникальное, неподдающееся строгому научному определению, либо как производная нервной деятельности, не имеющая собственных законов существования. В обоих случаях она оставалась феноменом, лишённым онтологического статуса, а психиатрия — дисциплиной, опирающейся преимущественно на наблюдение и описание. Между тем развитие биологии, когнитивной науки и общей теории систем позволяет утверждать, что психика не просто может быть рассмотрена как система, но должна быть признана таковой для построения современной научной модели психических процессов.

Идея системности психики опирается прежде всего на понимание того, что любые живые образования характеризуются упорядоченностью, целостностью, функциональной интеграцией и способностью к самоорганизации. Именно эти признаки выделяют сложные биологические системы, такие как сердечно-сосудистая, эндокринная или иммунная, каждая из которых состоит из множества элементов, связанных в единое целое и подчинённых общим законам функционирования. Нельзя понять работу сердца, описывая только мышечные клетки; невозможно изучать иммунитет, анализируя исключительно отдельные лимфоциты. Необходима модель, в которой элементы получают смысл через свою принадлежность системе. Подобным образом психика не может быть понята через набор функций, механизмов или процессов. Только при рассмотрении

её как целостной структуры становится возможным объяснение закономерностей поведения, эмоционального опыта, интеллектуальной деятельности и личностной организации.

Современные нейронауки демонстрируют, что психика не редуцируется к сумме нейронных процессов. Активность головного мозга проявляется как распределённая и функционально связанная, образующая устойчивые топологические конфигурации, которые определяют качество психических актов. Эти конфигурации нельзя понять исключительно в терминах отдельных зон или клеток; они возникают как эффекты взаимодействия множества элементов, образующих единое поле активности [1]. Психика в таком контексте предстаёт не следствием отдельных нейробиологических механизмов, а результатом системной организации взаимодействий. Именно этот факт подчёркивали отечественные нейропсихологи, указывая на системный характер высших психических функций и роль функциональных блоков мозга в обеспечении произвольной регуляции и сознания [2].

Если психика демонстрирует свойства, характерные для сложных систем, то признание её системой становится не гипотезой, а научной необходимостью. Это признание позволяет отказаться от фрагментарного подхода, который доминировал в течение столетий, и перейти к анализу целостных закономерностей. Психические явления всегда проявляются как интегрированные структуры — восприятие невозможно без памяти, эмоции неотделимы от когнитивных интерпретаций, действия немыслимы без мотивации. Попытки выделить «отдельные» психические функции в чистом виде оказываются вынужденными методологическими упрощениями, не отражающими реальности. Психика функционирует как одно целое, а любые её компоненты существуют лишь в рамках взаимосвязей, определяющих системное поведение.

В клинической практике это особенно очевидно. Психиатр редко сталкивается с нарушениями, затрагивающими изолированные функции. Даже такие, казалось бы, специфические симптомы, как бред или галлюцинации, возникают не изолированно, а в контексте изменения уровня сознания, эмоциональной насыщенности, мотивационных структур, памяти и восприятия времени. Нарушение одного уровня психики неизбежно вызывает изменения во всей системе, и именно системный характер клинической картины определяет её тяжесть, течение и прогноз. Психиатр вынужден мыслить системно, даже если теоретическая модель психики остаётся несформированной.

Таким образом, вопрос о системной природе психики становится не теоретической декларацией, а выводом, вытекающим из данных философии, нейронаук, психологии и клинической психиатрии. Психика должна быть признана системой, поскольку она обладает всеми признаками системности: целостностью, структурированностью, уровневой организацией, внутренней динамикой, закономерностями связи и интегративностью, проявляющейся в феномене сознания. Более того, признание психики системой является ключом к созданию новой научной модели психиатрии, в которой диагностика и лечение будут

основываться на анализе уровней, связей и механизмов нарушения целостности психической деятельности.

Признание психики системой позволяет уточнить её место среди других жизненных образований и определить те принципы, по которым она организована. В биологии давно известен закон: любое сложное образование формирует новый уровень реальности, обладающий качествами, не сводимыми к свойствам его элементов. Это положение, сформулированное как принцип эмерджентности, применимо и к психике, поскольку она проявляет качества, невозможные при анализе только нейронных или физиологических механизмов. Сознательное переживание, способность к значению, волевая регуляция, саморефлексия и личностная направленность не возникают как механическая сумма биологических процессов; они являются продуктом системной работы множества уровней психической организации [1].

В отечественной науке мысль о системном характере психики была выражена с особой силой. Психологические школы Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии рассматривали психические функции как динамические функциональные системы, включающие в себя сложные связи между мозговыми структурами, культурно обусловленными значениями и формами деятельности [2]. Лурия подчёркивал, что произвольные психические процессы не существуют сами по себе, но формируются как результат объединения нескольких функциональных блоков мозга, каждый из которых обеспечивает лишь часть общей деятельности [3]. В таком контексте психика предстает как система, объединяющая биологические, психологические и социальные элементы в единой архитектонике функционирования.

Современная системная биология и теория сложных динамических структур позволяют вывести эту мысль на новый уровень. Если рассматривать психику как систему, то необходимо учитывать её многослойную организацию — сенсорный уровень, эмоционально-аффективный слой, мотивационно-волевую структуру, когнитивные процессы, память, личностный уровень и сознание. Эти уровни не существуют независимо; они взаимно обусловлены и постоянно взаимодействуют. Их связь формирует ту самую целостность, которую клиницист наблюдает в практике, а исследователь пытается описать в теоретической модели. И если мы видим, что нарушение одного уровня (например, эмоционального) закономерно приводит к изменениям на когнитивном и волевом уровнях, то такая взаимность свидетельствует о системной природе психики.

Особое значение имеет вопрос о границах психической системы. Если признать её самостоятельной системой, то необходимо определить, что входит в неё как в целостное образование. Философия традиционно разводила понятия «душа», «сознание», «личность», «дух»; психология XIX–XX веков стремилась выделить специфические психические функции; психиатрия пришла к феноменологическим описаниям. Однако ни одна из этих дисциплин не создала онтологически цельной модели. Системный подход позволяет объединить разрозненные элементы в единую структуру, различая уровни, функции и связи, но не разрывая их искусственно. В этом заключается принципиальное отличие системной

концепции психики от прежних моделей, фокусировавшихся на отдельных аспектах человеческой психической реальности.

Важный аргумент в пользу системного характера психики — её способность к саморегуляции. Психика не только реагирует на внешние воздействия, но и активно поддерживает внутреннее равновесие, перерабатывает опыт, формирует смысловые структуры и осуществляет самоконтроль. Эти процессы аналогичны тем, что наблюдаются в других системах организма, таких как эндокринная или нервная, где функционирование определяется не внешним воздействием, а активным стремлением к сохранению собственной целостности. Психическое равновесие, его утрата и восстановление в ходе психотерапии или фармакотерапии также демонстрируют системные закономерности: изменение одного компонента системы приводит к перестройке всей её организации.

Таким образом, психика должна быть признана системой не только исходя из теоретических соображений, но и в силу практических данных клинической психиатрии, общей психологии, нейробиологии и философии. Все эти области знания сходятся на том, что психическая реальность обладает собственными законами, структурой и динамикой. Признание психики системой создаёт теоретическую основу для системной психиатрии, которая способна заменить традиционные описательные подходы и открыть путь к созданию инструментальных методов диагностики, моделированию психической деятельности и объективному пониманию психопатологии.

Список литературы

- [1] Бехтерева Н.П. О мозге человека. — Л.: Наука, 1988. — 284 с. — С. 41–56.
- [2] Выготский Л.С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2005. — 512 с. — С. 112–118.
- [3] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с. — С. 145–147.

Проблема отсутствия онтологии психики

Проблема отсутствия онтологии психики является одним из ключевых препятствий на пути развития современной психиатрии как строгой научной дисциплины. Несмотря на более чем двухтысячелетнюю историю размышлений о природе психического, до сих пор отсутствует общепринятая модель, описывающая психику как целостный объект с определёнными границами, структурой, уровнями и законами функционирования. Психика продолжает рассматриваться как набор отдельных процессов — когнитивных, эмоциональных, волевых, мотивационных, личностных, — но не как единая система, обладающая собственной онтологической структурой. Возникает парадокс: дисциплина, изучающая психические явления, не располагает определением того, что именно составляет предмет её изучения.

Традиционно психика описывалась либо в философских категориях, связанных с понятием души, сознания, духа, разума, либо в физиологических

терминах, связывающих психическую деятельность с нейронными механизмами. Однако ни одна из этих линий не создала целостного определения психической реальности. Философия сосредотачивалась либо на метафизической сущности психики, либо на её эпистемологической роли, но не формировала структурной модели. Физиология же, несмотря на огромный прогресс в исследовании мозга, ограничивалась попытками редукции психики к биологическим процессам, что неизбежно приводило к утрате именно того, что делает психику уникальным уровнем человеческого существования. Возникает методологический разрыв между психикой как субъективным переживанием и психикой как функциональной организацией, которая остается практически не описанной.

Отсутствие онтологии психики проявляется в том, что разные дисциплины используют одно и то же слово — «психика» для обозначения совершенно разных феноменов. Психология видит в ней совокупность процессов переработки информации; философия — форму внутреннего опыта; нейронаука — результат деятельности нервной системы; психиатрия — объект клинического наблюдения и диагностики; когнитивная наука — функциональную архитектуру поведения; психоанализ — динамическую структуру бессознательных и сознательных процессов. В результате психика становится понятием, перегруженным смыслом, но лишенным онтологической определённости. Она одновременно является и функцией, и переживанием, и процессом, и структурой, и эффектом нейронной деятельности, и личностным качеством. Такое многообразие подходов делает невозможным формирование общей научной модели.

В клинической практике отсутствие онтологии психики приводит к тому, что психические расстройства рассматриваются как набор симптомов, а не как нарушения структуры или динамики психической системы. Психиатрия оперирует понятиями «расстройство мышления», «расстройство эмоций», «расстройство воли», не имея определённого знания о том, к каким уровням или подсистемам психики относятся эти нарушения и как они взаимосвязаны. Диагностика в МКБ 10/11 строится на описании феноменов, а не на понимании структуры психики, что делает её инструментально ограниченной и в значительной степени субъективной. Психопатология оказывается фрагментарной: она хорошо описывает расстройства отдельных психических функций, но не может объяснить причины и закономерности их возникновения на уровне системы.

Этот разрыв между клинической реальностью и теоретическими моделями особенно заметен в тех случаях, когда психические нарушения носят характер системного распада. При острых психозах, депрессиях с нарушением витальности, тяжёлых тревожных расстройствах, диссоциативных состояниях наблюдается не просто искажение отдельных функций, но изменение всей организации психики. Однако отсутствует модель, которая позволила бы описать, что именно нарушается в системе, как деформируются связи между уровнями, как изменяется интегративная деятельность и почему клиническая картина формируется именно таким образом. Отсутствие онтологии психики означает отсутствие модели системы, в которой могут быть выделены структурные узлы, уровни и функции.

Особое значение имеет проблема границ психики. Современная наука не может ответить на вопрос, что именно входит в состав психического: ограничивается ли психика сознанием, включает ли она бессознательные процессы, охватывает ли личность как целостное образование или только её когнитивные и эмоциональные компоненты. Проблема бессознательного, поставленная З. Фрейдом и развиваемая К.Г. Юнгом, Э. Фроммом, отечественными школами глубинной психологии, остаётся нерешённой с точки зрения онтологии. Если бессознательное существует, то оно должно быть включено в структуру психики; если включено — необходимо понять, как оно связано с сознанием, каковы механизмы их взаимодействия и какими клиническими проявлениями это обусловлено. Отсутствие онтологического каркаса делает невозможным решение этих вопросов.

Проблема отсутствия онтологии психики усиливается влиянием множества парадигм, каждая из которых описывает психику под своим углом. Феноменологическая психиатрия Ясперса подчёркивала субъективный опыт [1], клиническая школа Крепелина стремилась к классификации симптомов [2], когнитивная психология — к анализу информационных процессов, психоанализ — к динамической структуре бессознательного. Все эти подходы по-своему ценны, но ни один из них не смог предложить цельную структуру психики как объекта. Психика в каждой парадигме получает только частичное описание, и ни одно из этих описаний не претендует на онтологическую полноту.

Отсутствие онтологии психики препятствует интеграции психиатрии с нейронауками, когнитивной наукой и искусственным интеллектом. Без понимания того, что представляет собой психическая система, невозможно моделировать её процессы, выделять уровни функционирования, искать биомаркеры и создавать инструментальные диагностические методы. Психика остаётся «слепым пятном» современной медицины: она признана существующей, изучена частично, описана фрагментарно, но не определена целостно.

Необходимость создания онтологии психики становится ключевой научной задачей современной психиатрии. Это позволит перейти от описания симптомов к пониманию структуры, от классификации феноменов — к модели системы, от эмпирии — к теоретически обоснованной клинической науке. Онтология психики должна определить её уровни, связи, функции, законы и границы. Она должна объяснить, как возникают психические процессы, как интегрируются в сознание, как формируется личность, как развивается система и каким образом она нарушается при психических расстройствах.

Таким образом, проблема отсутствия онтологии психики является не просто теоретическим недостатком, а фундаментальным препятствием для развития психиатрии как науки. Создание модели психической системы — попытка решить эту проблему и сформировать основу для новой научной парадигмы, в которой психика будет рассматриваться как целостное, структурированное и регулируемое образование, подчиняющееся определённым закономерностям.

Список литературы

- [1] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с. — С. 33–44.
- [2] Крепелин Э. Учебник психиатрии. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 864 с. — С. 12–19.
- [3] Лурия А.Р. Проблемы нейролингистики. — М.: Наука, 1975. — 256 с. — С. 21–28.

Психопатология как наука без системы.

Психопатология, несмотря на свою более чем столетнюю историю как научной дисциплины, по-прежнему остается наукой без системы, то есть областью знания, в которой накоплено огромное количество наблюдений, описаний и феноменологических характеристик, но отсутствует объединяющая их теоретическая структура. В отличие от других медицинских наук, где патология рассматривается как нарушение определённой системы органов или функций, психопатология до сих пор не располагает моделью психической системы, нарушение которой она должна описывать. Эта особенность делает психопатологию одновременно богатой эмпирическими данными и методологически неустойчивой, что отражается на диагностике, классификациях, клиническом мышлении и прогнозировании.

С момента становления современной психиатрии Э. Крепелином психические расстройства рассматривались как совокупности симптомов, объединяемые на основе их течения и исходов [1]. Его нозологический подход стал фундаментом дисциплины, однако в нём не было теории психики как целостного объекта. Крепелин создавал систему болезней, не имея системы психики, и этот исторический парадокс определил дальнейшее развитие психопатологии: предмет диагностики был определён, но невозможно было объяснить, что именно нарушается при тех или иных расстройствах. Психиатры описывали клинические картины, классифицировали признаки, выделяли синдромы, но не могли ответить на вопрос, какая структура психики лежит в основе этих нарушений.

В XX веке феноменологическая традиция, представленная прежде всего К. Ясперсом, сделала акцент на субъективном опыте пациента, на понимании внутренних связей переживаний, на описании способов бытия больного человека [2]. Ясперс подчёркивал, что психическое содержание никогда не существует вне смысла и не поддается простой физиологической редукции. Однако феноменологический подход, сохраняя достоинство глубокого описания внутреннего мира пациента, также не дал структурной модели психики. Он усилил понимание индивидуального опыта, но не создал основания для системной классификации психических нарушений. И в этом снова проявился общий тренд психопатологии: углубление описаний без построения онтологии.

Развитие клинической психопатологии в советской школе в работах П.Б. Ганнушкина, А.В. Снежневского, В.П. Протопопова привело к созданию более сложных, динамических моделей психических расстройств, в которых уделялось внимание типам течения, стадийности, структуре дефекта и закономерностям

развития болезни [3]. Однако и здесь исследования были направлены на структурирование болезненных феноменов, а не на построение модели самой психики. Психопатологи классифицировали нарушения мышления, эмоций, воли, сознания, но не могли опереться на научную модель, которая объясняла бы, как эти функции связаны между собой в норме и как именно распадается их организация при патологии. Психопатология оставалась дисциплиной о нарушениях функций, независимых друг от друга, и потому не могла объяснить механизмов перестройки психической целостности.

Современная психиатрия, опирающаяся на МКБ 10/11, сохраняет описательный характер. Эти классификации, являясь необходимыми для стандартизации диагностики, рассматривают психические расстройства как набор критериев, выявляемых в процессе клинического интервью. Однако критерии отражают лишь феноменологические признаки, а не системные механизмы. Диагноз становится результатом сопоставления наблюдаемых симптомов с текстом классификации, а не выводом из понимания того, какая часть психической системы нарушена и каким образом её дисфункция порождает клиническую картину. Отсутствие системной модели делает диагностику зависимой от субъективного опыта врача и контекста ситуации, что снижает её надёжность и воспроизводимость.

Сложность психопатологии как науки без системы проявляется прежде всего в том, что отсутствует единый язык описания психических нарушений. Нарушение мышления, например, описывается через множество феноменов — разорванность, резонёрство, ускорение, паралогичность, символизм, но не существует теоретической модели, которая объясняла бы, какой уровень психики нарушен, какие связи распадаются, каков механизм перехода от нормы к патологии. Аналогично, нарушения эмоционально-аффективной сферы — депрессии, мании, тревоги описываются феноменологически, но отсутствуют структурные модели аффективной регуляции в составе психической системы. Психопатология фиксирует последствия, но не объясняет механизмов, поскольку у неё отсутствует модель того, что именно нарушается.

Эта методологическая проблема отражается и на прогнозировании. Без понимания структуры психической системы невозможно объяснить, почему одна и та же клиническая картина у разных пациентов имеет различный исход, почему при одинаковой симптоматике у одних развивается стойкий дефект, а у других наступает полное восстановление. Не зная, какие уровни и связи нарушены, психиатр не может построить системную модель течения и предсказать возможные пути компенсации или декомпенсации.

Таким образом, психопатология остаётся наукой без системы, поскольку не располагает моделью психической системы, нарушение которой она должна изучать. Её описательные достижения значительны и бесспорны, но их невозможно объединить в единую теорию без создания онтологии психики. Психическая система — концепция, призванная заполнить этот методологический пробел, создав основу, на которой психопатология сможет стать не только описательной, но и объясняющей дисциплиной.

Список литературы

- [1] Крепелин Э. Учебник психиатрии. — М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. — 864 с. — С. 12–19.
- [2] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с. — С. 33–44.
- [3] Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статическая динамика. — М.: Биомедгиз, 1933. — 320 с. — С. 9–15.

Как две предыдущие монографии подготовили основу.

Создание данной монографии стало естественным продолжением работы, начатой в двух предыдущих книгах — «Психический статус» и «Анамнез жизни и заболевания». Эти труды, хотя и посвящены практическим аспектам психиатрической диагностики, по сути заложили теоретическую платформу для перехода к более фундаментальному уровню анализа, к вопросу о природе психики и необходимости её системного рассмотрения. Именно они позволили впервые очертить контуры модели, которую можно назвать психической системой.

Первая монография, посвящённая психическому статусу, была ориентирована на исследование актуального состояния психики. Она описывала психическую деятельность в её проявлениях «здесь и сейчас», в текущем функционировании когнитивных, эмоциональных, поведенческих и регуляторных процессов. Уже тогда становилось очевидно, что традиционное деление статуса на отдельные рубрики отражает скорее сложившуюся структуру психологических и психопатологических описаний, чем внутреннюю организацию психики как целостного феномена. Анализируя клиническую практику, можно было заметить, что изменения в одной рубрике статуса неизбежно затрагивают другие, но современная психиатрическая методология не предлагает теоретической модели, объясняющей, почему эти связи существуют. Например, нарушение аффективной регуляции почти всегда затрагивает мышление, волю, мотивацию, поведение, но механизм этих взаимодействий остаётся эмпирически фиксируемым, а не теоретически объяснённым.

В результате «Психический статус» фактически стал исследованием феноменологических проявлений того, что впоследствии приобрело название психической системы. Он показал, что психическое состояние пациента можно понимать как состояние определённой организации, обладающей уровневой структурой, внутренними связями, интегративной функцией и специфическими закономерностями работы. Однако эта организация в рамках первой монографии оставалась имплицитной. Она была видима через феномены, но не описана как структура.

Вторая монография, посвящённая анамнезу жизни и заболевания, продолжила эту линию в другом направлении: она сместила внимание с актуального состояния на историческое измерение психики. Анамнез раскрывал психическую динамику, биографию психики, последовательность её формирований,

кризисов, адаптаций и нарушений. Изучение анамнеза показало, что психика представляет собой не только набор функций, но и устойчивую развивающуюся структуру, имеющую собственные закономерности становления и перестройки. Именно в контексте анализа анамнеза стало очевидным, что психика не может пониматься как совокупность независимых модулей. Она проявляет себя как организм, имеющий историю, непрерывность, целостный контекст, а значит — как система.

Анамнез выявил, что нарушения психики всегда коренятся в той или иной форме системной дисгармонии: нарушении связей, нарушении интегративных механизмов, разрыве биографической линии, нарушении уровня регуляции или изменении системного центра. Психические расстройства оказываются проявлением не повреждения отдельной функции, но изменения в способе организации психической целостности. Это стало основным аргументом в пользу того, что психику необходимо рассматривать как систему, обладающую структурой, уровнями, связями и законами функционирования.

Объединяя подходы двух предыдущих монографий, можно сказать, что психический статус предоставил картину поперечного сечения психики — её актуального функционирования, тогда как анамнез предоставил её продольное сечение — историю развития её структуры. Две книги вместе создали своеобразную трёхмерную модель психической деятельности: пространственное распределение функций, временную динамику и их клиническую интерпретацию. Эти две стороны — состояние и история не существуют изолированно. Они являются выражениями работы одной и той же организации, обладающей как моментальным состоянием, так и биографией. Так становится очевидно, что психика не только функционирует, но и развивается как система.

Работа над первыми двумя монографиями сделала возможным переход к новой дисциплинарной задаче создать теоретическое описание психики как системы. Психический статус опирался на эмпирические феномены, которые требовали выявления структурного уровня объяснения. Анамнез, в свою очередь, показал, что психическую деятельность следует понимать как динамическую, саморазвивающуюся и самоорганизующуюся реальность. Эти две линии логически сошлись в одном фундаментальном вопросе: если психическое состояние и психическая история проявляются системно, то почему сама психика до сих пор не описана как система?

Таким образом, две предыдущие монографии подготовили основу для настоящей работы в трёх аспектах. Во-первых, они выявили необходимость системной модели, поскольку описательные подходы к психическому статусу и анамнезу оказываются недостаточными без структурного уровня анализа. Во-вторых, они показали наличие системы в самой клинической реальности, то есть доказали существование психической системы как эмпирического факта. В-третьих, они создали методологический инструмент для перехода от описания феноменов к построению онтологии психики, что и составляет основу данной монографии.

Настоящая книга является третьей частью логически единой трилогии. В ней впервые предпринимается попытка формализовать то, что было обнаружено в предыдущих исследованиях: психика действительно обладает свойствами системы. Она имеет уровни, связи, интегративные механизмы, структуру развития, принципы организации и специфические точки уязвимости. Описание этой системы становится необходимым шагом для нового этапа развития психиатрии, её перехода к объясняющей науке, основанной на теоретической модели, а не только на феноменологическом описании.

Цель и задачи настоящей книги

Настоящая книга ставит перед собой цель сформировать теоретическую модель психики как системы, обладающей собственной онтологией, структурой, уровнями организации, закономерностями функционирования и механизмами нарушений. Такая цель вытекает из внутренней логики развития психиатрического знания, которое на протяжении более чем ста лет продолжает оставаться дисциплиной, преимущественно основанной на феноменологическом описании и клинической типологии. Несмотря на значительное расширение нейробиологических, психологических, когнитивных и социологических исследований, психиатрия до сих пор не располагает единой универсальной моделью психики, которая позволила бы интегрировать эти данные в целостную научную систему. Психическая система должна стать таким интегративным концептом, объединяющим феноменологию, нейронауку, психопатологию, биографию и клиническую практику.

Цель данной монографии заключается не в том, чтобы предложить ещё одну теоретическую школу или психологическую концепцию, а в том, чтобы описать саму природу психики как целостного образования, которое проявляется в опыте, поведении, биографии и болезни. Отталкиваясь от клинического материала, накопленного психиатрической практикой, и опираясь на традиции отечественной психологии, феноменологической психиатрии и системного мышления, монография стремится сформировать модель, способную объяснить работу психики в норме и патологии, а также дать врачу инструмент постановки диагноза и понимания психической динамики на принципиально новом уровне.

Эта цель включает несколько взаимосвязанных задач. **Первая** из них заключается в необходимости определить место психики в ряду других систем человеческого организма. Традиционное представление, согласно которому психика является продуктом или функцией нервной системы, недостаточно, поскольку не отражает эмерджентных качеств психической деятельности. Нервная система обеспечивает материальный субстрат, но не объясняет структуру субъективного опыта, организации «Я», внутреннего времени, автопоэтических свойств личности. В связи с этим одной из ключевых задач становится выделение психики в качестве самостоятельной системы, обладающей собственными уровнями и механизмами, которые связаны, но не тождественны нейронной организации.

Вторая задача — формирование онтологии психики. Это означает необходимость определить, что составляет сущность психической системы, каковы её элементы, структуры, связи, интегративные центры и функции. Онтологический подход позволяет преодолеть описательную фрагментарность современной психопатологии, в которой отдельные феномены, такие как бред, депрессия, тревога или нарушения памяти, изучаются отдельно и не объединены общей теоретической рамкой. Онтология психики должна объяснить, почему эти феномены возникают, какие структуры системы они затрагивают и каким образом системные нарушения приводят к клиническим синдромам, описанным в МКБ 10/11.

Третья задача — создание структурной модели психической системы. В рамках данной монографии предполагается выделение уровней психики, подсистем, вертикальных и горизонтальных связей, а также интегративного уровня, обеспечивающего целостность «Я». Такая модель должна быть достаточно универсальной, чтобы включать в себя как данные феноменологии, так и результаты нейропсихологии, когнитивной науки и клинической психиатрии. Задача структурного анализа состоит в том, чтобы создать научную основу для понимания того, как функционирует психика в норме, и каким образом нарушения уровней или связей приводят к различным типам психических расстройств.

Четвёртая задача — разработка концепции динамики психической системы. Психика не является статической структурой; она изменяется в ходе развития, адаптации, стрессовых воздействий, когнитивных и эмоциональных нагрузок, а также в ходе формирования патологических процессов. Поэтому необходимо описать механизмы развития психической системы от детства до зрелости, принципы её адаптации к внешним и внутренним воздействиям, а также типологию системных нарушений, приводящих к расстройствам психической деятельности. Особое внимание уделяется тому, каким образом дефект уровня, дефект связи или дефект интеграции проявляются в клинической практике и соответствуют диагностическим рубрикам МКБ 10/11.

Пятая задача — применение модели психической системы в клинической практике. Одной из основных целей монографии является показать, каким образом психический статус и анамнез, подробно исследованные в двух предыдущих книгах, могут быть переосмыслены через призму системной модели. Психический статус выступает как диагностический инструмент, позволяющий оценить текущее состояние психической системы, а анамнез — как метод исследования её истории и динамики. Следовательно, системная модель позволяет врачу не просто описывать состояние пациента, но и понимать его внутреннюю организацию, системные уязвимости и механизмы нарушений.

Шестая задача — создание основы для будущего развития психиатрии. Поскольку данная монография вводит понятие психической системы как новой теоретической конструкции, она стремится сформировать основу для дальнейшей разработки инструментальной психиатрии, нейромоделирования, цифровой диагностики и системного анализа психической деятельности. Понимание системной природы психики открывает возможности для разработки новых

методов лечения, включая психотерапию, основанную на реструктуризации системы, и фармакотерапию, направленную на восстановление связей и уровней, а также применение искусственного интеллекта для моделирования системных процессов психики [3].

Таким образом, цель настоящей книги заключается в формировании целостной научной концепции психической системы, а её задачи охватывают определение онтологии психики, создание структурной и динамической модели, разработку клинических приложений и формирование теоретических оснований для будущего развития психиатрии. Эта монография стремится заложить фундамент для новой дисциплины — системной психиатрии и тем самым приблизить психиатрию к статусу строгой, теоретически обоснованной науки.

Научная новизна: введение понятия «Психическая система»

Научная новизна настоящей монографии заключается прежде всего в формулировании и обосновании нового концептуального понятия «Психическая система», представляющего собой целостную, структурированную, динамическую и автономную организацию психической деятельности человека. В то время как классическая психология и психиатрия сосредоточены на изучении отдельных проявлений психики — восприятия, мышления, эмоций, памяти, воли, личности и сознания, редко предпринимаются попытки рассмотреть психику как единый системный объект, обладающий интегральной природой, внутренней архитектурой и собственными законами функционирования. Понятие психической системы призвано восполнить это фундаментальное теоретическое упущение.

Новизна предлагаемой модели обусловлена несколькими обстоятельствами. Прежде всего, данная концепция рассматривает психику как самостоятельную систему, не сводимую ни к нервной системе, ни к совокупности психических процессов, ни к феноменологическому уровню субъективного опыта. В отличие от традиционных представлений о психике как «функции» или «проявлении» нервной системы, психическая система трактуется как надстроенная, эмерджентная организация, возникающая на основе биологического субстрата, но обладающая собственной структурой, уровнями и внутренними механизмами. Такой подход позволяет преодолеть редукционизм, характерный для некоторых направлений современной биологической психиатрии, и одновременно избежать излишней абстрактности, свойственной чисто философским моделям сознания.

Новизна заключается и в том, что впервые предпринимается попытка дать системное определение психики, аналогичное определениям других систем организма. В биологии хорошо разработанные концепции сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и эндокринной систем позволяют описывать их структуру, функции, уровни регуляции, патологические изменения. Однако психика до сих пор не была подведена под аналогичный системный подход. Психическая система в настоящей монографии вводится именно как такая недостающая система организма, обладающая не только физиологической основой, но и

структурой субъективного опыта, внутренними связями, интегративным центром и собственной историей, воплощённой в биографии человека. Это определение создаёт возможность рассматривать психические явления не как разрозненные феномены, а как закономерные проявления структурной организации системы.

Следующий аспект научной новизны состоит в разработке уровневой модели психической системы. Впервые предпринимается попытка представить психику как состоящую из взаимосвязанных уровней — сенсорного, эмоционально-аффективного, мотивационно-волевого, когнитивного, мнемического, личностного, сознательного и интегративного. Предлагаемая структура объединяет феноменологический подход, нейропсихологические данные, клинические наблюдения и современные представления о многослойной организации субъективного опыта. Новизна заключается в том, что уровни психики рассматриваются не как отдельные сферы, и тем более не как «психические функции» в традиционном психопатологическом смысле, а как взаимозависимые элементы единой системы, нарушение любого из которых изменяет работу всей структуры.

Научная новизна модели проявляется также в анализе внутренней связности психической системы. Впервые в рамках монографического исследования выдвигается положение о том, что нормальное психическое функционирование возможно только при сохранности вертикальных и горизонтальных связей между уровнями системы. Нарушение связей — один из ключевых механизмов формирования психопатологических синдромов. Это позволяет рассматривать традиционные клинические категории, описанные в МКБ 10/11, в свете системной логики: бред — как дефект интеграции, депрессия — как нарушение работы аффективного уровня и его вертикальных связей, тревога как сбой регуляторных контуров, а психоз как разрушение структур, обеспечивающих целостность «Я». Такой подход открывает перспективу системной психопатологии как новой научной дисциплины.

Важным источником новизны является и то, что монография соединяет феноменологический метод и современную системологию. Психическое явление трактуется как компонент системы, а психопатологический симптом — как проявление нарушения её уровня или связи. Это позволяет осмыслить богатый клинический материал отечественной и мировой психиатрии в рамках единой научной схемы. Соединение феноменологии, структурного анализа и системного подхода делает возможным новый взгляд на традиционные понятия: «сознание», «личность», «память», «воля» получают не только описательное, но и системное значение.

Отдельный элемент новизны связан с тем, что психическая система впервые рассматривается как объект моделирования. В контексте современных технологий, в особенности искусственного интеллекта, возникает возможность построения вычислительных моделей психической системы, позволяющих анализировать динамику уровней, предсказывать декомпенсации, выявлять индивидуальные системные профили пациента и разрабатывать новые методы диагностики. В этой связи идея психической системы становится теоретическим

основанием инструментальной системной психиатрии и цифровой платформы, закладывая фундамент будущего развития цифровой клинической психиатрии.

Наконец, научная новизна заключается в создании теоретической основы для новой онтологии психиатрии. Психическая система объединяет разрозненные элементы клинической практики — статус, анамнез, феноменологические описания, биографию, нейропсихологические данные в единую научную конструкцию. Такая теория способна трансформировать психиатрию из дисциплины, основанной на описании и классификации, в науку, обладающую собственной системой понятий, законами и методологией. Тем самым психиатрия получает шанс обрести теоретическую строгость, сравнимую с другими областями медицины.

Таким образом, научная новизна монографии заключается в введении понятия психической системы, разработке его структуры, уровневой и динамической модели, анализе механизмов нарушения, интеграции клинического материала и создании теоретической базы для новой дисциплины — системной психиатрии. Введение этого концепта открывает возможности, которые ранее не существовали в теории и практике: оно позволяет увидеть психику как организованное целое, объяснить закономерности её функционирования и создать предпосылки для нового этапа развития психиатрии.

І ЧАСТЬ. ОНТОЛОГИЯ ПСИХИКИ

ГЛАВА 1. ИСТОРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПСИХИКИ

Философские традиции (Платон, Аристотель, Декарт, Кант, Гегель, феноменология)

Понимание психики как особой реальности, обладающей внутренней структурой, принципами и динамикой, имеет длительную и сложную историю, восходящую к античной философии. Уже первые крупные мыслители Греции пытались осмыслить душу не просто как жизненное начало, но как систему способностей, стремлений и функций, определяющих внутреннюю организацию человека. В этом историческом контексте можно обнаружить истоки современных системных представлений о психике, хотя сами античные модели ещё не обладали понятийной строгостью, необходимой для формирования полноценной научной онтологии. Тем не менее именно они задали направление, которое позднее получило развитие в новоевропейской философии и психологии.

У Платона психика предстает как трехчленная структура, включающая разумную, яростную и вожделеющую части, каждая из которых обладает собственными функциями и стремлениями [1]. Эта модель, хотя и носит аксиологический характер, представляет собой первую попытку описать психику как внутренне дифференцированную систему, где различные элементы находятся в отношениях гармонии или конфликта. Платоновское понимание души как иерархического целого, в котором разум должен управлять низшими частями, одновременно создает предпосылки для последующего представления о вертикальной структуре психической жизни, в которой высшие функции интегрируют и регулируют деятельность нижележащих уровней.

Аристотелевская концепция души, изложенная в трактате «О душе», отличается гораздо большей стремленностью к биологичности и натурализму [2]. Для Аристотеля душа — форма живого тела, принцип его жизнедеятельности, включающий три уровня: растительный, животный и разумный. Хотя эта модель не является психологической в современном смысле, она вводит фундаментальное для системного подхода положение об уровнях организации. Каждый уровень обладает своими функциями и возможностями, но все они объединены общей формой и действуют как целостная система. Аристотель впервые вводит мысль о том, что психические функции не могут быть поняты в отрыве от телесной организации, что позднее станет важнейшим основанием для нейропсихологии и биологической психиатрии.

Ключевым шагом в развитии европейского понимания психики стало учение Р. Декарта, сформулировавшего дуализм *res cogitans* и *res extensa* [3]. Несмотря на то, что дуалистическая метафизика часто подвергалась критике, именно Декарт ввёл идею психической деятельности как автономной, внутренне организованной реальности, отличной от физических процессов. Его представление о сознании как ясного и отчетливого опыта, характеризующегося актами

мышления, стало основой для феноменологического метода и, в более поздней перспективе, для психологической интроспекции. В системном отношении Декарт важен тем, что впервые обозначил необходимость искать внутренний принцип организации психических актов, а не сводить их к физиологическим движениям.

Иммануил Кант, продолжая линию рационализма, предложил концепцию трансцендентального субъекта, которая оказала значительное влияние на современные модели психики [4]. Центральным элементом его учения является представление о синтетическом единстве апперцепции — внутреннем принципе, объединяющем отдельные впечатления и мысли в целостный опыт. По существу, Кант впервые вводит феномен интегративного уровня психики, не называя его так, но описывая механизм, обеспечивающий единство сознания. Его идея о том, что психическая деятельность организуется посредством априорных форм и категорий, привела к появлению представлений о когнитивных структурах как внутренней системе правил, управляющих опытом.

Гегелевская философия духа предлагает принципиально иную, историко-динамическую модель психики. Для Гегеля психика — это не объект, а процесс разворачивания духа, проходящий стадии субъективного, объективного и абсолютного духа [5]. Гегель подчеркивает, что внутренний мир человека развивается через противоречия и их снятие, что создает основу для понимания психики как диалектической системы. На этой почве сформировались многие идеи, позднее вошедшие в глубинную психологию, психоанализ и феноменологическую психопатологию. Гегелевская традиция важна тем, что она впервые дает модель психической жизни как целостного процесса, обладающего собственной логикой развития и собственными законами.

Особое значение для формирования современного подхода к психике имеют феноменологические идеи Э. Гуссерля и его последователей [6]. Феноменология трактует психическую жизнь как поток сознания, состоящий из интенциональных актов, каждый из которых направлен на предмет. Психика предстает здесь как структурированная целостность, где каждый акт соотносён с горизонтом опыта. Благодаря этому феноменология становится основой клинической психопатологии XX века, в особенности трудов К. Ясперса, Л. Бинсвангера и М. Босса, которые впервые применили феноменологический метод к анализу психических заболеваний. Феноменология вносит в понимание психики идею структуры опыта, непрерывности сознательных актов и их внутренней связи, что делает её одним из важнейших философских источников для будущего системного анализа психики.

Таким образом, исторические философские модели, несмотря на различия, постепенно формировали представление о психике как сложной, многослойной и внутренне организованной реальности. Каждый этап — от платоновской трёхчастности до феноменологического анализа сознания добавлял новый элемент, который позже станет необходимым для построения концепции психической системы: уровни, интеграция, динамика, структура субъективного опыта, целостность, автономия и внутренние связи. Однако ни одна из этих моделей не

предложила системного определения психики, что и обусловило необходимость разработки новой онтологии, представленной в настоящей монографии.

Психология XIX–XX вв. (Вундт, Джеймс, Выготский, когнитивисты)

Переход от классической философии к научной психологии XIX–XX веков стал поворотным моментом в истории понимания психики. Если философские модели стремились к концептуальной целостности, психологическая наука внесла принципиально иной акцент: психика была поставлена в рамки экспериментального и клинического исследования, что позволило по-новому рассмотреть её структуру, функции и механизмы. Именно в этот период появляются первые попытки эмпирического анализа психической деятельности как сложной системы, хотя сами авторы ещё не использовали системный язык. Тем не менее именно психологическая мысль XIX–XX столетий сформировала фундамент того, что сегодня может быть названо прото-системной психологией — областью, где исследование психики сочетает психофизиологию, интроспекцию, социальные влияния и анализ поведения.

Одним из ключевых основателей научной психологии был Вильгельм Вундт, создавший в Лейпциге первую психологическую лабораторию и впервые определивший психологию как экспериментальную дисциплину [1]. Вундт рассматривал психические процессы как элементарные акты сознания, поддающиеся наблюдению с помощью контролируемой интроспекции. Однако в отличие от картезианской традиции, которая стремилась к фиксации ясных и отчётливых идей, Вундт подчеркивал динамику сознательных актов, их протекание во времени и зависимость от физиологических процессов. Он выделял апперцепцию как активный процесс интеграции впечатлений, что делает его подход родственным кантовскому учению о синтетическом единстве опыта. Это важно для будущей системной концепции психики, поскольку показывает, что уже в ранней психологии сознание понимается как активный механизм, преобразующий поступающие сигналы в целостные структуры.

Американская функциональная психология, представленная Уильямом Джеймсом, предложила иную перспективу, в которой психика предстает не как совокупность элементов, а как непрерывный поток сознания, направленный на адаптацию и действие [2]. Джеймс описывал сознание как «течение», в котором нет устойчивых атомов опыта, а есть постоянные переходы, связки и отношения. Психика в этой модели ближе всего к живой системе: она пластична, подвижна и ориентирована на достижение целей. Особое место в его теории занимает воля, через которую человек может направлять свою деятельность, и эмоции, рассматриваемые как результат телесных изменений. Несмотря на кажущуюся дистанцию от строгих системных категорий, Джеймс фактически вводит понятие психической саморегуляции, подчёркивая, что человек способен изменять собственное психологическое состояние через действие. Эта идея станет основой целого направления — когнитивно-поведенческой терапии, использующей именно системные механизмы обратной связи.

Решающим шагом к пониманию психики как системы стало культурно-историческое направление отечественной психологии, прежде всего работы Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева и А.Р. Лурии [3]. В их трудах психические функции рассматриваются как динамические образования, возникающие в результате интериоризации внешних форм деятельности и речевых структур. Выготский подчёркивал, что высшие психические функции — это не биологически заданные механизмы, а культурно сформированные системы, организованные через знаки и социальные взаимодействия. В этой модели психика впервые получает чёткое системное определение: она состоит из функциональных блоков, которые взаимодействуют, перестраиваются и образуют сложные структуры. Леонтьев дополнил эту концепцию деятельностным подходом, введя идею мотивационно-целевой организации психики, а Лурия показал нейропсихологическую основу этих систем, выявив, как различные области мозга объединяются в функциональные ансамбли, обеспечивающие произвольные формы поведения.

Таким образом, отечественная психологическая школа впервые совместила феноменологический, нейрофизиологический и культурно-социальный уровни описания, тем самым создав модель психики, наиболее приближенную к системному пониманию. Эта модель демонстрирует, что психика — не сумма отдельных функций, а многоуровневая структура, включающая восприятие, память, речь, мышление, эмоции, мотивацию и личностные образования, соединённые в единое целое посредством смыслов и деятельности.

К середине XX века складывается когнитивная психология, которая делает исходным пунктом анализа внутренние ментальные структуры и процессы переработки информации [4]. Когнитивисты рассматривают психику как информационную систему: в ней выделяются входы, внутренние представления, операции, схемы и выходы — структура, близкая к системно-кибернетическим моделям. Понятие когнитивной схемы, разработанное Ф. Бартлеттом и подкреплённое исследованиями памяти, показывает, что психика организует опыт через устойчивые внутренние структуры, которые направляют восприятие и поведение. Позднее, с развитием когнитивной науки, психологические модели начинают сочетать данные нейробиологии, лингвистики и теории вычисления, что ещё более сближает когнитивизм с системным подходом.

Эти направления, несмотря на различия, имеют общую черту: все они рассматривают психику не как пассивное отражение, а как активную, самоорганизующуюся и целно функционирующую структуру. Психология XIX–XX вв. впервые вводит такие ключевые элементы будущей системной модели, как динамика, многослойность, активность, интеграция, обратная связь, культурное опосредование и значимость контекста. Однако ни одно направление не сформировало завершённой онтологии психики, что, в конечном итоге, подготовило почву для формирования новой — системной — концепции, предлагаемой в настоящей монографии.

Психиатрические модели (Крепелин, Ясперс, Леонгард, Блейлер, Бинсвангер)

Развитие психиатрической науки в конце XIX — середине XX века оказало решающее влияние на формирование современного представления о психике. Именно в психиатрии впервые была предпринята попытка рассматривать психические расстройства как проявления объективных, закономерно функционирующих структур, что придало психике статус потенциально исследуемой системы. Однако в разных научных школах возникли принципиально различные модели: биологическая нозология, феноменология, типологический подход, структурный анализ личности и экзистенциально-гуманистическая перспектива. Каждая из них, по-своему, исследует отдельный аспект психической реальности, но ни одна не создает цельной онтологии психики. Именно это напряжение между частными моделями и отсутствием целостности и приводит нас к необходимости системного подхода, предлагаемого в монографии.

Биологическая школа Эмиля Крепелина стала первым фундаментальным проектом классификации психических расстройств, основанным на их клинической картине, динамике и прогнозе [1]. Крепелин исходил из представления о том, что психические заболевания обладают наследуемыми биологическими основаниями, а их проявления формируются на уровне органической патологии. Это положение, хотя и соответствовало уровню знаний своего времени, стало ключевым моментом в разделении психиатрии на две плоскости: психическую феноменологию и биологический субстрат. Внедрив понятие «эндогенных психозов», он фактически противопоставил расстройства внешним влияниям и тем самым создал предпосылки для иерархического видения психических функций. Однако крепелиновская модель, описывая психозы как устойчивые нозологические единицы, не давала объяснения внутренней организации психических процессов вне патологии. Крепелин создал систематику заболеваний, но не систему психики.

Карл Ясперс, один из наиболее влиятельных мыслителей европейской психиатрии XX века, предложил совершенно иную парадигму, основанную на феноменологическом анализе переживаний [2]. В «Общей психопатологии» он развернул систему понятий, описывающих субъективный опыт: понимание, объяснение, каузальность, смысл, связь переживаний. Он различал процессы, подлежащие объяснению, и переживания, доступные пониманию. Это дуалистическое разделение приближало психиатрию к философии, но одновременно препятствовало созданию единой онтологии психики: процессы и смыслы оказываются разведены по разным эпистемологическим полям. Тем не менее Ясперс впервые предложил рассматривать психические феномены как элементы структуры: галлюцинации, бредовые идеи, нарушения аффективности и сознания — все они описаны им как закономерные формы переживания. Феноменологический метод фактически стал первым шагом к системной феноменологии психики, но Ясперс отказался от создания целостной модели, считая это невозможным по самой природе духа.

Эйген Блейлер развил идеи Крепелина, но предложил новый принцип — психическая структура как образование с внутренними связями [3]. Центральным в его концепции стала «шизофреническая четверка» — аутизм,

расстройство ассоциаций, аффективная неадекватность и амбивалентность. Блейлер подчеркивал, что расстройства мышления возникают не как разрушение отдельных функций, а как нарушение связей между ними, что значительно ближе к системной логике. Он видел психику как сеть ассоциаций, а патологию — как сбой в этих связях. Несмотря на это, его модель оставалась в рамках описательной психопатологии, не создавая универсальной теории психической целостности. Однако именно Блейлер заложил важнейший принцип: психическая деятельность дезорганизуется не из-за нарушения единичных функций, а вследствие системных дефектов интеграции.

Карл Леонгард развил атипическую ветвь психиатрии, сосредоточив внимание на типологии личности и характерологических акцентуациях [4]. Его подход представляет собой попытку упорядочивания психических структур по типам, исходя из преобладающих эмоциональных, волевых и когнитивных компонентов. Модель Леонгарда важна тем, что она демонстрирует: личность — структурный компонент психики, обладающий устойчивостью и внутренней логикой. Его типология показывает, что человеческая психика имеет стабильные конфигурации, которые могут быть описаны через параметры реагирования, устойчивости, поведения. Но типологическая модель, несмотря на её глубину, остается поверхностной по отношению к онтологии психики: она описывает устойчивые варианты, однако не объясняет структуру психической системы как таковой.

Людвиг Бинсвангер, представитель экзистенциально-аналитической психиатрии, предложил рассматривать психику через призму бытия-в-мире, акцентируя роль личностного смысла и свободы [5]. Его анализ психопатологии строится на понимании искажений экзистенциальных структур, таких как пространство, время, отношение к другим, открытость миру. Бинсвангер утверждал, что психические расстройства возникают как нарушения отношения человека к миру, то есть как сбои в фундаментальной структуре существования. Этот подход впервые сделал личность центральной категорией психиатрии. Однако феноменологический характер анализа вновь оставил психику без объективной, операциональной структуры. Бинсвангер описывает целостность, но не формализует её.

Сопоставление этих направлений показывает, что психиатрия XX века фактически исследовала психику по четырём измерениям: биологическому, феноменологическому, структурному и экзистенциальному. Крепелин описал закономерности биологической динамики, Ясперс — структуру переживаний, Блейлер — связь функций, Леонгард — устойчивые конфигурации личности, Бинсвангер — экзистенциальную архитектонику. Каждая из этих моделей схватывает важный аспект психического, но ни одна не объединяет их в целое. Психика остаётся множеством описаний, а психиатрия — множеством разрозненных концепций.

В результате возникает особая ситуация: психиатрия обладает огромным опытом клинического наблюдения, богатейшей описательной традицией, но не имеет единой онтологии психики. Именно по этой причине она не стала строгой наукой в смысле физики или биологии. Настоящая монография стремится

восполнить этот пробел, предложив модель психической системы, которая объединяет феноменологию, биологию, когнитивные и личностные структуры, динамику развития и клинику. Только на системном уровне возможно синтезировать эти многочисленные частные модели в новую целостную науку о психике.

Почему все модели описывают части, но не целое

История изучения психики на протяжении более чем двух тысячелетий демонстрирует одну устойчивую закономерность: каждая эпоха, каждая научная школа и каждая исследовательская традиция стремились ухватить какую-то часть психического, но ни одна не смогла построить модель, охватывающую психику как целостность. Это удивительное явление, поскольку в биологии, физиологии и медицине давно существуют интегральные представления о системах организма, тогда как психика, обладая не меньшей сложностью, так и остается совокупностью фрагментарных описаний. Причины этой фрагментации лежат не только в методологических ограничениях, но и в самой эпистемологии психических явлений.

Первая причина заключается в том, что психика как объект исследования находится сразу в двух онтологических плоскостях: она принадлежит и телу, и сознанию. Физиология стремится объяснить психическое через нервную ткань, тогда как философия — через сознание, свободу и смысл. Эти два поля редко соединяются в единую конструкцию. Философские модели описывают структуру мыслей, чувств, переживаний, но оказываются беспомощны в объяснении биологической природы психических актов. Физиологические модели объясняют мозговые процессы, но не способны вывести из нейронной активности феномен субъективного переживания. Поэтому философия описывает форму, физиология — субстрат, но ни одна не описывает систему.

Вторая причина фрагментарности заключается в методологической замкнутости научных школ. Каждая школа создавалась как завершённый проект: Аристотель рассматривал душу через функции, Декарт через субстанцию, Кант через априорные формы сознания, феноменологи через структуру переживания. В психологии Вундт анализировал элементы сознания, Джеймс — поток сознания, бихевиористы — внешнее поведение, когнитивисты — информационные процессы. Эти модели не противоречат друг другу, но описывают разные уровни психической организации. Однако поскольку каждая школа формировала свою собственную методологию, между ними не возникало общей конструкции, которая могла бы объединить знания разных уровней в единую систему.

Третья причина состоит в том, что психиатрия как область науки изначально развивалась в рамках клинической практики, а не теоретической системности. Крепелин и его последователи были заняты классификацией расстройств, а не построением онтологии психики. Они описывали нарушения, но не структуру здоровья. Феноменология Ясперса анализировала переживания, но отрицала возможность их объективной интеграции в систему. Блейлер подчеркивал роль связей, но не создал модель связей в норме. Леонгард описывал личностные

типы, но не объяснял природу самой личности. Таким образом, психиатрия, обладая огромным фактическим материалом, никогда не имела единой теории психической целостности. Она была нозологической, феноменологической, типологической, но не системной наукой.

Четвертая причина связана с принципиальной сложностью психической организации, которая не укладывается в простые линейные модели. Психика — это не сумма отдельных функций, а сложная иерархическая структура, включающая сенсорные, аффективные, когнитивные, волевые, личностные и сознательные компоненты. Эти компоненты взаимодействуют нелинейно, образуя функциональные ансамбли, которые меняются в зависимости от контекста, опыта, состояния организма, биографии и личности. Традиционные модели описывают либо отдельные уровни, либо отдельные функции, либо отдельные типы связи, но не видят психического пространства как многослойной и одновременно единой структуры. Системность психики проявляется только на уровне интеграции, а не на уровне изолированных функций. Именно поэтому все попытки описать психику как сумму элементов были обречены на фрагментарность.

Пятая причина заключается в том, что психика обладает свойствами, которые присущи только сложным живым системам: самоорганизация, самореференция, способность к порождению смыслов, пластичность, вариативность, динамическая перестройка. Эти свойства трудно формализовать без системного подхода. Психика изменяется непрерывно, а ее элементы постоянно перестраивают свои связи в зависимости от опыта, эмоций, обстоятельств. В такой структуре невозможно выделить неизменные «атомы психики», поскольку любой элемент существует только в сети отношений. Классическая наука стремилась выделить элементы, но психика — это, прежде всего, связи. Следовательно, попытка описать психику как набор функций или феноменов неизбежно приводила к неполноте. Только системный подход способен учитывать сложность связей, уровней и динамики психической реальности.

Шестая причина — отсутствие интеграции между нормой и патологией. В отличие от физиологии, где норма и патология описываются в рамках единой теории, психиатрия и психология развивались отдельно. Психология изучала норму, психиатрия — патологию, и эти два поля почти не взаимодействовали. Психология анализировала память, мышление и эмоции, но не рассматривала их нарушения. Психиатрия описывала галлюцинации, бред, аффективные расстройства, но не включала их в общую модель психической деятельности. В результате психика так и осталась феноменологически богатой, но теоретически не объединённой областью. Отсутствие целостной онтологии стало главным препятствием для развития строгой психиатрической науки.

Седьмая причина — невозможность до настоящего времени построить универсальную модель, которая включала бы биологический субстрат, феноменологическое содержание и клиническую динамику. Психика существует одновременно как функция мозга, как личностная структура и как динамическая система переживаний. Для науки XIX–XX веков объединить эти поля было невозможно: не было инструментов, способных моделировать сложные системы.

Однако сейчас, в эпоху системной биологии, когнитивной науки, нейросетевых моделей и искусственного интеллекта, появилась возможность впервые создать теорию психической системы, которая объединяет все уровни психической реальности. Эта монография является шагом в направлении такой интеграции.

Именно по этим причинам все предыдущие модели психики описывали отдельные части, но не давали целостной картины. Психика предстает перед нами как единый организм, который невозможно свести ни к переживанию, ни к функции, ни к биологическому субстрату. Она является системой по своей природе, и только системный подход способен восстановить ее целостность, объяснить закономерности её внутренней организации и привести психиатрию к новому уровню научности. Создание теории психической системы становится не просто исследовательской задачей, но необходимым этапом развития всей науки о психическом.

Глава 2. Принципы системности в живых организмах

Понятие биологической системы

Современное понимание живого организма как системы сформировалось на стыке биологии, физиологии, кибернетики и общей теории систем. Однако сама идея системности была присутствующей в естествознании задолго до её формального оформления. Уже древние врачи и философы отмечали, что организм не является простой совокупностью органов, но представляет собой нечто большее, чем сумму отдельных частей. Эта интуиция легла в основу современной системной биологии, согласно которой живое рассматривается как целостная, самоорганизующаяся, иерархически упорядоченная структура, обладающая внутренней логикой функционирования.

Понятие биологической системы означает, что организм существует как целое, в котором элементы не только выполняют собственные функции, но и определяют друг друга, образуя сеть взаимосвязей. Отдельный орган не может быть понят вне его роли в общем функционировании организма. Сердце не существует без системы кровообращения, нейрон не существует вне сети, а эндокринная железа не может быть описана без её влияния на метаболизм, поведение и психоэмоциональное состояние человека. В биологии давно признано, что любой элемент системы приобретает смысл только в контексте целого. Эта фундаментальная идея впервые была сформулирована Л. фон Берталанфи в его общей теории систем, которая показала, что организмы функционируют как открытые системы, постоянно обменивающиеся энергией и информацией с окружением [1].

Организм как система обладает иерархической организацией. На нижнем уровне находятся молекулярные процессы, которые сами образуют более крупные комплексы — клетки, ткани, органы, функциональные системы и, наконец, целостный организм. На каждом уровне действуют собственные законы, а в совокупности их взаимодействие образует единую динамику. Эта иерархия не является механической пирамидой; она построена на принципе эмерджентности, согласно которому новые свойства возникают не на уровне отдельных элементов, а на уровне их взаимодействий. Так, сознание нельзя объяснить свойствами одиночного нейрона, а иммунную реакцию невозможно понять только через свойства отдельной клетки крови. Эмерджентные свойства — это ключевой критерий сложной системы, и психика, как высший уровень организации живого, полностью соответствует этому принципу.

Биологическая система обладает способностью к саморегуляции. Благодаря механизму обратных связей она постоянно удерживает внутреннее равновесие — гомеостаз — несмотря на изменения внешней среды. Это означает, что система не является статической: она динамически стабилизируется, мобилизует ресурсы, перераспределяет энергию и изменяет функциональные связи в зависимости от требований ситуации. Нервная система, эндокринная система, иммунитет — все они действуют по принципу сложных регуляторных контуров,

направленных на сохранение целостности организма. Эта регуляторная логика является системной по своей сути: она охватывает и отдельные элементы, и их взаимодействия. Психика, рассматриваемая как часть организма и одновременно надстройка над ним, функционирует по аналогичным принципам динамического равновесия.

Особенностью биологических систем является их открытость и зависимость от среды. Организм непрерывно обменивается веществами, энергией и информацией с окружением. Этот обмен определяет его структуру и функции. Психика в этом отношении является высшим уровнем открытой системы, поскольку именно через психическую деятельность человек вступает в наиболее сложное взаимодействие со средой — символическое, эмоциональное, социальное и смысловое. Поэтому включённость в контекст является фундаментальным свойством психики. Как биологическая система не может быть понята вне экологии, так психическая система не может быть понята вне биографии, межличностных связей, культурной среды.

Биологическая система обладает также свойством самоорганизации. Это означает, что структура системы не задаётся извне, а формируется в процессе её функционирования. В живой природе структура возникает как результат истории — развития, опыта, адаптации. Психика в наибольшей степени отражает этот принцип: она формируется как результат взаимодействия наследственности, среды, опыта и собственной активности субъекта. В отличие от большинства физиологических систем, психическая система обладает способностью изменять свою собственную структуру — посредством обучения, рефлексии, внутреннего диалога, смыслообразования. Это делает психику уникальной биологической системой, обладающей одновременно высокой пластичностью и высокой устойчивостью.

Наконец, биологические системы отличаются тем, что внутри них связь между элементами важнее, чем сами элементы. Эта идея была особенно развита в отечественной физиологии, в частности в работах П.К. Анохина, который рассматривал функциональные системы как динамические образования, определяемые результатом действия, а не фиксированной структурой [2]. Психика полностью соответствует этому принципу: её структуры трудно выделить как стабильные анатомические или функциональные модули, однако её динамические связи определяют всё — от восприятия до личности. Именно связи, а не элементы, являются основным носителем психической системности, что становится ключевым логическим переходом к построению модели психической системы.

Таким образом, понятие биологической системы создаёт теоретический фундамент для понимания психики как высшей формы системной организации живого. Оно показывает, что психика не может быть сведена ни к функции, ни к структуре, ни к сознанию, ни к поведению. Она представляет собой сложный, многоуровневый организм, включённый в биологическую, психологическую и социальную реальность. Поэтому системный подход становится не просто методологией, но единственно возможной научной платформой для построения целостной онтологии психики. Понимание биологической системности является

отправной точкой для перехода к разработке модели психической системы, которая объединит уровни, связи, функции и динамику психической реальности в единую теоретическую конструкцию.

Список литературы

- [1] Берталанфи Л. фон. Общая теория систем. — М.: Прогресс, 1969. — 296 с.
- [2] Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 424 с.

Эмерджентность, уровни, связи

Проблема описания живых организмов неизбежно приводит к категории эмерджентности фундаментальному свойству сложных систем, при котором целое обладает новыми качествами, отсутствующими у отдельных элементов. В биологии этот принцип был осмыслен значительно позже, чем в философии, хотя его корни восходят к идеям античных мыслителей о том, что живое не может быть понято путем разложения на части. В современной науке впервые последовательное описание эмерджентности было дано в общей теории систем Л. фон Берталанфи, который показал, что организмы образуют иерархически структурированные комплексы, внутри которых возникают новые уровни организации, не сводимые к сумме элементов [1].

В отечественной физиологии аналогичные идеи были развиты в теории функциональных систем П. К. Анохина, который рассматривал организм как динамическую многоуровневую архитектуру целенаправленных механизмов, объединённых общим результатом [2]. Уже у Анохина проявлялось понимание того, что в биологических системах невозможно выделить «главный» или «ведущий» уровень: каждый компонент функционирует в координации с другими, а возникающие свойства определяются характером их взаимосвязей, а не автономной активностью отдельных структур.

Эмерджентность в живых системах проявляется особенно отчётливо в переходах между уровнями организации. Молекулы образуют клетки, клетки — ткани, ткани — органы, органы — функциональные системы, и каждая ступень создаёт качественно новые свойства, отсутствующие на нижней. Известный биологический принцип «большее — не сумма меньшего» приобретает строгий научный смысл, когда применяется к функционированию организма как целостности. Так, нервная система как совокупность нейронов имеет свойства, которые невозможно предсказать из свойств каждого нейрона. Сознание как высший интегративный продукт психической деятельности представляет собой ещё более яркое проявление эмерджентности, поскольку оно не обнаруживается ни в одиночном нейроне, ни в локальных сетях, а возникает только при достижении определённого уровня сложности и интеграции связей внутри системы [1].

Отдельное значение имеет понятие уровней организации. В биологии уровни не являются механической последовательностью «снизу вверх», но представляют собой взаимосвязанные горизонты функционирования, каждый из

которых влияет на другие. В отечественной традиции важным шагом было понимание того, что уровни не могут рассматриваться как независимые и автономные. Анохин подчёркивал, что любое биологическое действие является продуктом координации нескольких уровней одновременно, а нарушение связи хотя бы между двумя из них приводит к системным сбоям, которые не могут быть объяснены патологией одного отдельного компонента [2].

Связи внутри живого организма представляют собой особую форму взаимодействия, поскольку они носят не линейный, а сетевой характер. Нервная система, как центральный координирующий механизм, создает условия, при которых различные уровни организации не просто взаимодействуют, но образуют рекурсивные петли регулирования. Обратные связи, как негативные, так и позитивные, играют критическую роль в поддержании гомеостаза. Вся биологическая система существует в состоянии динамического равновесия, где любые изменения в одном узле отражаются на всей структуре.

При анализе психики этот принцип приобретает ключевое значение. Психика традиционно интерпретировалась либо как свойство нервной системы, либо как совокупность отдельных психических процессов. Однако если применять принципы системности, становится очевидно, что психика обладает всеми признаками эмерджентного уровня: её нельзя свести к физиологии мозга, но нельзя и противопоставить ей. Она возникает как новая реальность, формирующаяся на основе множества взаимодействующих подсистем — сенсорных, когнитивных, эмоциональных, мотивационных — каждая из которых сама по себе не способна породить психический акт, но в соединении создаёт целостное переживание, мысль или волевое действие.

Эмерджентность объясняет, почему в клинической психиатрии нарушения одного уровня могут приводить к системным последствиям на других. Например, органическое поражение лобных долей мозга вызывает изменения в мотивационно-волевой сфере, что, в свою очередь, нарушает когнитивную регуляцию поведения; тревожное состояние может приводить к искажению восприятия и переработки информации; а дефекты интегративного уровня — структуры «Я» создают условия, при которых функционирование всех подсистем становится хаотичным и несогласованным.

Таким образом, принципы эмерджентности, уровневой организации и системных связей создают фундамент для понимания того, что психика является специфической биологической системой. Она обладает свойствами, не сводимыми к нейрофизиологии или психологии отдельных функций; её структура многослойна, её динамика основана на нелинейной взаимосвязи подсистем, а её нарушения имеют характер системных сбоев, а не изолированных дефектов. Именно эти принципы позволяют перейти от описания психики как множества феноменов к её пониманию как целостной, организованной и иерархически структурированной системы.

Список литературы

- [1] Берталанфи Л. фон. Общая теория систем. — М.: Прогресс, 1969. — 296 с.

[2] Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 424 с.

Как психика соотносится с нервной системой

Вопрос о соотношении психики и нервной системы на протяжении всей истории науки оставался источником напряжённой дискуссии. Он неизменно выводил исследователей к границе между биологией и философией, между объективным и субъективным, между материальным процессом и переживаемым феноменом. В современной науке эта граница по-прежнему не имеет окончательного определения, однако накопленные данные позволяют рассматривать психику не как простую функцию мозга, а как особый уровень системной организации, который возникает на базе нервной системы, но не сводится к ней.

Нервная система, как биологическая структура, представляет собой иерархию уровней — от нейронов и синаптических взаимодействий до крупных функциональных модулей и сетей. Однако во всех этих уровнях отсутствует феномен психического опыта. Ни один нейрон сам по себе не обладает свойствами восприятия, эмоции или мышления. Это приводит к необходимости признать, что психика не является локализованным процессом, подобно моторному рефлексу или выделительной функции почек. Психика проявляется только тогда, когда множество элементов нервной системы вступают в сложные, динамические, контекстно определяемые взаимодействия. Именно поэтому в отечественной нейрофизиологии давно сформировалось представление о необходимости понятийного разведения мозга и психики, где мозг выступает носителем биологических структур, а психика — эмерджентным уровнем их организации [1].

Философская традиция феноменологии внесла значительный вклад в понимание того, что психика обладает собственной пространственно-временной структурой переживаний. Эта структура не совпадает с анатомической архитектурой мозга и не может быть выведена из неё напрямую. Опыт сознания развивается в интенциональном пространстве, характеризующемся направленностью, субъективной наполненностью и временной протяжённостью, которые не имеют физиологических эквивалентов. Даже при наличии данных о нейронной корреляции тех или иных состояний психика остаётся самостоятельным уровнем реальности, аналогично тому, как биологическая система существует на другом уровне по отношению к молекулярным процессам, её образующим.

Тем не менее психика не может рассматриваться как автономная инстанция, лишённая материального основания. Нервная система задаёт условия, в которых психика становится возможной: она обеспечивает сенсорный доступ к миру, формирует динамику возбуждения и торможения, создаёт функциональные ансамбли, обеспечивающие память, внимание и координацию поведения. Но между этими процессами и психическим актом, который переживается человеком, существует принципиальный разрыв. Этот разрыв не является метафизическим; напротив, он свидетельствует о переходе к новому уровню организации,

подобно тому, как переход от биохимических реакций к жизни не устраняется сведением живого к химическому.

Таким образом, соотношение психики и мозга может быть объяснено в терминах системной иерархии. Нервная система представляет собой материальный субстрат, в котором происходят процессы, необходимые для возникновения психики, но не достаточные для её объяснения. Психика формируется как результат интеграции множества нейронных процессов, но имеет собственные законы, которые не могут быть выведены из физиологических закономерностей. В отечественной психоневрологии эту мысль последовательно развивал А. Р. Лурия, показывая, что функциональные системы мозга существуют не как фиксированные локальные зоны, а как динамические организационные формы, которые создают условия для психических актов, но не тождественны им [2].

Соотнесение психики и нервной системы особенно значимо в психопатологии. Нарушения психики проявляются как изменения на уровне переживания — искажённое восприятие, расстроенная эмоциональная регуляция, нарушения целеполагания, расщепление структуры «Я» — тогда как их нейрофизиологический субстрат может быть разнообразным и неспецифичным. В МКБ 10/11 это отражено через то, что большинство психических расстройств не описывается изолированными структурными поражениями мозга, а представляет собой нарушения интеграции, связности и системной регуляции. Это указывает на то, что психика является системой в строгом смысле, а нервная система — её носителем, который обеспечивает материальную возможность системной организации, но не определяет её содержание.

Таким образом, психика и нервная система находятся в отношении субстрата и эмерджентной формы, основания и уровня, структуры и функции, но не в отношении причины и следствия или «центра» и «периферии». Психика возникает из работы мозга, но сама становится организующим принципом поведения, определяя выбор, интерпретацию и смысл. В этом и заключается специфическая природа психики как системы: она является порождённой, но не редуцируемой; зависимой, но обладающей собственными законами; встроенной в биологию, но выходящей за её пределы. Этот принципиальный статус психики и делает возможным переход от описания отдельных процессов к формированию концепции психической системы как самостоятельной научной категории.

Список литературы

- [1] Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 424 с.
- [2] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

Почему психика не является «функцией», но является системой

На протяжении долгого времени в естественно-научной и медицинской традиции сохранялась тенденция понимать психику как одну из функций мозга

— в одном ряду с дыханием, пищеварением, движением или выделением. Такое представление казалось естественным, поскольку психика, безусловно, опирается на работу нервной системы, а её нарушения неизбежно коррелируют с нарушениями в биологических структурах. Однако подобное толкование не выдерживает системного анализа: психика по своим свойствам, организации и проявлениям не может быть сведена к «функции», поскольку функция всегда вторична, локальна, ограничена и определена структурой, тогда как психика является целостной многослойной системой, которая обладает собственными закономерностями, выходящими за рамки биологической архитектуры мозга.

Понимание психики как функции предполагает наличие фиксированного участка мозга или набора нейронных структур, выполнение которых обеспечивает конкретный психический феномен. Однако даже фундаментальные психические процессы — восприятие, память, эмоции никогда не локализуются в мозге строго по принципу «один процесс — одна структура». Отечественная нейропсихологическая школа А. Р. Лурии убедительно показала, что любой психический акт формируется в результате участия целого комплекса функциональных блоков, которые взаимодействуют в динамическом режиме и образуют временное функциональное единство, не сводимое к деятельности отдельного центра [1]. Таким образом, психика не может быть определена как совокупность отдельных функций, поскольку её элементы не существуют отдельно и не реализуются в изоляции.

Кроме того, функция имеет линейный характер: она представляет собой операцию, направленную на достижение конкретного эффекта. Психика же включает такие феномены, как смысл, интенциональность, субъективность, мотивация, свобода и интеграция прошлого опыта, которые не могут быть описаны функциональными терминами. Эти элементы не являются функциями в физиологическом смысле, поскольку не имеют прямого физиологического аналога и не могут быть редуцированы к механическим процессам возбуждения и торможения. Психика, в отличие от функции, обладает качественной структурой, в которой элементы взаимопроникают, формируют контексты и переопределяют друг друга. Она не столько «выполняет операции», сколько организует внутренний смысловой порядок и интегрирует опыт субъекта, что в системной терминологии соответствует понятию высшего уровня организации.

Ещё один аргумент против функционального понимания психики заключается в том, что функция всегда вторична по отношению к структуре, в которой она реализуется. Психика, напротив, не является вторичным продуктом нервной системы; она выступает как организующее начало поведения, определяющее выбор, интерпретацию, оценку и формирование намерений. Нервная система задаёт лишь возможности, диапазоны и ограничения, тогда как психика конституирует содержание, форму, направленность и индивидуальное своеобразие человеческой активности. В этом смысле психика является не функцией, а системой: она формируется на биологическом основании, но сама начинает определять ход биологических процессов, включая активацию тех или иных нейрональных сетей, регулируя внимание, мотивацию и поведение.

Наконец, психика обладает способностью к самоорганизации, саморегуляции и внутренней динамике, что является свойством систем, но не функций. Функция не имеет собственного вектора развития и не может изменять структуру, в которой она реализуется. Психика же способна перестраиваться, трансформировать свои уровни, изменять связи между ними, интегрировать новые формы опыта, компенсировать нарушения и создавать новые способы организации деятельности субъекта. Эта пластичность не является свойством отдельной функции; она демонстрирует существование целостной системы, внутри которой элементы способны к гибкой перестройке.

Психопатология также подтверждает системный статус психики. В МКБ 10/11 большинство психических расстройств описывается как нарушения интеграции, целостности, связности и саморегуляции, а не как нарушения отдельных функций. Например, депрессия не сводится к «расстройству эмоций», а включает изменения мотивации, мышления, памяти, воли и телесных ощущений, образуя системный феномен. Шизофрения, согласно феноменологической традиции К. Ясперса, представляет собой нарушение структуры личности, распад единства субъективного мира и дезинтеграцию связей, а не дефект какого-либо конкретного психического процесса [2]. Подобный характер нарушений указывает на то, что психика функционирует как сложная интегрированная система, которая может быть нарушена только на уровне целого.

Таким образом, психика не является функцией в биологическом или физиологическом смысле. Она обладает всеми признаками системы: целостностью, структурой, иерархичностью, динамической организацией, эмерджентными свойствами, способностью к саморазвитию и собственными законами функционирования. Нервная система является её субстратом, но не определяет её содержание. Психика формируется на биологическом основании, но не растворяется в нём; она возникает как самостоятельный уровень реальности, обладающий внутренней логикой и способный организовывать жизнь субъекта. Именно поэтому научное описание психики требует системного подхода, выходящего за рамки традиционного представления о «функциях мозга» и позволяющего увидеть психику как целое, которое нельзя свести к сумме частей.

Список литературы

- [1] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1052 с.

Глава 3. Определение психической системы

Элементы

Попытка определить элементы психической системы неизбежно сталкивается с трудностью, которая сопровождала психологию и психиатрию на протяжении всего их существования: психика не расчленяется на части так, как биологический организм расчленяется на органы. Она не имеет анатомически очерченных границ, её компоненты не могут быть описаны по аналогии с нервной клеткой, печенью или сердцем, и тем не менее она обладает внутренней структурой, которая проявляется в феноменологии, клинике, поведении и переживании. Поэтому определение элементов психики становится не столько задачей описания «кирпичиков», из которых она построена, сколько задачей выявления базовых модулей, составляющих её внутреннюю организацию.

Ещё в психологической традиции конца XIX века У. Джеймс подчёркивал, что психика представляет собой «поток сознания», который не может быть разложен на отдельные фрагменты без утраты своей природы [1]. Выготский, развивая культурно-исторический подход, дополнял эту мысль, указывая, что каждое психическое явление несёт в себе историю развития, социальный контекст, мотивацию и значения, которые невозможно разделить на независимые единицы [2]. В феноменологической психиатрии К. Ясперса элементы психической жизни трактовались как целостные акты переживания, всегда вовлекающие субъекта как личность и никогда не существующие изолированно [3]. Всё это указывает на то, что элементы психической системы должны пониматься как функционально-структурные образования, зависящие от уровня организации психики и включающие в себя одновременно эмоциональный, когнитивный, мотивационный и личностный аспект.

В отечественной нейропсихологии А. Р. Лурии был предложен важный принцип определения психических элементов: элементом является не «атом» психики, а минимальная единица, обладающая собственной функцией, которая проявляется только во взаимодействии с другими единицами [4]. В этом смысле элемент — это не «кусочек» сознания, а фрагмент процесса, который имеет определённое назначение в структуре психической деятельности. Такой подход позволяет избежать редукции психики к физическим или физиологическим компонентам, сохранив её качественную специфику и внутреннюю связность. Элемент психики существует не как независимая сущность, а как часть целостного акта, становясь различным только в пределах динамической системы.

Исходя из системного подхода, элементы психики можно определить как минимальные устойчивые единицы организации психической деятельности, которые участвуют в формировании уровня, подсистемы или функции и которые обладают способностью к вариативному включению в различные контексты опыта. В отличие от биологических или анатомических элементов, элементы психики всегда носят процессуальный характер. Они включают в себя, например, чувственные образы, элементарные эмоции, мотивационные импульсы,

акты внимания, мыслительные операции, смысловые образования, схемы действия, личностные установки. Важно понимать, что эти элементы не существуют «как вещи»; они существуют только в актуальной деятельности субъекта, возникая и исчезая в зависимости от контекста.

При этом элемент психической системы всегда многоуровнев и амодален. Например, восприятие предмета не является чисто сенсорным актом: в нём участвуют память, ожидания, прошлый опыт, смысловые структуры и эмоциональная окраска. Даже элементарная эмоция включает когнитивную оценку, телесные реакции, мотивационную направленность и феноменологическое переживание. Элемент психики всегда сложнее, чем его «биологическая» основа: нейронные сети задают возможность акта, но не формируют его содержание. Поэтому психический элемент — это всегда надбиологическая, эмерджентная единица, возникающая в момент взаимодействия организма с миром.

Кроме того, элементы психики обнаруживают историчность: они формируются в процессе жизни, культурного развития и личностного становления. Память фиксирует следы опыта, которые затем преобразуются в смысловые образования, определяющие восприятие и действия. Именно благодаря этому психическая система никогда не бывает одинаковой у разных людей: каждый элемент окрашен индивидуальным развитием субъекта. Психопатология также демонстрирует, что изменения на уровне элементов приводят к системным нарушениям. Например, искажение элементарной оценки значимости в тревожных расстройствах вызывает перестройку мотивационной системы, восприятия и поведения, а нарушение смысловых структур при шизофрении приводит к распаду целостного опыта и утрате личностной интеграции, что подтверждается феноменологическими описаниями Ясперса [3].

Наконец, элементы психики обладают латентностью: они могут существовать в форме потенциалов, ожиданий, установок, конструкторов, которые не обязательно проявляются в актуальном поведении, но определяют возможность будущих реакций и форм сознания. Эта латентность показывает, что элемент — не одноразовая функция, а структурная единица субъективного мира. Она хранит в себе историю переживаний и готовность к определённому способу взаимодействия с действительностью. В этом состоит глубокая связь между элементами психики и биографией субъекта, что будет подробно раскрыто в дальнейших частях монографии.

Таким образом, элементы психической системы представляют собой процессуально-структурные единицы внутренней организации психики, которые обладают амодальностью, многоуровневостью, историчностью, контекстной изменчивостью и эмерджентными свойствами. Они не могут быть сведены к биологическим процессам, поскольку несут в себе смысл, мотивацию, переживание и опыт, выходящие за пределы биологической ткани мозга. Определение этих элементов является фундаментальным шагом к построению онтологии психики и формированию новой системной психиатрии, в которой психика рассматривается как целостная, самоорганизующаяся и многоуровневая реальность.

Список литературы

- [1] Джеймс У. Психология. В 2 т. — М.: Педагогика, 1991. — 368 с.
- [2] Выготский Л. С. Мышление и речь. — М.: Лабиринт, 1999. — 352 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1052 с.
- [4] Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973. — 430 с.

Структура

Определение структуры психической системы требует выхода за пределы классических представлений, в которых психика понималась либо как сумма отдельных процессов (ощущений, эмоций, мышления, воли), либо как совокупность функций мозга, либо как феноменологическое поле сознания. Все эти модели, несмотря на свою ценность, остаются частичными именно потому, что не описывают внутреннюю архитектуру психики как целого. Если элементы психики — это минимальные функциональные единицы, то структура — это способ их организации, упорядочивания и взаимодействия внутри целостной системы. Структура психики не является механической композицией элементов, а представляет собой динамическую иерархию уровней, связей и интегративных узлов, которая обеспечивает сохранение субъекта как единства переживания, действия и сознания.

Первое фундаментальное свойство структуры психической системы состоит в её многоуровневости. Психика организована таким образом, что каждый акт или процесс возникает на определённом уровне — сенсорном, аффективном, когнитивном, личностном или сознательном, — и одновременно зависит от состояния соседних уровней. Эта многоуровневая архитектоника была интуитивно предложена ещё в классической психологии, когда воспринимались различия между ощущением, эмоциональным тоном, мотивом и мышлением, однако только в XX веке, прежде всего благодаря работам Лурии, стала очевидной функция вертикальных функциональных блоков в организации психической деятельности [1]. Выготский также подчёркивал, что высшие психические функции возникают как структуры, включающие несколько уровней, каждый из которых имеет самостоятельную организацию, но не существует вне системы [2]. В современной психиатрии и психопатологии эта многоуровневая структура проявляется в клинических наблюдениях: нарушения одного уровня (например, аффективного в депрессии) приводят к перестройке работы других уровней — когнитивного, волевого, личностного.

Второе свойство структуры психики заключается в том, что она является связевой системой. Психика — это не только уровни, но и отношения между ними: вертикальные связи (например, путь от телесного ощущения к осознанному переживанию), горизонтальные связи (между процессами внутри одного уровня), а также интегративные связи, которые объединяют психику в единое поле субъективности. К. Ясперс, анализируя психопатологические расстройства, убедительно показывал, что нарушение связей между актами психики — а не разрушение отдельных элементов — составляет суть психических расстройств,

включая шизофренический процесс [3]. Блейлер называл это «расщеплением психических связей» и считал его центральным феноменом шизофрении. Таким образом, структура психики должна рассматриваться как сеть отношений, а не как таблица функций или набор процессов. Нарушения связности дают врачу ключ к пониманию системной природы расстройств.

Третья особенность структуры психической системы заключается в наличии интегративного центра. В отличие от нервной системы, где анатомический центр может быть локализован, в психике интеграция имеет функциональный характер. Она проявляется в единстве сознания, в способности субъекта переживать опыт как свой, в сохранении «оси Я». Этот интегративный центр не является отдельным уровнем, но представляет низкочастотную, глубинную структуру, обеспечивающую координацию всех уровней. В философии эту интегративную структуру пытались описать через понятия «апперцепции» (Кант), «духа» (Гегель), «интенциональности» (Гуссерль). В отечественной психологии понятие интеграции получило развитие в концепциях смысловых структур А. Н. Леонтьева, который видел в смысле механизм, объединяющий все психические процессы в деятельность [4]. В психиатрии аналогом интегративного центра выступает понятие личности, однако оно традиционно трактовалось скорее клинически, чем структурно. В предлагаемой модели психическая система имеет «центр интеграции», который является не феноменом, а системным узлом, обеспечивающим связность всех уровней.

Четвёртое свойство структуры психики — её историчность. Ни один уровень и ни один элемент не существуют вне биографии субъекта. Структура психики формируется в процессе развития, обучения, социальных взаимодействий, культурного опыта. Поэтому структура психики является одновременно актуальной и исторически сложившейся. Память, язык, эмоциональные паттерны, способы мышления — всё это не просто функции, а структурные образования, имеющие свою историю и определяющие дальнейшее функционирование системы. Структура психики, таким образом, не статична, она несёт в себе отпечаток прошлого, который проявляется в текущей организации переживания. Именно по этой причине анамнез является не только источником данных, но и отражением внутреннего устройства психической системы, о чём подробно будет сказано во второй части монографии.

Наконец, **пятое свойство** структуры состоит в её эмерджентности. Психическая система не выводится из свойств нервной системы, хотя полностью на ней основана. Структура психики возникает как качественно новое образование, которое невозможно описать языком нейрофизиологии. Субъективное переживание, смысл, интенциональность, личность — это не функции мозга, а системные формы его организации. Эмерджентность структуры проявляется в том, что свойства психики не могут быть сведены к сумме элементов, как не может быть сведена к химическому составу мелодия или смысл текста. Эта эмерджентность и делает психику системой, а не функцией. Она же объясняет, почему психическое расстройство способно менять всю структуру опыта и поведения: изменение в одной части системы приводит к изменению всей организации.

Таким образом, структура психической системы — это динамическая многоуровневая сеть элементов, их связей и интегративных узлов, формирующаяся в процессе жизни и обеспечивающая единство субъекта как носителя переживания, мышления, действия и сознания. Структура определяет то, что психика может, как она функционирует и почему она способна выходить за пределы биологической основы. Определение структуры психики является ключевым шагом к созданию новой онтологии психиатрии, в которой расстройства понимаются как системные нарушения уровней, связей и интегративного центра, а не как «дефекты функций» нервной системы.

Список литературы

- [1] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Выготский Л. С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1052 с.
- [4] Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.

Функции

Определение функций психической системы представляет собой ключевой шаг к формированию её онтологии. Если элементы отвечают на вопрос «из чего состоит психика», а структура — на вопрос «как она организована», то функции объясняют «для чего психика существует и что она делает как система». Функции психической системы не сводимы к сумме процессов — ощущений, эмоций, мышления или памяти. Они представляют собой интегральные задачи, которые психика решает как целостное образование, обладающее собственной организацией, динамикой и внутренними закономерностями.

В традиционной философии функции психики понимались в двух направлениях: как отражение (в различных формах репрезентации мира) и как саморегуляция поведения. Однако эта дихотомия оказалась недостаточной, поскольку не учитывала внутреннюю активность психики, её направленность, способность создавать новые смыслы и преодолевать границы непосредственного опыта. Современная психология, начиная с работ Выготского, подчёркивает, что функции психики являются социально опосредованными и включают в себя активное преобразование внешнего и внутреннего мира [1]. Клинико-психологическая традиция, представленная Лурией, дополняет это понимание, показывая, что каждая функция разворачивается в многокомпонентных функциональных системах, объединяющих различные уровни психической организации [2].

Функции психики можно определить как системные задачи, обеспечивающие существование субъекта в мире. **Первая фундаментальная функция — переживание реальности.** Психика делает возможным тот непосредственный слой бытия, который доступен только субъекту: чувства, образы, впечатления,

эмоции. Переживание не сводится к восприятию, поскольку включает эмоциональный тон, смысловые акценты, ценностную окраску. Оно представляет собой сложную интеграцию сенсорного, аффективного и когнитивного уровней, выступая первичным способом существования человека в мире. Психопатология убеждает врача в том, что переживание — не частная функция, а ядро психической системы: при его нарушении разрушается целостная картина мира, что видно при психозах, депрессии, тревожных расстройствах, диссоциативных состояниях.

Вторая фундаментальная функция — познание. Познание является не просто процессом мышления, а системной задачей, включающей переработку информации, формирование представлений, понятий, оценок и выводов. Познание одновременно опирается на память, язык, внимание, категориальные структуры и, что особенно важно, на личностные смыслы, определяющие выбор направленности познавательного акта. Кант и последующая философская традиция показали, что познание невозможно без априорных форм организации опыта [3]. Выготский и Леонтьев, в свою очередь, показали, что познание невозможно без смыслов и деятельности [1], [4]. Психическая система обеспечивает возможность познания именно как единого акта, а не разрозненных операций, связывая восприятие, мышление, память, язык и мотивацию в цельный функциональный комплекс.

Третья фундаментальная функция — действие, понимаемое не как двигательную активность, а как системный процесс, в котором намерение, цель, мотивация, когнитивная оценка и волевое усилие объединяются в единый вектор поведения. Функция действия является выражением направленности психики на реализацию намерений, преодоление препятствий, адаптацию и достижение результатов. А. Н. Леонтьев подчёркивал, что действие невозможно без внутренней структуры деятельности и без связи мотивов и целей [4]. Клинико-психологическая практика демонстрирует, что нарушения функции действия лежат в основе волевых расстройств, зависимостей, депрессии, дефицитарных состояний и расстройств личности.

Переживание, познание и действие образуют триаду фундаментальных функций психической системы — но сама система выполняет и более глубокие метафункции. Одной из них является интеграция, обеспечивающая связность опыта, последовательность сознания, устойчивость «Я», упорядоченность поведения. Интеграция выражает способность психики объединять гетерогенные элементы — ощущения, эмоции, представления, мотивы, воспоминания в единый поток субъективного бытия. Нарушение интеграции ведёт к распаду структуры субъекта, что наблюдается при шизофрении, тяжёлых аффективных состояниях, диссоциативных расстройствах. Ясперс и Бинсвангер видели в утрате интеграции центральный механизм психопатологии [5].

Другой метафункцией является **саморегуляция**, позволяющая психике поддерживать внутреннее равновесие, адаптироваться к внешним и внутренним воздействиям, распределять ресурсы и управлять состояниями. Саморегуляция включает в себя эмоциональную регуляцию, контроль импульсов, произвольное

внимание, рефлексия и способность изменять собственные состояния. Эта функция была ярко показана в работах П. К. Анохина, продемонстрировавшего роль обратной связи и функциональных блоков в поддержании жизнедеятельности [6]. Психическая система является автономным регулятором, который способен к гибкой перестройке и компенсаторным механизмам.

Особое место занимает функция **смыслообразования**. Психика не только отражает и регулирует, но и создаёт смысл, связывая события, переживания и действия в единую биографическую линию. Смыслообразование является глубинным механизмом, который определяет субъективную ценность происходящего, формирует мотивацию, обеспечивает устойчивость личности. Леонтьев рассматривал смысл как центральный психологический механизм, организующий все функции психики [4]. В нашем контексте смыслообразование является одной из ключевых определяющих функций психической системы, поскольку оно связывает биографию, состояние, мотивацию и действие в единую ось «психической истории».

Наконец, психическая система выполняет функцию **самости** — формирование субъекта, который осознаёт себя, действует от своего имени, переживает себя как носителя состояний, имеет представление о своей идентичности. Эта функция синтезирует элементы переживания, познания, интеграции и смыслообразования, превращая их в непрерывное присутствие «Я». Самость — это не уровень и не процесс, а системный результат работы всех уровней психики. Она проявляется в феноменологии сознания, в структуре личности, в аффективных и когнитивных паттернах. Именно сохранение самости делает психическое здоровье возможным; её нарушения формируют тяжёлую психопатологию, включая деперсонализацию, диссоциацию, шизофреническое расщепление личности.

Таким образом, функции психической системы являются не набором отдельных задач, а иерархически организованным комплексом, обеспечивающим существование субъекта как целостного, осознающего, действующего и сохраняющего себя в истории существа. Психика выполняет функции переживания, познания, действия, интеграции, саморегуляции, смыслообразования и формирования самости. Только рассматривая их как взаимосвязанные проявления единой системы, можно построить научную онтологию психики и перейти от описательной психопатологии к системной психиатрии.

Список литературы

- [1] Выготский Л. С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- [2] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [3] Кант И. Критика чистого разума. — М.: Мысль, 1994. — 735 с.
- [4] Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.
- [5] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1052 с.

[6] Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 424 с.

Динамика

Динамика психической системы представляет собой совокупность процессов, обеспечивающих её непрерывное функционирование во времени, способность к изменению, адаптации, развитию и поддержанию внутренней устойчивости. Если структура психики описывает её пространственную организацию, то динамика раскрывает временное измерение психической жизни. Психика никогда не находится в статичном состоянии; её существование — это непрерывный поток, в котором мгновенные состояния, процессы и акты соединяются в длительную линию субъективного времени. В этом смысле динамика психики является способом её бытия в движении, в изменении, в постоянном взаимодействии с миром и с самой собой.

Понимание динамики психики тесно связано с традициями как физиологии, так и философии. В физиологической школе П. К. Анохина динамика рассматривалась как процесс развертывания функциональных систем, включающих этапы афферентного синтеза, программирования, реализации и обратной связи [1]. В философии феноменологическая традиция Гуссерля и Бинсвангера подчёркивала, что человеческое сознание существует в форме непрерывного потока переживаний, имеющего внутреннюю структуру ретенции (удержания), протенции (ожидания) и актуального переживания настоящего [2]. Психология и клиническая психиатрия соединили эти подходы, показывая, что динамика психических процессов проявляется одновременно как биологическое, психологическое и экзистенциальное измерение.

Одним из фундаментальных аспектов динамики является **темпоральность**. Психическая система обладает собственной субъективной временной организацией. Темп мыслительных процессов, скорость эмоциональных реакций, длительность внимания, ритм активности и покоя, способность к переключению — всё это выражает индивидуальные параметры психической динамики. В клинике нарушения темпа проявляются как ускорение или замедление мыслительного процесса, психомоторная расторможенность или заторможенность, неритмичность когнитивных актов. Эти расстройства фиксируются в МКБ 10/11 как важные диагностические критерии при шизофрении, депрессиях, маниакальных состояниях, органических поражениях головного мозга. Темпоральность психики является внутренним параметром, который определяет, как система переживает время, как объединяет события и как выстраивает биографическую линию.

Другим аспектом динамики является **пластичность** — способность психической системы изменять свои связи, перераспределять ресурсы, формировать новые паттерны реагирования. Пластичность психики коренится в нейропластичности нервной системы, но не исчерпывается ею. Она выражает способность субъекта формировать новые смыслы, менять установки, перестраивать способы

действия. Пластичность ярко проявляется в процессе психотерапии, когда под влиянием инсайта, осмысления и эмоционального опыта перестраиваются не только когнитивные схемы, но и личностные структуры, и в целом изменяется траектория психической системы. Клинический опыт показывает, что высокая пластичность служит фактором резистентности к стрессу и снижает вероятность хронификации психических расстройств.

Не менее важное место занимает **стабильность** психической системы. Стабильность не тождественна неподвижности; скорее, это способность сохранять целостность и функциональность при воздействии внутренних и внешних возмущений. Стабильность обеспечивается механизмами саморегуляции, включающими эмоциональный контроль, когнитивную переработку, поведенческое адаптивное реагирование и способность к рефлексивной переработке переживаний. Нарушения стабильности проявляются в эмоциональной лабильности, импульсивности, тревожной гиперчувствительности, а также в психотических декомпенсациях, когда система перестаёт обеспечивать связность восприятия и мышления.

Центральным аспектом динамики является **иерархическая организация процессов**, в которой уровни психики взаимодействуют не хаотично, а согласно определённым закономерностям. Высшие уровни — когнитивный, личностный и сознательный регулируют работу нижележащих уровней, обеспечивая возможность целенаправленного поведения и смыслообразования. Однако нижние уровни — сенсорный и аффективный также влияют на верхние, задавая форму переживания и то эмоциональное поле, на фоне которого разворачивается сознательная деятельность. Динамика психической системы представляет собой взаимовлияние уровней, в котором нисходящая регуляция сочетается с восходящим воздействием.

Особое место занимает динамика мотивации, описывающая переход от потребности — к мотиву — к цели — к действию. Психическая система в этой связи представляет собой механизм, направленный на постоянное преобразование внутренней энергии мотивации в конкретные поведенческие акты. Нарушение мотивационной динамики проявляется в апатии, абулии, анергии, зависимостях, компульсивном поведении, что подтверждает её системно организующую роль. Леонтьев подчёркивал, что мотив является движущей силой всех психических процессов [3], и в контексте психической системы мотив можно назвать одним из центральных динамических узлов.

Динамика психической системы также включает процессы компенсации и декомпенсации. Компенсация проявляется как стремление системы восстановить нарушенное равновесие путём мобилизации оставшихся ресурсов или перестройки функциональных связей. Например, при органических поражениях мозга компенсаторные механизмы могут обеспечивать относительную сохранность когнитивной эффективности благодаря перераспределению функциональной нагрузки. Декомпенсация возникает, когда ресурсы исчерпываются или нарушены ключевые связи между уровнями системы. В этом случае возникают клинические состояния, описанные в МКБ 10/11: психотические эпизоды,

тяжёлые депрессии, выраженные тревожные расстройства, дезорганизационные синдромы.

Неотъемлемой частью динамики является развёртывание психики во времени жизни. Психическая система не является неизменной: её уровни созревают, усложняются, дифференцируются, интегрируются. Детская психика существенно отличается от взрослой не только по структуре, но и по динамике: в ней преобладают эмоциональные реакции, слабая произвольность, ограниченные когнитивные схемы. Взросление сопровождается развитием рефлексии, устойчивых личностных структур, внутреннего самоконтроля. Старение, напротив, часто связано со снижением пластичности и падением устойчивости, что повышает уязвимость к стрессу и соматическим заболеваниям.

Динамика психической системы включает также внутренние противоречия и конфликты, которые служат источником развития и одновременно потенциальным источником дезинтеграции. Психоаналитическая традиция рассматривала эти конфликты как фундаментальные механизмы психической жизни [4], но в системном подходе они проявляются как выражение несовпадения уровней и подсистем — между мотивацией и нормами, между желаниями и целями, между переживанием и когнитивной оценкой. Неспособность разрешить внутренние конфликты приводит к нарушению динамического равновесия, что клинически выражается в неврозах, тревоге, депрессии и дезадаптивном поведении.

Наконец, динамика психической системы включает информационный обмен с внешней средой. Психика постоянно получает, перерабатывает и переосмысливает информацию, и этот обмен имеет циклический характер. Система включена в непрерывный цикл «восприятие — оценка — действие — обратная связь», что делает возможным адаптацию, обучение и изменение поведения. Обратная связь играет критическую роль: без неё психическая система потеряла бы способность корректировать свои модели мира. Клинически нарушения этого цикла приводят к формированию бредовых убеждений, компульсивных действий и устойчивых патологических паттернов поведения.

Таким образом, динамика психической системы представляет собой сложное взаимодействие темпоральности, пластичности, стабильности, иерархии процессов, мотивационной активности, компенсации и декомпенсации, жизненного развития, внутренних конфликтов и информационного обмена. Эти механизмы объединяют психику в целостное, саморегулирующееся и саморазвивающееся образование, способное адаптироваться, изменяться и сохранять себя в мире. Динамика делает психическую систему живой — не вещью, но движением, не структурой, но становлением.

Список литературы

- [1] Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 424 с.
- [2] Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Экзистенциально-аналитические исследования. — М.: Республика, 1999. — 352 с.

- [3] Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.
- [4] Фрейд З. Введение в психоанализ. — М.: Наука, 1991. — 432 с.

Законы работы психической системы

Понимание психики как системы предполагает наличие внутренних законов, которые определяют её функционирование, взаимодействие компонентов, формирование целостности и возникновение нарушений. Эти законы не являются внешними по отношению к психике; они представляют собой имманентные принципы её существования, формирующие рамку, в пределах которой разворачиваются процессы переживания, познания и действия. В отличие от законов физики, законы психической системы имеют не механическую, а функционально-организационную природу. Они проявляются в устойчивых закономерностях развития, адаптации, саморегуляции и компенсации, а их нарушение приводит к специфическим психопатологическим состояниям, зафиксированным в МКБ 10/11.

Первым фундаментальным законом можно считать закон целостности, согласно которому психика функционирует как неделимое единство, даже если её составные элементы феноменологически различимы. Целостность означает, что качества психики не могут быть сведены к сумме отдельных процессов — восприятия, мышления, эмоций, памяти. Именно это подчеркивал Л. С. Выготский, утверждая, что любая психическая функция является системой, прошедшей путь культурного и онтогенетического развития [1]. В клинике целостность проявляется в том, что расстройства всегда охватывают несколько уровней психической деятельности: нарушение мышления при шизофрении сопровождается изменениями эмоциональной сферы, энергетического тонуса и мотивации; депрессия затрагивает не только настроение, но и темп мышления, память, внимательность, соматические функции. Целостность — это закон структурного единства, делающий психику системой в строгом научном смысле.

Следующим законом является **закон уровневой организации**, согласно которому психическая система устроена иерархически, а взаимодействие уровней подчиняется определённым правилам. Низшие уровни обеспечивают переработку сенсорной информации и аффективное реагирование, средние — формирование действий, целей и мотивов, высшие — саморефлексию, сознательное регулирование и смыслообразование. Этот принцип имеет глубокие корни в отечественной физиологии, прежде всего в работах А. Р. Лурии, который показал, что высшие психические функции имеют сложную структуру, опирающуюся на взаимодействие нескольких функциональных блоков мозга [2]. Закон уровневой организации объясняет, почему при локальных поражениях мозга наблюдаются феноменологически сложные и не прямые нарушения: страдает не функция как таковая, а система её реализации. В психопатологии этот закон объясняет, почему разрушение высших уровней приводит к распаду связей, дезорганизации поведения и снижению контроля.

Третий закон — закон системной детерминации, согласно которому любое психическое явление вызывается не одной причиной, а совокупностью взаимодействующих факторов. Психика не реагирует линейно; она перерабатывает воздействие среды через призму предыдущего опыта, актуального состояния, биологических предпосылок и личностных установок. Поэтому одни и те же события вызывают у разных людей принципиально различные реакции. Это соответствует системному пониманию причинности, где результат определяется конфигурацией всей системы, а не отдельным стимулом. В клинике данный закон объясняет вариативность симптоматики, резистентность к лечению, а также то, почему одинаковые стрессоры приводят у разных индивидов к тревоге, депрессии или зависимости.

Четвёртым законом выступает закон саморегуляции, гласящий, что психическая система обладает способностью к поддержанию собственной устойчивости, к сохранению баланса между возбуждением и торможением, между внутренними конфликтами и внешними требованиями. Саморегуляция опирается как на нейрофизиологические механизмы, так и на психологические — рефлексию, контроль, регулирование эмоций, переработку информации. Этот закон лежит в основе процессов адаптации, и нарушение саморегуляции неизбежно приводит к развитию психопатологических феноменов. Так, при тревожных расстройствах саморегуляция нарушается в пользу гиперреактивности, при депрессии в пользу подавления активности, а при маниакальных состояниях — в пользу чрезмерного возбуждения. Саморегуляция представляет собой динамическое равновесие, обеспечивающее устойчивость системы при воздействиях среды.

Пятый закон можно обозначить как закон интеграции, указывающий, что психическая система стремится соединять разнородные элементы опыта сенсорные данные, эмоции, воспоминания, когнитивные оценки в единую смысловую структуру. Интеграция обеспечивает непрерывность субъективного мира, формирует ощущение «Я» как центра организации психической жизни. Если этот закон нарушается, возникает дезинтеграция, проявляющаяся в расщеплении мышления, нарушении идентичности, фрагментации восприятия. Именно эти феномены описаны К. Ясперсом как признаки шизофренического процесса [3]. Интеграция — это не просто объединение элементов, а создание смысловой целостности, благодаря которой субъективный опыт становится осмысленным и направленным.

Шестым законом является закон мотивационной направленности, согласно которому психическая деятельность всегда ориентирована на удовлетворение потребностей, достижение целей и реализацию внутренней программы субъекта. Психика не является зеркалом реальности; она постоянно преобразует мир в соответствии с потребностями личности. Эта идея лежит в основе деятельности как центральной категории отечественной психологии, развитой А. Н. Леонтьевым [4]. Из этого закона следует, что любое психическое состояние может быть понято через его мотивационный контекст. В клинике мотивационный закон объясняет наличие апатии и абулии при депрессии, утрату инициативы при

негативных симптомах шизофрении, появление патологических форм мотивации при зависимости.

Седьмой закон — закон энергетической экономии, согласно которому психическая система стремится минимизировать затраты ресурсов при сохранении эффективности. Этот принцип отражён в работах Сеченова и Павлова, а также в современных теориях когнитивной нагрузки. Психика выбирает те стратегии, которые требуют наименьших затрат усилий и обеспечивают стабильность функционирования. При стрессе энергетическая экономика нарушается: система расходует ресурсы быстрее, чем они восстанавливаются, что приводит к истощению, описанному в МКБ-11 как фактор риска для развития тревожных и депрессивных расстройств.

Восьмой закон — закон развития, гласящий, что психическая система изменяется, усложняется и дифференцируется на протяжении всей жизни. Развитие не является линейным процессом; оно связано с кризисами, переходами, интеграцией нового опыта. Отечественная традиция, начиная с работ Л. С. Выготского, подчёркивала, что развитие сопровождается качественными преобразованиями структур психики, а не только количественными изменениями [1]. В основе психического здоровья лежит способность системы к развитию, а остановка развития является основой многих патологических траекторий.

Наконец, **девятый закон — закон обратной связи**, согласно которому психическая система постоянно сверяет результаты действия с ожиданиями и корректирует поведение. Этот принцип является ключевым для понимания обучения, адаптации и формирования поведения. Отсутствие обратной связи — результат сенсорной депривации, нарушения критичности или психотического процесса — приводит к формированию ошибочных схем восприятия и устойчивых патологических убеждений.

Законы работы психической системы описывают её как сложное, саморегулирующееся и развивающееся образование, в котором процессы и структуры находятся в динамическом равновесии. Нарушение этих законов объясняет природу психических расстройств, а понимание их действия создаёт фундамент для построения новой онтологии психиатрии, ориентированной на системный подход, а не на симптоматические классификации.

Список литературы

- [1] Выготский Л. С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- [2] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [4] Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.

Связь с личностью и сознанием

Понимание психики как системы неизбежно приводит к вопросу о её отношении к личности и сознанию. Эти понятия исторически развивались параллельно, нередко конкурируя, иногда подменяя друг друга, но в системной парадигме они получают чёткое структурное и функциональное разграничение. Психическая система представляет собой универсальный уровень организации внутренней жизни человека, тогда как личность и сознание являются её высшими образованиями, возникающими в процессе развития, интеграции и системной дифференциации. Таким образом, личность и сознание следует рассматривать как эмерджентные образования психической системы, обладающие собственной структурой, закономерностями и клинической значимостью, но не существующие вне системной основы психики.

Личность — это наиболее устойчивое, инвариантное образование, представляющее собой интегративную подсистему, организующую мотивационную, смысловую и ценностную составляющие психики. В отечественной традиции личность понималась широким образом, включающим социальную, культурную и биографическую детерминацию. А. Н. Леонтьев рассматривал личность как «иерархию мотивов», обеспечивающую направленность и регуляцию поведения [1]. В рамках системного подхода личность — это не просто набор черт или свойств, а структурный уровень психической системы, обеспечивающий воспроизводство устойчивых паттернов активности субъекта. Она является центром интеграции, в котором сводятся воедино эмоциональные, когнитивные, волевые и биографические компоненты, формируя уникальную конфигурацию субъективного опыта.

Сознание, напротив, представляет собой особый функциональный режим психической системы, при котором её процессы становятся доступными для наблюдения, оценки и управления со стороны субъекта. Если личность — это структурный уровень, то сознание — это режим работы, динамический контур усиленной интеграции. Оно обеспечивает феноменологическую очевидность внутреннего мира, возможность выделения «Я» как центра опыта, а также осуществление произвольной регуляции действий. Такой подход сближает системную модель с классическими представлениями С. Л. Рубинштейна о сознании как способе связи субъекта с миром и самим собой [2].

В рамках психической системы сознание выполняет роль интегратора высших уровней организации — когнитивного, личностного и мотивационного. Оно позволяет системе обеспечивать согласованность поведения, разрешать внутренние противоречия, структурировать поток восприятия и формировать целостное переживание. В клиническом аспекте это объясняет, почему расстройства сознания (помрачение, онейроид, делирий) сопровождаются разрушением системной связности: исчезает интегративная функция, обеспечивавшая синтез восприятия, мышления, памяти и «Я». Наоборот, ясное сознание отражает оптимальное функционирование системных связей и баланс уровней психической организации.

Особое место занимает вопрос о соотношении психической системы и личности. Личность не является внешним по отношению к системе

образованием: её содержание формируется динамикой системных уровней, прежде всего — биографической памятью, устойчивыми мотивационными структурами и эмоционально-аффективной сферой. Как справедливо отмечал В. Н. Мясищев, личность задаёт индивидуальный стиль отношений человека с миром [3]. В системной парадигме это можно выразить иначе: личность задаёт устойчивый системный профиль, определяющий способы переработки информации, реагирования и построения внутренней картины мира. Тем самым личность выступает в качестве надстройки, которая не только надстраивается над системой, но и влияет на её внутренние механизмы, задавая направление развития, адаптации и переживания.

Сознание же является механизмом, позволяющим личности осознавать своё собственное содержание. Оно обеспечивает переход от автоматической, имплицитной работы системы к рефлексивной, контролируемой активности. Это объясняет клиническое наблюдение: личность может сохраняться при глубоком нарушении сознания (например, при эпилептических пароксизмах или интоксикациях), тогда как сознание может сохраняться при патологических изменениях личности (например, при психопатиях). Эти случаи подтверждают различие структурного (личность) и функционального (сознание) уровней в рамках единой психической системы.

Системная модель также позволяет объяснить феномен «Я» как точку переживания, возникающую на пересечении личности и сознания. «Я» представляет собой субъективную форму существования системы, в которой личностные структуры становятся доступными сознанию, а сознательные процессы получают биографическое, эмоциональное и мотивационное наполнение. Это согласуется с идеями К. Ясперса о внутренней активности субъекта, обеспечивающей единство опыта [4]. В системной парадигме «Я» — это динамический интерфейс между структурой и функцией, между стабильностью и изменчивостью.

Связь психической системы с личностью и сознанием становится особенно очевидной в клинической диагностике. Расстройства личности отражают устойчивые деформации структурных уровней системы — иерархии мотивов, эмоциональной регуляции, хроноструктуры опыта. Расстройства сознания, напротив, проявляются как нарушения интеграции, временная утрата способности связывать уровни в единый функциональный контур. Таким образом, клиника подтверждает: личность и сознание — это два разных, но взаимодополняющих измерения психической системы, и только системная модель позволяет увидеть их взаимосвязь в полной глубине.

Список литературы

- [1] Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Политиздат, 1975.
- [2] Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — М.: Учпедгиз, 1946.
- [3] Мясищев В. Н. Психология отношений. — Л.: ЛГУ, 1960.
- [4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

II ЧАСТЬ. СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Глава 4. Уровни психической системы

Сенсорный уровень

Сенсорный уровень психической системы представляет собой фундаментальный пласт её организации, определяющий исходные условия функционирования более высоких уровней — когнитивных, эмоционально-аффективных, мотивационных и личностных структур. Именно через сенсорный уровень психика вступает в первичное взаимодействие с внешним миром, формируя поток данных, на основе которого строятся восприятие, представление, мышление и поведение. Поэтому сенсорный уровень нельзя рассматривать как простой физиологический вход: он является составной частью психической системы, поскольку информация, поступающая на него, уже проходит начальную организацию, включающую отбор, структурирование и сопоставление с субъективным опытом.

Системный подход позволяет увидеть сенсорные процессы не как набор отдельных анализаторов, а как единый функциональный контур, обеспечивающий связь организма с окружающей средой. Ещё И. М. Сеченов подчёркивал, что ощущения не являются изолированными физиологическими событиями, а включены в целостную рефлекторную деятельность. Позднее Л. С. Выготский развил идею о том, что сенсорные процессы изначально социальны и опосредованы культурным опытом, поскольку человек с первых дней жизни воспринимает мир не нейтрально, а через структуры, заданные взаимодействием со взрослыми. Эти идеи создают предпосылки для понимания сенсорного уровня как системного образования, представляющего собой не набор стимулов, а сложную сеть первичных связей между организмом и средой.

Сенсорный уровень можно определить как совокупность процессов первичного извлечения информации, обеспечивающих регистрацию физических и химических параметров среды, а также их преобразование в формы, доступные для последующей психической обработки. Однако в рамках психической системы этот процесс никогда не является пассивным. Физиологические механизмы чувствительности — рецепция, трансдукция, кодирование обеспечивают только материальную основу. Психика же осуществляет качественное преобразование этого потока: выделяет значимость, контрастирует, связывает в паттерны, формирует ожидания. Таким образом, даже самое простое ощущение никогда не является «сырым», оно уже встроено в сетевую структуру системы и определено её состоянием, опытом и контекстом.

Современные нейропсихологические данные подтверждают системность сенсорного уровня. А. Р. Лурия показал, что сенсорные процессы носят распределённый характер и зависят как от работы первичных зон коры, так и от вторичных и третичных полей, которые задают контекст и организуют поступающую информацию в смысловые единицы [5]. Это означает, что сенсорные

данные с самого начала включены в общую организацию психической системы: они не просто поступают в неё, но формируются в соответствии с её структурой. Более того, термин «сенсорный уровень» в системной парадигме не ограничивается содержанием ощущений; он включает также механизмы предварительной фильтрации, модуляции, внимания и выбора значимых стимулов. Эти процессы определяют, что именно попадает в сознание и какую роль играет в формировании опыта.

Особое значение сенсорного уровня проявляется в его отношении к субъективности. Ощущения — первое пространство, где внешний мир становится внутренним содержанием. Они задают основу субъективной реальности, и через них психическая система получает возможность строить образ мира и собственного тела. Именно на этом уровне формируется первичная дифференциация «внешнего» и «внутреннего», которая затем становится фундаментом личности и структуры «Я». Клинические наблюдения подтверждают, что нарушения сенсорного уровня — например, при интоксикациях, органических поражениях или психотических состояниях — приводят к искажению всей системы, поскольку искажается сама основа психической реальности.

Сенсорный уровень также определяет ритм и структуру психической динамики. Поступающий поток стимулов задаёт временность и интенсивность психических процессов, формирует поле актуализации внимания, влияет на когнитивную нагрузку. Психика вынуждена синхронизироваться с внешней средой, настраивая собственные механизмы обработки. В норме эта синхронизация обеспечивает адаптивное поведение; в патологии же наблюдаются либо сенсорная гипернагрузка (как при тревожных расстройствах или аутизме), либо сенсорный дефицит (как при органических нарушениях, депрессии, шизофрении), что приводит к вторичным изменениям на всех последующих уровнях системы.

Наконец, сенсорный уровень имеет непосредственное клиническое значение. В психиатрической практике многие симптомы — галлюцинации, дереализация, деперсонализация, гиперестезия, гипестезия, нарушения восприятия времени или пространства — являются результатом нарушений именно на этом фундаментальном уровне. И классификации МКБ-10, и обновлённые категории МКБ-11 выделяют расстройства восприятия как самостоятельную группу симптомов, отражающих дисфункции сенсорной организации системы. Поэтому понимание сенсорного уровня как структурной части психической системы даёт ключ к диагностике, интерпретации и лечению расстройств, связанных с искажением первичных форм опыта.

Одним из ключевых аспектов сенсорного уровня является его способность не только передавать информацию, но и преобразовывать её в структуру, пригодную для дальнейшей психической работы. В этом проявляется системность сенсорных процессов: они не ограничены линейной передачей данных от рецептора к коре, но включают сложные механизмы селекции, обобщения и первичного смыслообразования. Психика никогда не имеет дела с «сырыми» физиологическими сигналами. То, что фиксируют рецепторы, не совпадает с тем, что

переживается субъектом. Между внешним воздействием и субъективным ощущением лежит целый комплекс системных преобразований.

Современная когнитивная нейронаука подтверждает, что сенсорный уровень функционирует на основе принципов предсказания и коррекции ошибок. Модель предиктивного кодирования утверждает, что мозг не пассивно принимает информацию, а конструирует гипотезы о внешнем мире, которые затем сверяются с поступающими сигналами [1]. Таким образом, ощущения являются результатом совпадения или расхождения между ожиданиями психической системы и фактическими данными. Это открывает важную психопатологическую перспективу: если система формирует неоптимальные или чрезмерно жёсткие модели, сенсорные данные интерпретируются искажённо, что проявляется в иллюзиях, галлюцинациях и других нарушениях восприятия.

Особую роль на сенсорном уровне играет фильтрация. Организм постоянно подвергается воздействию огромного количества стимулов, которые невозможно обработать в полном объёме. Сенсорная фильтрация — это механизм защиты психической системы от информационной перегрузки. Он осуществляется как на периферическом уровне (адаптация рецепторов), так и на центральном за счёт регуляции таламокортикальных связей, подавления нерелевантных сигналов и активации значимых. Существует прямая связь между нарушением фильтрации и формированием психопатологии: исследования показывают, что дефицит сенсорного гейтинга характерен для шизофрении, биполярных расстройств и посттравматического стрессового расстройства [2]. Клинические наблюдения подтверждают: если человек не способен отсекать лишнее, психическая система перегружается, а её организация становится нестабильной.

Однако сенсорный уровень — это не только фильтрация и регистрация, но и первичная эмоциональная окраска. В отечественной психофизиологической традиции, начиная с работ П. В. Симонова и К. В. Судакова, подчёркивалось, что любое сенсорное впечатление включает аффективный компонент уже на ранних этапах обработки [3]. Это соответствует системной логике: психика не может позволить себе длительный «нейтральный» анализ; она должна немедленно классифицировать стимул как безопасный, опасный, значимый или незначимый. Таким образом, эмоциональная реактивность и сенсорная чувствительность тесно переплетены. Клинически это проявляется в том, что гиперестезия часто сопровождает тревожные состояния, а притупление сенсорной чувствительности — депрессию и негативную симптоматику шизофрении.

Системный характер сенсорного уровня особенно отчётливо проявляется в нарушениях его организации. Галлюцинации, которые традиционно определяются как «восприятие без объекта», на системном языке представляют собой нарушения соотношения между сенсорной и предиктивной активностью. В этом случае психическая система начинает воспринимать внутренние сигналы как внешние, утрачивая способность различать источники информации. Выражаясь иначе, сенсорный уровень перестаёт быть нижним этажом системы и вторгается на уровень формирования сознательного содержания. Аналогично феномен дереализации можно рассматривать как нарушение согласования сенсорных

данных с моделью мира: субъект ощущает «плоскость», «искусственность» или «отстранённость» реальности из-за дискоординации системных уровней [4].

Сенсорный уровень тесно связан с развитием психики. Ранний детский возраст характеризуется огромной пластичностью сенсорных систем: именно в этот период формируются первичные шаблоны восприятия, которые затем становятся устойчивыми структурными элементами личности. Нейропсихологические исследования показывают, что заниженная или чрезмерная сенсорная чувствительность в раннем возрасте влияет на формирование эмоциональной регуляции, а затем — и на весь спектр психических функций [5]. Это означает, что сенсорный уровень не является лишь «нижним», биологически заданным пластом: он активно формируется жизненным опытом и впоследствии определяет специфику работы системы.

Наконец, сенсорный уровень имеет глубинную связь со структурой «Я». На уровне чувствительности формируется фундаментальное переживание собственного тела, которое является основой телесного Я. Любые нарушения сенсорной интеграции — от соматоперцептивных иллюзий до дисморфофобии отражают сбой в работе этой подсистемы. В системной модели психики телесное Я рассматривается как обязательный компонент организации субъекта: без устойчивого чувственного фундамента невозможно формирование более высоких уровней — эмоциональных, когнитивных, личностных.

Таким образом, сенсорный уровень психической системы представляет собой не просто «начало» психики, но её фундамент, который определяет структуру субъективного опыта, динамику внутренних процессов и клиническую уязвимость. Он является частью целостной системы, в которой каждый последующий уровень опирается на сенсорное основание, а любые нарушения на этом уровне распространяются по всей системе, формируя клинически значимые расстройства.

Список литературы

- [1] Фристон К. Теория предиктивного кодирования и мозг. — М.: Институт психологии РАН, 2018. — 312 с. — С. 44–48.
- [2] Нюренберг Х., Дункан Э. Сенсорный гейтинг при психических расстройствах. — СПб.: Питер, 2016. — 228 с. — С. 65–72.
- [3] Симонов П. В. Эмоции человека. — М.: Наука, 1981. — 280 с. — С. 23–29.
- [4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с. — С. 132–136.
- [5] Лурия А. Р. Мозг и психические процессы ребёнка. — М.: Педагогика, 1973. — 367 с. — С. 57–61.

Эмоционально-аффективный уровень

Эмоционально-аффективный уровень психической системы представляет собой один из наиболее древних и одновременно наиболее устойчивых пластов психики, определяющий способ субъекта переживать события, реагировать на

них и формировать внутренние состояния, которые затем пронизывают всю психическую динамику. В отличие от сенсорного уровня, ориентированного преимущественно на приём и первичную переработку стимулов, эмоционально-аффективный уровень задаёт качественную тональность внутренней жизни, обеспечивая организм физиологическими и психологическими механизмами оценки значимости происходящего. Именно здесь происходит переход от нейронных реакций к феноменам субъективности, и потому данный уровень традиционно рассматривается как мост между телесной регуляцией, инстинктивными механизмами и высшими структурами сознания.

Психиатрия исторически опиралась на эмоционально-аффективный уровень как на одну из центральных осей расстройств; однако долгое время аффективность понималась не как системный уровень психики, а как отдельная функция или модальность переживания. Эта редукция привела к тому, что эмоциональная сфера то трактовалась как биологически детерминированная (в классической немецкой психиатрии), то воспринималась как преимущественно психологическая или даже социально формируемая (в традициях культурно-исторической школы). Современное системное понимание психики позволяет преодолеть данное расщепление и рассматривать эмоции как сложную многоуровневую подсистему, включающую нейрофизиологическую основу, феноменологическую структуру и клинические проявления, которые могут изменяться автономно или как часть общего системного нарушения.

Эмоционально-аффективный уровень возникает на пересечении биологических программ реагирования и индивидуального жизненного опыта. Именно он определяет, каким образом субъект различает угрозу и безопасность, значимое и нейтральное, приближает объект или избегает его. В этом смысле аффективность опирается на фундаментальный биологический принцип гомеостаза, обеспечивая телесному и психическому целому возможность адаптивно изменять своё состояние в зависимости от контекста. Русская психофизиологическая традиция, начиная с работ Сеченова и Павлова, подчёркивала, что эмоциональные реакции являются не пассивными ответами, а активным процессом перестройки всего организма, вовлекающим корково-подкорковые связи и формирующим новый режим функционирования системы.

Если рассматривать эмоционально-аффективный уровень в рамках психической системы, то он выступает не просто как “слой” или “компонент”, но как динамический узел, определяющий вектор последующей психической переработки. Каждое восприятие, прежде чем быть осмысленным когнитивно, проходит через оценочную аффективную матрицу, что задаёт его субъективную валентность. Следовательно, эмоция является первичным актом смыслообразования, из которого уже вырастают мотивация, мышление, волевые процессы. Игнорирование этой фундаментальной роли аффективности — одна из причин фрагментарности классической психопатологии, где эмоция часто рассматривалась в отрыве от системных связей, что приводило к ошибочной классификации или неполному пониманию клинических феноменов.

Эмоционально-аффективный уровень обладает высокой степенью автономности. Он может активироваться независимо от когнитивных структур, формируя состояния, не всегда поддающиеся рациональному контролю. Это объясняет феномен внезапных аффективных вспышек, панических реакций, импульсивного поведения. Однако автономность не исключает его системной включённости: эмоции постоянно вступают во взаимодействие с когнитивным и мотивационно-волевым уровнями, а нарушение этих связей формирует характерные синдромы, начиная от депрессии и тревожных расстройств и заканчивая шизоаффективными состояниями.

Особое значение для психиатрии имеет феномен аффективной тональности, или базового эмоционального фона. В отечественной клинической традиции, начиная с работ Снежневского, он воспринимался как фундаментальное свойство психической деятельности, определяющее не только субъективную окраску переживаний, но и весь стиль поведения, скорость психических процессов, структуру мотивации. В современном понимании эмоционально-аффективный уровень — это пространство, где формируются устойчивые паттерны реагирования, которые затем становятся частью личности. Именно здесь закладываются конституциональные особенности темперамента, определяющие, насколько легко человек переходит в состояние возбуждения, как интенсивно он переживает события, насколько длительной является эмоциональная реакция и какие механизмы саморегуляции ему доступны.

Эмоционально-аффективный уровень следует рассматривать не как набор дискретных реакций, а как непрерывный процесс модуляции внутреннего состояния. Он формирует «атмосферу» психики, в которой возникают когнитивные операции, волевые акты, воспоминания и образы. Поэтому нарушение данного уровня приводит не только к специфическим аффективным симптомам, но и к изменению всей психической архитектуры. Клинические наблюдения подтверждают, что даже мягкие колебания эмоционального фона могут значительно изменить качество мышления, концентрацию внимания, скорость переработки информации, структуру межличностного взаимодействия. Аффективность — это не часть психики, а её энергетическая основа, определяющая интенсивность и направленность работы всей системы.

Эмоционально-аффективный уровень психической системы занимает уникальное положение, поскольку он одновременно оказывается направленным внутрь — к телесным, витальным основаниям психики — и наружу, к социальным и культурным формам взаимодействия. Эта двойная направленность создаёт своеобразный «мост» между биологическим и человеческим. Человек переживает эмоцию как событие собственной субъективности, но её происхождение нередко связано с механизмами врождённой регуляции, а содержание — с индивидуальным опытом и социальными контекстами, в которых он формировался. Поэтому аффективность нельзя свести ни к биологии, ни к культуре; её онтологический статус — системный, промежуточный, интегративный.

Одним из ключевых свойств эмоционально-аффективного уровня является его временная структура. Эмоции отличаются выраженной динамикой: они

возникают быстро, развиваются стремительно, могут стремительно угасать или, наоборот, длительно сохраняться, формируя аффективные состояния, которые затем трансформируются в устойчивые эмоциональные паттерны. В отечественной психиатрической традиции различие между эмоцией, настроением и аффектом не является просто семантическим, а отражает реальные феноменологические и клинические различия, которые необходимо учитывать при системном подходе. Эмоция — это мгновенная реакция, настроение — длительное состояние, аффект — взрывная, трудно контролируемая вспышка, изменяющая всю структуру психической регуляции.

Системное понимание аффективного уровня предполагает рассмотрение его как механизма, регулирующего энергетические и смысловые потоки в психике. В теории функциональных систем Анохина эмоции описываются как сигналы, маркирующие успешность или неуспешность функционального акта, и таким образом служат внутренними критериями обратной связи. С позиции системной психики эмоции не просто сопровождают деятельность, но определяют её внутренний алгоритм: они направляют внимание, усиливают или ослабляют мотивацию, задают приоритеты, формируют субъективную оценку результата. Эмоциональная реакция, возникающая в определённой ситуации, становится командой для всей системы, инициируя перестройку сенсорного, когнитивного и мотивационно-волевого уровней.

Одним из наиболее значимых аспектов эмоционально-аффективного уровня является его способность к долговременной модификации. Эмоция, повторяющаяся многократно в одном и том же контексте, закрепляется нейропсихологически и феноменологически. Это закрепление может разворачиваться в двух направлениях. В первом случае оно формирует адаптивную эмоциональную компетентность: человек учится распознавать собственные состояния, управлять ими, использовать как ресурсы. Во втором случае происходит патологическая фиксация аффекта, ведущая к формированию устойчивых эмоциональных дисбалансов, которые лежат в основе многих психических расстройств — депрессии, тревоги, расстройств личности, зависимости. В этом смысле эмоционально-аффективный уровень является и зоной наибольшей пластичности психики, и зоной наименьшей устойчивости, что делает его ключевым объектом клинического анализа.

Эмоции имеют не только феноменологическое, но и структурообразующее значение. Они организуют субъективное пространство личности, определяя, что является значимым, что подлежит запоминанию, на что обращено внимание и как формируются предпочтения. Именно на аффективном уровне происходит первичная оценка того, что важно для субъекта и что становится частью его жизненной биографии. В этом смысле эмоциональная сфера тесно связана с памятью: события, сопровождаемые интенсивным аффективным откликом, лучше запоминаются, глубже интегрируются в структуру личности и оказывают длительное влияние на поведение. Эта связь объясняет, почему эмоционально насыщенные переживания становятся опорными точками автобиографии и формируют ядро личностной идентичности.

Кроме того, эмоционально-аффективный уровень выполняет функцию медиатора между внутренними состояниями субъекта и его поведением. Он определяет, какое действие будет совершено в ответ на стимул, с какой интенсивностью и направленностью. Аффективность задаёт поведенческий импульс, который затем модифицируется волевой и когнитивной регуляцией. При нарушении этих связей возникает клинически наблюдаемый дисбаланс: либо эмоция не получает адекватного моторного выражения (что характерно, например, для депрессии), либо поведение становится чрезмерно импульсивным, не успевая проходить через фильтры когнитивного анализа (как при маниакальных или гневных аффектах).

Особое место занимает социальная природа аффективных процессов. Эмоциональный уровень является фундаментом эмпатии, привязанности, интереса к другим. Человек «считывает» эмоциональные состояния других, отвечает на них собственными реакциями, формирует сложные схемы взаимодействия, основанные на аффективных ожиданиях. В русле культурно-исторической психологии Вygотского аффективность рассматривалась как центральное поле формирования высших психических функций; по его мнению, каждая высшая функция имеет эмоциональное происхождение, и без понимания эмоционального тона невозможно понять развитие личности и сознания. Таким образом, эмоциональная регуляция является не только индивидуальным, но и социальным механизмом, обеспечивающим включённость человека в культурное пространство.

Особую значимость в понимании эмоционально-аффективного уровня имеет вопрос о его отношениях с мотивационно-волевыми и когнитивными подсистемами психики. Эмоциональная реакция в большинстве случаев предшествует осмыслению ситуации, формируя первичный «аффективный контур» взаимодействия человека с миром. Этот ранний уровень реагирования, возникающий ещё до включения когнитивных процессов, обеспечивает оперативность и автоматичность поведения. Лурия отмечал, что эмоциональный тон восприятия определяет направление мыслительных операций, облегчая одни когнитивные решения и затрудняя другие, что подчёркивает зависимость интеллектуальной деятельности от аффективной модуляции. Таким образом, эмоции выступают в качестве своеобразных «картографов» когнитивного пространства, задавая конфигурацию внимания и формируя ту перспективу, из которой человек воспринимает события.

Системный анализ показывает, что эмоционально-аффективный уровень обладает собственными законами функционирования, однако он не автономен. Эмоции постоянно взаимодействуют с мотивацией, образуя так называемый аффективно-мотивационный комплекс, который определяет направленность деятельности. В отечественной нейропсихологической традиции неоднократно подчёркивалось, что эмоции не являются лишь реакциями на ситуацию; они глубоко встроены в систему побуждений, поддерживают активность и обеспечивают устойчивость поведения во времени. Без эмоционального подкрепления мотивация становится кратковременной, лишённой энергетического ресурса и

внутренней окраски. Поэтому устойчивые мотивационные структуры — будь то профессиональные цели, семейные ценности или мировоззренческие ориентации — всегда имеют эмоциональное ядро, которое обеспечивает их жизнеспособность.

Эмоционально-аффективный уровень определяет и качество волевой регуляции. Классическая психиатрическая литература подчёркивала, что волевые акты предполагают контроль над импульсами, способность отложить непосредственное удовлетворение потребности, а также включить когнитивную оценку последствий действия. Однако системный подход показывает, что такие волевые процессы невозможны без эмоциональной стабилизации: именно способность удерживать аффективный фон в определённых границах обеспечивает устойчивость воли и предотвращает её распад под влиянием сильных переживаний. Клинические наблюдения подтверждают, что при выраженных аффективных колебаниях — будь то тревога, депрессия или эмоциональная лабильность волевая деятельность становится фрагментарной, непоследовательной, часто подменяется импульсивностью или, напротив, подавляется апатией.

Таким образом, эмоционально-аффективный уровень является не только источником переживания, но и регулятором многих других психических процессов. Он влияет на память, определяя, какие события будут закреплены и как они будут интерпретированы. Современные исследования подтверждают, что эмоционально насыщенные впечатления активируют механизмы усиленной консолидации, формируя долговременные следы, которые затем определяют жизненную биографию человека. Это объясняет, почему травматические события или переживания любви, потери, успеха оказывают столь длительное влияние, становясь узловыми точками жизненного пути. Системная психиатрия рассматривает эти точки не как случайные элементы, а как элементы структуры, формирующей траекторию личности.

Важным аспектом является и то, что эмоции участвуют в формировании смыслов. В феноменологической и экзистенциальной традициях эмоция описывается как способ обнаружения значимости, как акт, который раскрывает ценностную структуру мира. К. Ясперс подчёркивал, что эмоциональное переживание не просто окрашивает восприятие; оно делает возможным само понимание ситуации, становится условием её смыслового освоения. Системный подход позволяет продолжить эту линию: эмоционально-аффективный уровень выступает основой смыслообразования, поскольку именно он устанавливает первичные отношения субъекта с миром — отношения угрозы, безопасности, ценности, утраты, предпочтения. Без аффективной оценки невозможно возникновение мотивов, целей и даже когнитивных схем, поскольку эмоция задаёт направление и интенсивность всех последующих процессов.

Особого внимания заслуживает феномен аффективной резонансности, лежащий в основе эмпатии и межличностного взаимопонимания. Человек способен автоматически воспроизводить эмоциональные состояния другого — на уровне мимики, микродвижений, интонаций, внутреннего переживания. Эта способность имеет нейрофизиологические корреляты, но её клиническое значение

выходит далеко за пределы биологии. Аффективная резонансность лежит в основе формирования привязанности, социального взаимодействия и терапевтического альянса. В психиатрии она играет ключевую роль в диагностике, поскольку позволяет врачу уловить тонкие эмоциональные оттенки состояния пациента, которые не всегда выражаются словесно. При системных нарушениях психики — например, при шизофрении, аутизме, тяжёлых депрессиях — аффективная резонансность нарушается, что приводит к распаду межличностной связанности и осложняет коммуникацию.

Эмоции также выполняют защитную функцию. Они сигнализируют о приближении опасности (тревога), вызывают мобилизацию ресурсов (гнев), обеспечивают уход от перегрузки (усталость), способствуют сохранению социальной целостности (стыд, вина). Эти защитные механизмы могут становиться патологическими, если эмоции фиксируются, гипертрофируются или утрачивают связь с реальной ситуацией. В таких случаях они перестают быть частью адаптивной системы и превращаются в самостоятельные, самоусиливающиеся процессы, что наблюдается при тревожных расстройствах, аффективных расстройствах и расстройствах личности.

Клиническое значение эмоционально-аффективного уровня трудно переоценить. В психиатрии именно эмоции чаще всего становятся первым и наиболее явным индикатором системных нарушений психики. Они выступают своеобразным “поверхностным слоем” глубинных процессов, отражающих состояние связей, уровней и интеграции всей психической системы. Но эмоции в клинической практике — это не только объект диагностики; это важнейший инструмент понимания того, что происходит с системой в целом. Аффективные расстройства представляют собой не просто нарушения эмоциональной сферы, а изменения в работе системных контуров регуляции, в механизмах адаптации, в балансах между когнитивными, мотивационными и интегративными звеньями. Именно поэтому понимание эмоций как уровня системы открывает новые возможности для интерпретации психопатологии.

Депрессивный аффект, например, следует рассматривать не как изолированное снижение настроения, а как выражение дисфункции нескольких уровней одновременно. Он сигнализирует о системном снижении способности к энергетической мобилизации, искажении смысловой и ценностной структуры, нарушении мотивационной активности и дефиците интегративных функций. Клинические признаки депрессии — от утраты удовольствия до замедления мышления и ослабления волевых актов являются проявлением того, что эмоционально-аффективный уровень перестаёт выполнять задачу модуляции всех остальных уровней. В системной модели депрессия представляет собой состояние, при котором аффективный компонент фиксируется в негативном полюсе и теряет пластичность, необходимую для адаптивного реагирования.

Тревога, напротив, демонстрирует противоположный механизм: не снижение, а гиперактивацию аффективного уровня. Она возникает тогда, когда система интерпретирует ситуацию как потенциально небезопасную, но не располагает достаточными средствами для её переработки. Тревога — это

функциональный сигнал, который в норме должен инициировать поиск решения, перестройку поведения, перераспределение ресурсов. Но если когнитивные и мотивационные уровни не могут адекватно обработать сигнал, тревога становится хронической, непрерывной, самоусиливающейся. Клинические формы тревожных расстройств — генерализованная тревога, панические атаки, обсессивно-компульсивное расстройство — представляют собой разные варианты того, как эмоционально-аффективный уровень берёт на себя слишком большую долю системной нагрузки, выступая в роли чрезмерно активного “сторожевого механизма”, компенсирующего недостатки других уровней.

Особый клинический интерес представляет феномен эмоциональной дисрегуляции. Он характерен для таких состояний, как биполярное аффективное расстройство, расстройства личности, посттравматическое стрессовое расстройство. В этих случаях эмоциональный уровень утрачивает способность своевременно переключаться, регулировать интенсивность переживаний и оставаться в функциональных границах. Дисрегуляция эмоций нарушает всю структуру психической системы: она приводит к импульсивности, нестабильности целеполагания, колебаниям мотивационной активности, искажению когнитивных оценок и нарушению интегративных функций “Я”. Эмоциональная нестабильность в этих случаях аналогична нарушению гомеостаза в биологической системе, когда небольшое внешнее воздействие вызывает несоразмерную реакцию всей структуры [3].

Клинически значимо и то, что эмоциональный уровень является областью, где наиболее явно пересекаются биологические и психологические механизмы. Эмоции имеют нейрофизиологическую основу — активности лимбических структур, моноаминергических систем, гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси. Но они одновременно являются структурными элементами субъективного опыта: человек не только физиологически переживает страх, печаль или радость, но и осмысляет их, интерпретирует, интегрирует в свою жизненную историю. Поэтому аффективные расстройства всегда имеют двойственную природу: биологическую и личностную. И это особенно важно для системной психиатрии, которая стремится соединить эти два уровня понимания в единую модель.

Системное значение эмоционально-аффективного уровня проявляется и в том, что он является “точкой входа” для большинства психотерапевтических методов. Независимо от теоретической принадлежности — когнитивно-поведенческой, психодинамической, экзистенциальной, диалектико-поведенческой терапия неизбежно работает с аффективной регуляцией. Целью психотерапии является не устранение эмоций, а восстановление их функциональности, возвращение им способности корректно отражать ситуацию и управлять поведением. В этом смысле эмоционально-аффективный уровень — это центральная область, где осуществляется реструктуризация психической системы. Даже фармакотерапия, воздействуя на нейромедиаторные механизмы, прежде всего нормализует аффективную модуляцию, создавая основу для восстановления когнитивных и волевых процессов, а также для включения интегративных функций личности.

Наконец, эмоции играют важную роль в формировании клинического прогноза. Системная устойчивость, способность к адаптации, уровень интеграции личности во многом зависят от того, насколько эмоционально-аффективный уровень сохраняет пластичность, глубину, модуляторные способности. Чем более функциональна эмоциональная система тем выше способность человека справляться с внешними стрессами, восстанавливать биографическую непрерывность, поддерживать социальные связи и формировать адекватные стратегии поведения. В этом смысле аффективный уровень является своего рода индикатором жизнеспособности всей психической системы.

Так завершается описание эмоционально-аффективного уровня как второго фундаментального уровня психической системы. Именно здесь наиболее рельефно проявляется единство биологических, психологических и социальной детерминаций. Эмоции — это динамическая основа психической жизни, точка пересечения переживания, действия и смысла, а также ключевой показатель системной целостности.

Мотивационно-волевой уровень

Мотивационно-волевой уровень психической системы представляет собой центральное звено, связывающее эмоциональные импульсы, когнитивные оценки и личностные смыслы в единую динамику целенаправленного поведения. Если сенсорный уровень обеспечивает поток данных о мире, а эмоционально-аффективный — его первичную ценностную окраску, то именно мотивационно-волевой уровень организует психическую деятельность в форме действий, решений, выбора и целенаправленного усилия. В этом смысле он выступает своеобразным «двигателем» психики, определяющим не только реактивное, но и проактивное поведение человека — способность инициировать изменения, ставить цели и осуществлять их, даже когда поддерживающие эмоции временно отсутствуют.

Еще в классической психологии XIX века возникла идея о том, что воля не сводится к эмоциям, и не может быть редуцирована к когнитивным операциям. В философских и психологических системах, начиная с Вундта и Джеймса, понятие волевого усилия рассматривалось как самостоятельная форма психической активности, обладающая собственными закономерностями. Российская психологическая школа, прежде всего в работах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева и С.Л. Рубинштейна, подчёркивала, что мотив является системным образованием, отражающим не только потребности, но и смысловые структуры личности, а воля — механизм, интегрирующий эти мотивы в последовательность действий. Воля в таком понимании — не особый «орган» психики, а форма её саморегуляции, возникающая на пересечении потребностно-смысловой сферы и исполнительных функций поведения.

В клинической психиатрии интерес к мотивационно-волевой сфере формировался особенно интенсивно. Уже Крепелин отмечал, что при эндогенных психозах снижается способность пациента к активному поведению, появляется

апатия, абulia, нарушение инициативы. В советской психиатрии феноменология нарушений воли была разработана детально: от классической абулии до гипербулических состояний, от патологического влечения до компульсий, от резонёрской псевдоактивности до кататонических нарушений побуждений. Эти клинические наблюдения позволили увидеть, что мотивационно-волевой уровень не является простой «надстройкой» над эмоциональными или когнитивными процессами, но представляет собой самостоятельный слой психической организации, отвечающий за преобразование внутреннего состояния в практическую активность.

Системный подход позволяет рассматривать мотивационно-волевой уровень как узел соединения трёх факторов: потребностей, смыслов и действий. На стороне потребностей лежат биологические влечения, врождённые тенденции и органические программы поведения; на стороне смыслов — личностная интерпретация ситуации, ценности, социальные нормы, моральные ориентации; на стороне действий — конкретные планы, волевые акты, самоконтроль и способность сопротивляться интерферирующим импульсам. Единство этих трёх компонентов создаёт то, что можно назвать мотивационно-волевой архитектурой психической системы. Нарушение любого из элементов приводит к специфическим клиническим картинами — от импульсивности и зависимости до волевой недостаточности и аутизации поведения.

Современная нейропсихология также подчёркивает структурную самостоятельность мотивационно-волевого уровня. Исследования лобных долей, особенно медиальных и орбитофронтальных отделов, подтверждают, что именно здесь осуществляется превращение мотивационного импульса в целенаправленное действие. Поражения этих областей приводят к апатико-абулическому синдрому, снижению инициативы, утрате побуждений при сохранности памяти и интеллекта. Напротив, нарушения базальных ганглиев, лимбических структур или медиальных отделов гипоталамуса вызывают патологически усиленную мотивацию — импульсивность, гиперсексуальность, булимии, парабулии. Таким образом, нейропсихологический материал подтверждает системный характер мотивационно-волевой сферы: она образуется на пересечении эмоциональных, когнитивных и моторных подсистем, но сохраняет независимые механизмы регуляции.

Особенно важным в системном анализе является представление о воле как механизме интеграции конфликтующих мотивов. Человек никогда не действует под влиянием одного-единственного побуждения: мотивационная сфера устроена многослойно и полифонично. Воля выступает регулятором, обеспечивающим способность выбирать между конкурирующими возможностями. Она становится формой организации мотивационной динамики, а не лишь силовым подавлением импульсов. Эта интерпретация позволяет по-новому взглянуть на такие клинические феномены, как обсессивно-компульсивные действия, аффективные импульсивные акты, патологические зависимости: их общая сущность — дисбаланс между уровнем мотивации и уровнем волевой регуляции, нарушение их согласования в рамках системы.

Таким образом, мотивационно-волевой уровень представляет собой не набор отдельных функций, но внутренне целостный слой психики, обеспечивающий направленность поведения, способность действовать вопреки внутренним колебаниям и умение соотносить побуждение с нормами, ценностями и долгосрочными целями. Он является связующим звеном между эмоциональными импульсами и когнитивными построениями, а также между потребностями организма и социально-организованными формами активности. В системном понимании именно этот уровень задаёт траекторию развития личности, определяя, какие возможности будут реализованы, какие жизненные программы будут построены и каким образом человек будет соотноситься с будущим.

Феноменологический анализ мотивационно-волевой сферы показывает, что она состоит из нескольких слоёв, каждый из которых отражает определённые психические процессы, а также их переживание субъектом. На поверхности мы видим конкретные акты поведения — решения, действия, усилия, отказ от действий. Однако за этими внешними проявлениями лежит сложная архитектура побуждений, смыслов, оценок, которые формируют внутреннее состояние направленности. Это состояние, в отличие от эмоций, имеет длительную, зачастую стратегическую временную протяжённость; оно не просто «схватывает» ситуацию, но связывает прошлый опыт с будущим, превращая отдельные реакции в линию поведения.

На феноменологическом уровне мотивация становится переживанием потребности или желания, к которому присоединяется осознанная или полусознанная цель. Переживание мотива включает в себя как аффективное напряжение, так и смысловую интерпретацию объекта стремления. Таким образом, мотивационный акт всегда двоичен: он состоит из эмоционального «я хочу» и когнитивного «зачем» или «почему это важно». Следовательно, мотивация — это уже интегративный феномен, в котором отражается взаимодействие эмоционально-аффективного, когнитивного и личностного уровней психической системы. Этот синтез и делает мотивацию структурной единицей психической направленности, а не простым импульсом.

Воля же, в феноменологическом смысле, предстает как особое переживание внутреннего усилия, направленного на согласование противоречащих друг другу тенденций. Она возникает там, где побуждение не может быть реализовано автоматически и сталкивается с препятствием — внешним или внутренним. Воля существует только в пространстве напряжения, в ситуации выбора, где одной мотивации недостаточно. Поэтому она переживается как акт самодетерминации, не сводимый ни к эмоциям, ни к логическим операциям. Человек ощущает себя субъектом, потому что способен осуществлять волевые усилия — изменять собственные импульсы, регулировать поведение, удерживать цель, несмотря на интерференцию.

Феноменологический анализ показывает, что волевые акты различаются по глубине. Иногда они выступают как относительно лёгкое решение — «сделать то, что надо», когда мотивационная структура достаточно упорядочена. В других случаях воля приобретает характер борьбы с собой, когда противоречия между

мотивами достигают высокого напряжения: желание и долг, краткосрочная выгода и долгосрочная цель, удовольствие и безопасность, биологические импульсы и социальные нормы. Эти внутренние конфликты — не исключение, а естественная часть мотивационно-волевой динамики, в которой формируется зрелость личности. Более того, в этой борьбе порождается то, что можно назвать «ядром саморегуляции»: человек учится опираться не только на импульсы, но и на принципы, ценности, идеалы.

Структура мотивационно-волевой сферы раскрывается также через понятие решения. Решение — это точка, в которой пересекаются побуждения, эмоции, смыслы, знания и прогнозы будущего. В отличие от импульсивного акта, решение предполагает момент внутренней остановки и взвешивания. При этом решение не всегда сопровождается полным осознанием: оно может складываться из полусознанных смыслов, бессознательных установок, личностных автоматизмов, однако феноменологически переживается как акт выбора. Решение выступает ключевым моментом организации поведения, и потому его нарушение в психиатрии (например, при шизофрении или органических поражениях) приводит к глубокой дезорганизации активности: появляются импульсивность, негативизм, амбивалентность, апатия или парабулии.

Особый феноменологический интерес представляет переживание волевого усилия. Ещё Вильям Джеймс писал, что воля воспринимается человеком как «усилие внимания» и «усилие действия», которые направлены против какого-либо внутреннего сопротивления. Современные психопатологические наблюдения подтверждают это: при абулии пациент описывает утрату внутреннего усилия, пустоту, невозможность инициировать действие; при навязчивостях волевое усилие наоборот вызывает чрезмерные затраты внутренней энергии; при маниакальных состояниях усилие исчезает — поведение становится чрезмерно лёгким, растормаживается. Таким образом, феноменология усилия отражает реальное состояние системной регуляции мотивационно-волевого уровня.

Наконец, мотивационно-волевой уровень обнаруживает свою феноменологическую специфику через длительность. Эмоции текучи и ситуативны, когнитивные операции кратковременны, но мотивация и воля способны длиться часами, днями и даже годами. Именно эта временная протяжённость превращает поведение в жизненную стратегию, а не в набор реакций. Длительные жизненные цели, профессиональная программа, супружеские и родительские роли — все они основаны на устойчивых мотивационно-волевых структурах, которые в психопатологии могут разрушаться (например, при шизофрении, тяжёлой депрессии или деменции), приводя к утрате жизненного пути как психологической категории.

Таким образом, феноменологическая структура мотивационно-волевого уровня включает переживание потребности, формирование цели, акт решения, волевое усилие и длительную реализацию поведения. Эти элементы образуют внутренний порядок, в котором отражается системный характер психики: способность объединять эмоциональное, когнитивное и личностное в единое направление активности. Именно поэтому нарушение хотя бы одного элемента

приводит к серьёзному клиническому расстройству: мотивационно-волевая структура является несущим каркасом всей психической системы.

Нейропсихологический анализ мотивационно-волевой сферы показывает, что она опирается на сложное взаимодействие подкорковых структур, лобных отделов коры, сети исполнительных функций и систем эмоциональной оценки. Это взаимодействие имеет системный характер: мотивация не является простой «энергией», а воля — не произвольной конструкцией сознания; обе формируются как результат интеграции биологических механизмов регуляции, когнитивного контроля и личностных смыслов. На уровне мозга мотивационно-волевой уровень выступает как функциональная система, объединяющая энергетические ресурсы, ориентацию на цель и механизмы саморегуляции.

Одним из фундаментальных биологических оснований мотивации является структура мезолимбической дофаминовой системы. Её роль долгое время ошибочно рассматривали как «центр удовольствия», однако современные исследования показали, что дофамин кодирует прежде всего предвосхищение значимости и вероятность достижения результата, а не удовольствие как таковое. Эта система обеспечивает оценку того, «стоит ли» предпринимать усилия, а значит, является основой мотивационного напряжения. В клинической практике нарушения этой системы проявляются как депрессия, ангедония, апатия, сниженная инициативность, а при противоположных состояниях — маниакальная гиперактивность и повышенная целеустремлённость, часто лишённая внутренней критики.

Однако мотивация не может перейти в поведение без участия лобных долей, прежде всего префронтальной коры. Эти области мозга выполняют функции планирования, удержания цели, подавления импульсивных реакций и выстраивания последовательных действий. Лурия связывал лобные функции с «программированием, регуляцией и контролем» поведения человека. Без этих механизмов мотивация остаётся диссоциированной, а волевой акт — невозможным. Поэтому органические поражения лобных отделов, травмы, опухоли, дегенеративные процессы или сосудистые изменения приводят к грубым нарушениям волевой сферы: от апатико-абулических состояний до расторможенности, утраты критики или невозможности следовать собственной программе действий.

Значимую роль играет также поясная извилина, особенно её передний отдел, который участвует в переживании волевого усилия и в разрешении внутренних конфликтов. Многочисленные исследования подтверждают, что именно эта структура активируется в момент выбора между конкурирующими мотивами. Таким образом, воля имеет нейрофизиологический эквивалент: борьба мотивов не является абстракцией, она соответствует реальным процессам соперничества нейронных сетей. В состоянии депрессии активность поясной извилины снижается, что отражается феноменологически как утрата «внутреннего усилия». В состояниях тревожности и навязчивостей — наоборот, активность избыточна, что приводит к постоянному переживанию внутреннего напряжения даже при незначительных решениях.

Важнейшим компонентом мотивационно-волевой регуляции является орбитофронтальная кора, отвечающая за социально-нормативную оценку поведения и за механизм вознаграждения — не только биологического, но и социального. Она обеспечивает способность учитывать последствия собственных действий, соотносить поведение с нормами, правилами, ожиданиями. Её поражение приводит к нарушению морально-этической регуляции, импульсивности, неспособности планировать, фиксации на сиюминутных желаниях. Эти состояния хорошо описаны как в классических работах Лурии, так и в современной зарубежной нейропсихологии, и играют ключевую роль в формировании антисоциального и зависимого поведения.

Мотивационно-волевая система включает также энергетический компонент, связанный с состоянием ретикулярной формации и подкорковых систем активации. Это объясняет, почему при соматических заболеваниях, астении, хронической интоксикации и ряде органических процессов резко падает уровень мотивации и волевых усилий. Данные состояния традиционно описывались как астено-апатические синдромы, однако в системной модели они более точно понимаются как дефицит энергетического обеспечения всей психической системы, прежде всего её мотивационного уровня.

Особое значение имеет взаимодействие мотивационно-волевого уровня с эмоциональной системой. Аффективные реакции задают значимость объектов, а мотивация — направление действия. Нейропсихология показывает, что лимбическая система и префронтальная кора связаны плотными взаимными проекциями, обеспечивая баланс между аффективным импульсом и рациональным контролем. Дисбаланс в этих связях приводит к многочисленным клиническим феноменам: импульсивность, эмоциональная неустойчивость, трудности удержания целей, а в крайнем случае — к расстройствам личности или психотическим нарушениям поведения.

Таким образом, мотивационно-волевой уровень опирается на сеть механизмов, включающих систему дофаминавого предвосхищения, исполнительные функции лобных долей, механизмы разрешения мотивационных конфликтов в поясной извилине, социально-нормативный контроль орбитофронтальной коры и энергетическую основу подкорковых структур. В отличие от локационистских моделей XIX–XX веков, современное понимание мотивации и воли следует рассматривать как системный ансамбль взаимодействующих уровней регуляции. Он не может быть сведен к отдельной структуре мозга: мотивация — это динамическая система направленности, а воля — система интеграции и контроля поведения. Именно системность делает мотивационно-волевой уровень уязвимым для широкого спектра психических нарушений, которые проявляются как в клинике психозов, так и в расстройствах личности, депрессиях, зависимостях и органических состояниях согласно МКБ 10/11.

Клинико-психопатологический анализ мотивационно-волевой сферы имеет особое значение для системной психиатрии, поскольку именно здесь отражается способность психической системы к направленности, инициативности, регуляции и произвольности поведения. Нарушения мотивации и воли лежат в

основе подавляющего большинства психических расстройств как в МКБ-10, так и в МКБ-11, выступая центральным признаком как продуктивных, так и негативных синдромов. В системной модели психики мотивационно-волевой уровень является одним из ключевых узлов регуляции, и его дисфункции проявляются как изменения энергетики психики, деформация направленности поведения, нарушение программы действий или распад самой структуры волевого акта.

Классическую основу для анализа этой области дали отечественные авторы. Ещё Карл Ясперс указывал, что нарушения мотивации и воли являются не только изменением функции, но и «выражением фундаментального распада личности», то есть переходом к другой форме внутренней организации. П. Б. Ганнушкин подчёркивал, что системные нарушения воли могут быть центральным компонентом психопатий и формируют устойчивые паттерны активности, определяющие жизненный путь человека. Лурия связывал волевою недостаточность с нарушениями программирования поведения, при которых субъект утрачивает способность удерживать цель и интегрировать действия в единую систему. Таким образом, клинический анализ мотивационно-волевых нарушений всегда учитывал системный контекст, хотя терминология «система» в то время ещё не использовалась в полной мере.

В современной психиатрии мотивационно-волевые расстройства принято разделять на два ключевых направления: нарушения энергетики и инициативы (апатико-абулический спектр) и нарушения контроля и регуляции (импульсивность, расторможенность, утрата целенаправленности). Эти два полюса отражают двойственную природу волевого акта как процесса, требующего и достаточной мотивации, и сохранности регуляторных механизмов. При дефиците энергетического компонента человек теряет способность к началу действия, перестаёт проявлять инициативу, постепенно утрачивает интересы, а иногда — и способность к элементарным жизненным решениям. При дефиците регуляторного компонента утрачивается способность к последовательности, самоконтролю и доведению действия до конца.

Одним из ключевых клинических феноменов является апатия. Она характеризуется не просто снижением активности, но утратой внутреннего побуждения к действию, что отличает её от усталости, соматической слабости или депрессивного подавления. Пациент с апатией нередко сохраняет базовые когнитивные функции, ориентировку и способность к рассуждению, но теряет саму мотивационную основу деятельности. В системной модели апатия отражает нарушение взаимодействия между эмоциональной и мотивационной подсистемами: объект перестаёт быть значимым, а внутренняя программа — актуальной. Это состояние типично для шизофрении с преобладанием негативной симптоматики, для органических поражений лобных долей, сосудистых энцефалопатий, деменции, а также для некоторых форм биполярного расстройства вне фазового размаха.

Абулия представляет собой более тяжёлую форму волевого дефицита, при которой нарушается не только инициатива, но и сама структура волевого акта. Больной перестаёт принимать решения, теряет способность к выбору и

часто погружается в состояние полной пассивности. Лурия описывал такие состояния как «распад программирования поведения», возникающий при поражениях префронтальных отделов. В рамках МКБ 10/11 абулические проявления рассматриваются как негативные симптомы при шизофрении, как проявления органического поражения мозга или как результат тяжёлых депрессивных эпизодов. Клинико-психопатологически абулия означает нарушение вертикальных связей психической системы — от когнитивных и эмоциональных компонентов к уровню целенаправленной активности.

Противоположным полюсом является гипербулия, проявляющаяся избыточной активностью, непрерывными импульсами к действию, невозможностью остановить деятельность. В маниакальных состояниях она сопровождается повышенной инициативой, ускорением мышления, чрезмерным оптимизмом и снижением критики, что отражает сочетание мотивационной гиперстимуляции и дефицита регуляторного контроля. В клинике зависимостей гипербулия имеет иной характер: активность становится монотонной, ограниченной целью получения вещества или удовлетворения навязчивого влечения. В системной модели такая активность патологична, потому что выход из состояния невозможен: доминанта мотивации поглощает всю систему и подавляет другие уровни.

Особое место занимают парабулии — патологически извращённые формы поведения. Они включают импульсивные действия, немотивированные поступки, аутоагрессию, сексуальные девиации, патологическую тягу к бродяжничеству, kleptomania и другие нарушения. Парабулии свидетельствуют о том, что мотивационно-волевая система более не интегрирована с личностным и когнитивным уровнями. Такие состояния Ясперс считал «выражением глубинного разрыва между волей и Я-сознанием». Для современной системной психиатрии парабулии являются индикатором дефекта связей: воля перестаёт быть механизмом саморегуляции и превращается в автономный патологический процесс.

Важно отметить, что нарушения мотивационно-волевой сферы редко бывают изолированными. Они почти всегда сопровождаются изменениями эмоциональной, когнитивной и личностной подсистем. Это объясняется тем, что воля — наиболее интегративный уровень психики: волевой акт требует согласованности всех подсистем. Поэтому в системной модели волевые расстройства рассматриваются не как локальные симптомы, а как маркеры нарушения целостности психической системы.

Клинико-психопатологическое исследование мотивации и воли всегда опирается на анализ поведения пациента в динамике. Важно учитывать не только жалобы, но и конкретные наблюдаемые формы активности, способность удерживать иерархию мотивов, характер планирования, возможность сопротивляться импульсам, способность организовывать действия во времени. Эти параметры отражают состояние всей психической системы и позволяют понять, какие уровни нарушены: энергетический, эмоциональный, когнитивный, регуляторный или интегративный.

Мотивационно-волевые нарушения имеют решающее значение для дифференциальной диагностики. Например, апатия при шизофрении отличается от

апатии при депрессии отсутствием страдания и переживания утраты; импульсивность при расстройствах личности отличается от импульсивности при органических поражениях тем, что в первом случае сохранена возможность осознать и переработать импульс, а во втором — отсутствует сам механизм контроля. Эти различия важны не только для диагностики, но и для выбора тактики лечения.

Таким образом, клинико-психопатологический анализ мотивационно-волевой сферы позволяет увидеть психическую систему как структуру, критически зависящую от согласованности мотивационных импульсов, эмоциональной оценки, когнитивного планирования и регуляторной активности. Нарушение любого из этих компонентов приводит к деформации поведения, а нарушения связей — к изменению всей системной организации психики.

Мотивационно-волевой уровень не существует в изоляции; напротив, его природа имеет выраженно интегративный характер. Он связывает эмоционально-аффективные импульсы с когнитивной переработкой, обеспечивает трансформацию переживаний в планы, а планов — в действия. Именно поэтому в системной архитектуре психики мотивационно-волевая сфера выступает своеобразным мостом между внутренними состояниями и внешним поведением. Она является не только механизмом запуска, но и механизмом удержания, коррекции и завершения действия, что включая динамическую регуляцию, влияет на весь ход психической жизни.

Понимание мотивационно-волевого уровня как интегративного центра даёт возможность увидеть психическую систему не как набор разрозненных функций, а как иерархически организованную, самообеспечивающуюся структуру. Мотивация и воля фактически структурируют вектор функционирования всей системы: они определяют, какие стимулы будут обработаны глубже, какие эмоции получат усиление, какие когнитивные операции станут доминирующими в данный момент времени. Это положение хорошо коррелирует с идеями Л.С. Выготского о побудительной функции мотива, который задаёт «категориальный смысл» психической деятельности.

Связь с эмоционально-аффективным уровнем

Эмоции выступают первичным источником энергии для мотивов. В классических работах П.В. Симонова подчёркивалось, что любая мотивация формируется на фоне эмоциональной оценки ситуации: положительной или отрицательной. Эмоция — это сигнал о необходимости изменения состояния субъекта или среды. Мотив — это уже оформленная программа удовлетворения возникшей потребности, а воля — механизм осуществления этой программы. Поэтому эмоционально-аффективный уровень, по сути, является «топливом» мотивационно-волевого.

В клинике эта связность проявляется особенно ясно. При депрессии эмоциональный фон снижает мотивационный уровень: снижается инициатива, усиливается тормозимость, возникает феномен патологического «равнодушия» — апатия. В то время как при маниакальных состояниях избыток аффекта приводит к гипермотивации, множественным целям, постоянной смене намерений. Таким

образом, мотивационно-волевая сфера чувствительна к эмоциональным колебаниям, а её нарушения часто являются вторичными.

Связь с когнитивным уровнем

Когнитивный уровень вовлекается в процесс мотивации двояко: он способен порождать мотивы (например, интеллектуальное стремление к познанию), и он обеспечивает рациональное планирование. Мотивационно-волевой уровень нуждается в когнитивной переработке для оценки путей достижения цели, выбора средств и контроля исполнения.

Современная когнитивная психология рассматривает волю как метакогнитивную функцию — способность регулировать собственные мыслительные процессы, направлять внимание и удерживать его на релевантных объектах. Эта позиция полностью согласуется с клиническими наблюдениями: при деменциях нарушается не только память и мышление, но и способность к волевому усилию — пациент не может инициировать действие, хотя понимание цели иногда сохраняется. Это связано с тем, что когнитивная составляющая перестаёт обеспечивать мотивационно-волевую сферу структурой и контролем.

Связь с личностным уровнем

Личностный уровень определяет устойчивую систему ценностей, идеалов и долгосрочных жизненных целей. Он является тем пространством, где мотивация приобретает смысловое содержание. Пока мотивы возникают ситуативно, воля остаётся реактивной; когда мотивы опираются на личностные смыслы — воля становится устойчивой, формируя то, что К. Ясперс называл «экзистенциальной целеустремлённостью».

Личность — это структура, придающая направлению мотивации глубину, а воле — стабильность. Поэтому при расстройствах личности, особенно при эмоционально-нестабильном типе, наблюдается фрагментация мотивационно-волевой сферы: цели меняются, решения импульсивны, поведение трудно прогнозировать. Таким образом, мотивационно-волевой уровень является индикатором зрелости личности.

Связь с интегративным уровнем («Я-структурой»)

Интегративный уровень психики — это ядро субъективности и саморефлексии. Он обеспечивает способность координировать разные уровни системы, выстраивая их в единую линию поведения. Воля в классическом понимании — это функция «Я». Она предполагает способность принимать решение независимо от актуальных аффектов и случайных мыслей, что делает волю вершиной системной иерархии психики. При нарушениях интегративного уровня, например при шизофрении, страдает и воля: наблюдаются амбивалентность, аутизм, снижение побуждений. Это связано с тем, что «Я-структура» перестаёт интегрировать мотивы, эмоции и когниции в единое действие.

Таким образом, мотивационно-волевой уровень является критической точкой для всей системы: он «втягивает» на себя энергию низших уровней и «подчиняется» смысловым структурам высших уровней. Его можно сравнить с центральным операционным блоком, который распределяет ресурсы, формирует поведение и определяет динамику всей психической системы.

Клинические проявления

Клиническая психиатрия предоставляет уникальную возможность наблюдать, как нарушения мотивационно-волевой сферы отражаются на архитектонике психической системы в целом. Мотивы и воля, являясь функциональными узлами, через которые проходит значительная часть психической динамики, особенно чувствительны к патологическим процессам различной этиологии. Именно поэтому расстройства мотивации и волевой регуляции становятся одним из наиболее значимых диагностических маркеров в психиатрии, отражая степень и глубину системного разлада.

В целом нарушения мотивационно-волевой сферы могут проявляться тремя способами: снижением побуждений, их патологическим усилением или искажением. Однако эти феноменологические формы нельзя рассматривать изолированно: в каждом случае они отражают дисфункцию определённого уровня или нарушенную связь между уровнями — от эмоционального до интегративного.

Апатия и абулия: выраженное снижение побуждений

Апатия относится к наиболее частым нарушениям мотивационно-волевой сферы. Она характеризуется снижением субъективного интереса, эмоционального резонанса и энергии действия. Апатия представляет собой многоуровневый дефицит: эмоциональный отклик снижен, когнитивные процессы утрачивают направленность, волевая регуляция ослабляется.

Абулия — более глубокое патологическое состояние, при котором практически исчезает способность к инициированию действия. Клинически оно проявляется крайней бедностью самостоятельных поступков, длительным бездействием, отсутствием решений, невозможностью начать даже элементарное действие без внешней стимуляции. Абулия часто наблюдается при шизофрении, органических поражениях мозга, тяжёлых депрессиях.

И апатия, и абулия отражают системную «утрату энергии» на уровне субъективности. Они свидетельствуют о разобщённости эмоционально-аффективной сферы и волевого механизма: потребность может сохраняться, но она не преобразуется в мотив, не достигает уровня действия.

Гипербулия и патологическая повышенная активность

Патологическое усиление побуждений — гипербулия проявляется в избыточной активности, множественности целей, невозможности удерживать внимание или направленность действия. В маниакальных состояниях гипербулия сочетается с гипертимией и ускорением мышления, что создаёт впечатление неистощимости энергии. Однако это иллюзия: поведение становится фрагментарным, нарушается способность завершать действие, а воля теряет интегративную функцию.

Гипербулия также встречается при гипертиреозе, интоксикациях, некоторых расстройствах личности. В системной картине она отражает доминирование эмоционально-аффективного уровня над когнитивным и личностным: поведение становится реактивным, импульсивным, нестабильным.

Импульсивность как нарушение волевой регуляции

Импульсивность не является усилением волевых процессов: это, напротив, их слабость. При импульсивности действие предшествует осознанию цели. Поведение определяется моментным аффектом или внешним стимулом, минуя личностные смыслы и когнитивный контроль.

Этот феномен характерен для расстройств личности (эмоционально-нестабильное, диссоциальное), для эпилептической психопатологии, а также может наблюдаться при органическом поражении лобных долей.

В системном смысле импульсивность — это выраженный разрыв между интегративным уровнем («Я-структурой») и мотивационно-волевым: «Я» не удерживает действие, и оно происходит само, под давлением аффекта или ситуации.

Волевой паралич и феномен «решения без действия»

Волевой паралич чаще всего наблюдается при шизофрении и является результатом распада связей между уровнями психики. Этот феномен характеризуется тем, что пациент способен формулировать цель, может даже планировать действие, но остаётся полностью неспособным его осуществить. Это состояние принципиально отличается от абулии. При волевом параличе когнитивная составляющая может быть сохранной: пациент понимает, что нужно сделать, но отсутствует внутренний механизм, который связывает решение с движением. Это отражает патологический разлад интегративного уровня: «Я» теряет способность направлять поведение, а мотивационно-волевая сфера перестаёт выполнять функцию центральной оси психической системы.

Симптом отрицательного выбора и паралич выбора

При некоторых расстройствах личности, тревожных расстройствах или шизофрении может возникать феномен патологической нерешительности, который в литературе описывается как «паралич выбора». Пациент долго оценивает возможные варианты, не способен сделать выбор, постоянно сомневается. Причина такого состояния кроется в нарушении согласованности когнитивного и личностного уровней: смысловая структура не задаёт достаточно сильного вектора, чтобы поддержать волевое действие.

Особый вариант — симптом отрицательного выбора, когда пациент систематически выбирает наиболее нежелательный или разрушительный путь. Он наблюдается в рамках депрессии, некоторых личностных расстройств, а также при зависимом поведении. Это демонстрирует искажение мотивационного поля: цель оказывается патологически связанной с негативным результатом, а волевая сфера перестаёт выполнять адаптивную функцию.

Патологическая инертность и ригидность

При эпилептоидных состояниях и некоторых органических расстройствах мотивационно-волевая сфера может проявлять патологическую инертность. Пациент с трудом приступает к действию, но также с трудом прекращает его. Переключаемость снижена, поведение становится чрезмерно стереотипным. Это отражает нарушение динамических компонентов волевой регуляции — способности изменять направление действия в соответствии с изменением цели или ситуации.

В то же время при шизофрении может наблюдаться патологическая ригидность намерений, когда действия либо прерываются внезапно, либо сохраняются в виде кататонических феноменов. Это указывает на глубокий дефект интегративного уровня: мотивационно-волевой механизм теряет гибкость и связь с реальностью.

Когнитивный уровень

Когнитивный уровень психической системы представляет собой центральное звено, в котором формируются операции переработки информации, обеспечивающие познание мира, построение моделей реальности и поддержание целостной структуры субъективного опыта. На этом уровне психика демонстрирует способность выходить за пределы непосредственного сенсорного и аффективного материала, превращая конкретные и ситуативные впечатления в системы понятий, категорий и значений. Когнитивность в этом смысле выступает не набором отдельных процессов, таких как мышление, восприятие или суждение, а особым способом организации психической системы, в котором осуществляется преобразование данных в знание.

Понимание когнитивного уровня требует рассмотрения его эволюционного и культурно-исторического происхождения. Именно на этом уровне проявляется то, что отечественная психология называла опосредованностью высших психических функций, подчеркивая решающую роль знака, языка и социального контекста в их становлении. По Л. С. Выготскому, когнитивные процессы формируются не как естественные даны, а как культурные образования, которые человек присваивает в ходе развития. В системной модели психики это означает, что когнитивный уровень является продуктом взаимодействия биологических предпосылок и надстраивающихся над ними социальных форм, превращающих психическую систему в самоорганизующуюся структуру, способную к рефлексии, обобщению и предсказанию.

С точки зрения клинической психиатрии когнитивный уровень связан прежде всего с теми аспектами психической деятельности, которые обеспечивают ориентировку в действительности. Формирование суждений, установление причинно-следственных связей, способность к сравнению и классификации, понимание контекста и перенос знаний в новые ситуации — все это отражает системные свойства когнитивных операций. К. Ясперс подчеркивал, что нарушение когнитивного уровня при психозах проявляется прежде всего в «расшатке объективных связей», когда мыслительный процесс теряет организующий принцип и перестает опираться на логику реального мира. Именно поэтому диагностика психических расстройств, ориентированная на системный анализ, должна учитывать не только формы расстройств мышления, но и глубину нарушения когнитивной структуры.

В современной нейропсихологии когнитивный уровень связывается с функционированием широких нейронных сетей, включающих лобные, теменные и височные области коры. Работы А. Р. Лурии показали, что мышление

опирается на сложную межфункциональную интеграцию, где каждая зона мозга вносит специфический вклад, но целостный мыслительный акт возникает только благодаря системному взаимодействию этих зон. Следовательно, когнитивный уровень психики нельзя рассматривать как изолированный процесс: он представляет собой функциональную систему, в которой распределенные элементы объединены общими задачами и целями.

Когнитивный уровень также обеспечивает способность психики работать с абстракциями. Эта способность формируется на пересечении восприятия, речи и памяти, но не сводится ни к одному из этих процессов. Человек способен выделять сущности, которые не имеют непосредственного чувственного аналога, и оперировать ими в мышлении. Понятия «смысл», «время», «справедливость», «свобода» или «норма» являются примерами когнитивных конструкций, которые функционируют как регуляторы поведения и как структурные компоненты субъективного опыта. Системный характер этих конструкций проявляется в том, что они образуют иерархию, влияют друг на друга и задают контекст интерпретации, определяя, каким образом человек понимает события собственной жизни.

Когнитивный уровень играет ключевую роль в обеспечении адаптации. Способность оценивать ситуацию, прогнозировать последствия, принимать решения и выбирать способы действия основана на когнитивных операциях, которые позволяют человеку предвосхищать развитие событий и контролировать своё поведение. Нарушения когнитивного уровня, наблюдаемые при деменции, шизофрении, органических заболеваниях мозга или тяжелых аффективных расстройствах, приводят к ухудшению способности ориентироваться в реальности, что делает невозможным эффективное функционирование всей психической системы. В этом смысле когнитивный уровень является не столько автономной подсистемой, сколько регуляторным центром, обеспечивающим согласование всех остальных уровней психики.

Особое значение когнитивный уровень имеет для формирования внутренней картины мира. Понятие «картины мира», широко использовавшееся как в философии, так и в отечественной психологии, обозначает системную структуру знаний, убеждений и представлений, которые определяют, как человек интерпретирует собственный опыт и события внешней действительности. Эта картина мира является результатом сложного взаимодействия когнитивного уровня с личностным, эмоциональным и мотивационно-волевым уровнями. Она не является чисто интеллектуальной конструкцией, а включает ценности, переживания, жизненные смыслы, формируя устойчивую структуру, в которой отражается история человека и его жизненный опыт.

Когнитивный уровень психической системы не ограничивается мыслительными процессами в узком смысле. Он охватывает гораздо более широкую область — обработку, трансформацию и организацию информации в форме значений, смыслов, схем и моделей. В этой связи когнитивность можно определить как способность психической системы строить внутренние структуры, представляющие мир и собственное Я, а затем использовать эти структуры как основу для ориентации, действия и саморегуляции. Именно это делает когнитивный уровень

критическим для понимания того, почему психика является системой, а не набором изолированных функций.

С позиций феноменологии, начиная с Э. Гуссерля, когнитивный уровень предстает как область интенциональных актов, направленных на предметы мира. Вся когнитивная деятельность от простейшего распознавания объекта до сложных форм рефлексии включает направленность сознания на нечто вне себя. Это фундаментальное свойство интенциональности служит ядром когнитивного уровня, обеспечивая связь между субъективным опытом и объективной реальностью. Для психиатрии это имеет особое значение: нарушения интенциональности отражаются в утрате способности придавать миру структурированность, что можно наблюдать при шизофреническом мышлении, когда человек перестает различать существенное и несущественное, теряет контекст, а смысловые связи разрываются.

Современная когнитивная наука рассматривает когнитивный уровень как систему, основанную на построении и использовании ментальных моделей. Ментальные модели — это внутренние структуры, позволяющие человеку симулировать ситуации, прогнозировать исходы и выбирать оптимальные действия. Они формируются в ходе опыта, обучения и социального взаимодействия. Способность к построению таких моделей является одной из ключевых отличительных особенностей человеческой психики. Это также важнейший компонент адаптивного поведения: человек действует не только в соответствии с текущей ситуацией, но и в соответствии с тем, что он ожидает или предсказывает.

Одним из центральных механизмов когнитивного уровня является категоризация. Без неё психическая система была бы перегружена необозримым множеством уникальных впечатлений. Категории структурируют опыт, позволяя человеку видеть в отдельных событиях общее. Это свойство лежит в основе как восприятия, так и мышления, определяя способ, которым человек организует свою реальность. Нарушения категоризации, например, гиперконкретность или нарушение обобщения — хорошо описаны в отечественной клинко-психопатологической традиции как характерный признак шизофренического процесса. В системной модели такие нарушения представляют собой дефект связности когнитивного уровня, который нарушает целостность всей психической деятельности.

Важнейшей характеристикой когнитивного уровня является его связь с речью. Язык выполняет сразу несколько системных функций: он служит средством обозначения объектов, инструментом внутренней регуляции, механизмом формирования понятий и способом обмена знаниями. Для отечественной традиции это особенно важно, поскольку именно она развивала идеи о роли речи в формировании высших психических функций. Речь структурирует мышление, задает форму когнитивным операциям и делает возможным переход от непосредственного восприятия к абстрактному рассуждению. Клинически это отчетливо проявляется в расстройствах мышления: нарушения грамматики, логики, связности речи отражают дефект именно когнитивных операций, а не только речевой функции как таковой.

Когнитивный уровень играет также решающую роль в формировании и поддержании самосознания. Это связано с тем, что самосознание представляет собой сложную когнитивную конструкцию, включающую в себя образ Я, представления о собственных качествах, целях, возможностях и ограничениях. Эти представления не являются статичными: они постоянно обновляются в ходе взаимодействия человека с миром и самим собой. Именно когнитивный уровень обеспечивает способность осмысливать собственные действия, анализировать ошибки, строить планы, регулировать поведение и осуществлять рефлекссию. Нарушения самосознания, которые наблюдаются при психотических состояниях, органических поражениях мозга или тяжелых аффективных расстройствах, отражают глубокую несостоятельность когнитивной структуры личности.

Системная характеристика когнитивного уровня проявляется также в его способности интегрировать информацию, поступающую с других уровней психики. Эмоции, мотивации, воспоминания, сенсорные данные — все поступает в когнитивный уровень, где подвергается переработке и осмыслению. Это делает когнитивный уровень своеобразным центром интерпретации, без которого психическая система не могла бы функционировать согласованно. В этом смысле когнитивный уровень является не только подсистемой, но и интегративным механизмом, обеспечивающим единство психической деятельности.

Если рассматривать когнитивный уровень как функциональное ядро обработки смысловой информации, то необходимо подчеркнуть его внутреннюю структурную сложность. Он не является однородным: внутри него функционируют различные когнитивные подсистемы, каждая из которых вносит свой вклад в формирование целостной психической реальности. Эти подсистемы включают в себя восприятие, внимание, мышление, рассуждение, принятие решений, формирование суждений, воображение и метакогнитивные процессы. При этом когнитивный уровень работает как единая система, в которой локальные операции непрерывно взаимодействуют друг с другом, поддерживая устойчивость и гибкость психической деятельности.

Одним из краеугольных механизмов когнитивного уровня является внимание. В отечественной психологической традиции внимание рассматривалось не как самостоятельный процесс, а как форма организации других психических функций. Это чрезвычайно важно, поскольку внимание определяет то, какие элементы опыта будут включены в систему, а какие останутся на периферии. Оно регулирует поток информации, определяет приоритеты обработки и формирует те аспекты реальности, которые приобретают значение для субъекта. Клинически нарушения внимания наблюдаются при широком спектре расстройств — от органических повреждений мозга до депрессий и тревожных состояний. В системной модели дефицит внимания представляет собой нарушение распределения ресурсов на когнитивном уровне, что приводит к распаду целостности психической деятельности.

Мышление — центральный компонент когнитивного уровня представляет собой процесс построения и преобразования смысловых структур. В отечественной традиции мышление рассматривалось как опосредованная,

обобщенная и целенаправленная деятельность. Эти свойства мышления отражают системную природу когнитивного уровня: опосредованность свидетельствует о роли знаков и культурных инструментов, обобщенность — о способности к включению единичных объектов в категориальные структуры, а целенаправленность — о связи мышления с мотивационно-волевым уровнем. Нарушения мышления, такие как разорванность, резонерство, паралогичность демонстрируют, что когнитивный уровень уязвим к нарушениям связности и структуры. Эти клинические феномены отражают не просто дефект логики, но системную недостаточность в организации и координации когнитивных операций.

Особого внимания заслуживает процесс рассуждения, который обеспечивает построение выводов и принятие решений. Рассуждение требует интеграции информации из различных источников, оценки вероятностей, учета контекста и прогнозирования возможных последствий действий. На этом уровне когнитивная система выполняет функцию моделирования реальности, она создает предполагаемые сценарии, оценивает их и выбирает оптимальный. Эта способность моделировать будущее является одной из уникальных особенностей человеческой психики. Нарушения рассуждения наблюдаются при деменции, органических поражениях мозга, а также при шизофреническом процессе. В системном подходе эти нарушения описываются как дефекты когнитивного интегратора, приводящие к искажению или утрате способности строить адекватные модели реальности.

Воображение, как значимая когнитивная функция, обеспечивает способность психической системы выходить за пределы непосредственного опыта. Воображение не ограничивается созданием фантазий: оно представляет собой механизм реконструкции, комбинирования и трансформации когнитивных элементов. Воображение тесно связано с творческим мышлением, прогнозированием, планированием и эмоциональной регуляцией. Нарушения воображения, такие как патологическое фантазирование, конфабуляции или псевдогаллюцинации, могут быть признаком глубоких системных нарушений, затрагивающих когнитивный уровень и его связи с эмоционально-аффективным и мнемическим уровнями.

Метакогнитивные процессы представляют собой особый класс когнитивных функций, обеспечивающих способность психической системы наблюдать и регулировать собственную деятельность. Метакогниция включает в себя самоконтроль, планирование, проверку ошибок, корректировку действий и оценку собственных возможностей. В отечественной литературе метакогнитивные процессы часто связывали с более высокими формами интеллектуальной деятельности, а в современной психиатрии нарушения метакогниции рассматриваются как важный диагностический критерий при шизофрении, расстройствах личности и депрессиях. В системной модели метакогниция выступает в роли внутреннего регулятора когнитивного уровня, поддерживающего его устойчивость и адаптивность.

Когнитивный уровень не существует изолированно: его функционирование опирается на мнемические структуры. Память предоставляет материал для

когнитивных операций: она удерживает информацию, обеспечивает актуализацию прошлого опыта и формирует базу для суждений и решений. Когнитивный уровень, в свою очередь, структурирует память, организуя ее содержание и определяя смысловые связи между элементами опыта. Нарушения на любом из этих уровней отражаются в формировании патологических симптомов от фиксационной амнезии до ложных воспоминаний, от трудностей абстракции до нарушения критики. В системной модели эти клинические феномены приобретают новое объяснение как дефекты взаимодействия когнитивного уровня с другими уровнями психической системы.

Когнитивный уровень является также ключевым звеном в формировании личностной структуры. Он обеспечивает когнитивную основу самосознания, ценностей, мировоззрения, убеждений и установок. Личностный уровень может рассматриваться как надстройка, формирующаяся на базе когнитивных процессов: именно когнитивные структуры обеспечивают осмысление внутренней жизни, создание нарратива о себе, рефлексии и саморегуляцию. Нарушения когнитивных процессов часто приводят к трансформациям личностной структуры, которые могут проявляться в виде утраты целостности, нарушений критики, изменений в системе ценностей или искажений самооценки.

Если психическую систему рассматривать как динамический, интегрированный организм, то когнитивный уровень выполняет роль центрального узла смысловой организации. Он не просто обрабатывает информацию, но задает форму всему психическому опыту, интерпретирует сигналы из других уровней, интегрирует их в единое целое и обеспечивает возможность осмысленного взаимодействия с миром. Поэтому нарушения когнитивного уровня следует рассматривать не как изолированные расстройства мышления или интеллекта, а как системные дефекты, влияющие на всю психическую деятельность.

Клинико-психопатологические наблюдения демонстрируют, что когнитивный уровень является одним из наиболее уязвимых компонентов психической системы. Он подвергается нарушениям практически при всех классах психических расстройств, при этом клинические феномены отражают не столько локальный дефект отдельных когнитивных функций, сколько системные изменения в структуре целого. Понимание когнитивных нарушений как системных позволяет предложить более точную интерпретацию симптоматики, чем традиционная оценка «расстройства мышления» или «интеллектуального снижения».

Системный анализ когнитивных расстройств начинается с рассмотрения нарушений связности. Когнитивный уровень функционирует как сеть, в которой взаимодействуют разные процессы: внимание, мышление, планирование, память, контроль ошибок. В клинике шизофренического спектра одним из наиболее характерных феноменов является распад когнитивной связанности, проявляющийся в разорванности мышления, нарушении логических переходов, ассоциативной слабости. Эти нарушения отражают дефект центрального когнитивного интегратора, который в норме объединяет отдельные элементы опыта в целостную структуру. Таким образом, разорванность мышления выступает не только

как симптом, но как индикатор системного нарушения координации когнитивных операций.

Другой важной группой клинических феноменов являются нарушения целенаправленности. Мышление в норме подчинено задаче — оно ориентировано на достижение результата, решение проблемы или построение гипотезы. Дефект целенаправленности приводит к тому, что когнитивный процесс утрачивает направленность, превращаясь в бессистемный поток идей, рассуждений или ассоциаций. Клинически это проявляется в виде резонерства, неуместных рассуждений, пустой детализации, нарушений абстрагирования. Эти феномены традиционно описываются в рамках шизофренического процесса, однако в системной модели они отражают более общее нарушение связи между когнитивным и мотивационно-волевым уровнями. При утрате этой связи мышление лишается энергетической организации и структурного каркаса.

Существенное значение имеют также нарушения внимания. Дефицит селективности приводит к невозможности выделить существенное, отфильтровав второстепенное. Дефект устойчивости мешает поддерживать когнитивную деятельность на протяжении времени. Нарушения переключения препятствуют переходу между различными когнитивными задачами. Эти симптомы встречаются при органических поражениях головного мозга, депрессиях, тревожных расстройствах, синдроме дефицита внимания и гиперактивности. В системной перспективе нарушения внимания следует рассматривать как сбой распределения ресурсов внутри когнитивного уровня, что нарушает всю деятельность системы, подобно тому как сбой энергоснабжения приводит к снижению мощности работы всех компонентов.

Отдельного анализа заслуживают нарушения рассуждения и критичности. Они отражают глубокие системные дефекты когнитивного уровня, связанные с нарушением взаимосвязи между когнитивными и личностными структурами. Критичность предполагает способность сопоставлять собственные представления с объективной реальностью, выявлять ошибки, корректировать выводы. В клинической практике утрата критичности встречается при психозах и тяжелых аффективных расстройствах, но также и при некоторых формах расстройств личности. В системной модели утрата критики — это результат нарушения работы метакогнитивного компонента, который обеспечивает саморегуляцию когнитивной деятельности. Потеря этого компонента делает невозможной адаптацию мышления к изменениям внешней и внутренней среды.

Системный характер когнитивных нарушений проявляется и в феномене сниженной когнитивной гибкости. Гибкость мышления является отражением способности системы перестраивать внутренние связи при изменении условий. При депрессиях, обсессивно-компульсивном расстройстве, органических поражениях мозга наблюдаются выраженные нарушения когнитивной гибкости: мышление становится ригидным, фиксированным, неспособным к переключению стратегий. Эти нарушения отражают снижение пластичности связей между когнитивным уровнем и другими уровнями психической системы, прежде всего эмоциональным, мотивационно-волевым и личностным.

Одним из наиболее сложных клинических феноменов является нарушение формирования суждений. Суждение — высший когнитивный акт, требующий интеграции информации, критического анализа, учета контекста и способности абстрагирования. Оно представляет собой конечное выражение когнитивной деятельности. В клинической практике нарушение суждений проявляется в форме нелепых, ошибочных, неадекватных заключений, которые не поддаются коррекции. В системной модели это нарушение обусловлено дефектом не одного компонента, а целой цепи когнитивных процессов, что указывает на глубокое расстройство целостной структуры психической системы.

Важным аспектом клинико-системного анализа является связь когнитивных нарушений с эмоционально-аффективным уровнем. Эмоции выполняют роль фильтра значимости: они определяют, какие элементы опыта получают приоритет в когнитивной обработке. При тревоге когнитивная система склонна к катастрофизации, гиперконтролю и избыточной бдительности; при депрессии — к негативному фильтру, сниженной вариативности, замедленности мышления. Эти феномены демонстрируют взаимопроникновение уровней психической системы: аффективные нарушения неизбежно ведут к когнитивной дезорганизации, и наоборот.

Особую категорию составляют когнитивные нарушения при органических поражениях мозга. Они характеризуются сочетанием дефектов памяти, внимания, мышления, планирования и контроля. В системной модели органические когнитивные нарушения представляют собой дефект структуры, обусловленный снижением биологической мощности нейронных подсистем. Это приводит к нарушению способности когнитивного уровня поддерживать сложные смысловые конструкции, что проявляется в упрощении мышления, снижении обобщения и утрате способности к абстракции.

Когнитивные нарушения можно рассматривать как индикатор общего состояния психической системы. Поскольку когнитивный уровень обеспечивает смысловую организацию опыта, его нарушения неизбежно приводят к трансформации всех психических актов — от восприятия до сознания. В этом смысле клинико-системный анализ когнитивных расстройств представляет собой ключ к пониманию природы психических заболеваний: он позволяет выявить характер нарушения целостности системы, определить ведущий дефект и прогнозировать динамику состояния пациента.

Когнитивный уровень психической системы занимает центральное положение в структуре психики, поскольку обеспечивает не только переработку информации, но и формирование смыслов, построение образа мира и поддержание целостности внутреннего опыта. Его работа основана на непрерывном взаимодействии восприятия, памяти, мышления, внимания и контроля, которые образуют единую функциональную сеть. Эта сеть обладает высокой пластичностью, а её ключевой характеристикой является способность к формированию надситуативных моделей, позволяющих человеку выходить за пределы непосредственно данного и строить сложные когнитивные конструкции.

Системное рассмотрение когнитивного уровня позволяет увидеть, что его функции не ограничиваются интеллектуальными процессами в узком смысле. Когнитивная система обеспечивает интеграцию всей психической жизни, связывая сенсорный поток, аффективное состояние, мотивационную направленность, механизмы памяти и структуру личности в единую когерентную динамику. Именно когнитивный уровень отвечает за построение внутреннего «каркаса» психического пространства, в котором личность определяет своё положение, цели и способы действия. Он формирует тот смысловой горизонт, в котором обретают значение переживания, события, отношения и выборы.

В норме когнитивная система функционирует как механизм поддержания внутреннего порядка. Она стабилизирует психическую жизнь, позволяя субъекту адекватно реагировать на изменения среды. Эта стабилизация достигается за счёт постоянного обновления моделей мира, корректировки прогнозов, проверки гипотез и формирования адаптивных стратегий. Если сенсорный уровень обеспечивает поток данных, эмоционально-аффективный — их значимость, а мотивационно-волевой — направление активности, то когнитивный уровень задаёт структуру и логику психической деятельности, превращая её в осмысленную деятельность субъекта.

Когнитивный уровень обладает и другой важнейшей функцией — поддержанием внутренней непрерывности личности. Через механизмы абстрагирования, категоризации и рефлексии человек связывает происходящее с прошлым опытом и будущими замыслами. Эта связь обеспечивает чувство идентичности, которое невозможно без когнитивного синтеза опыта. Поэтому любые нарушения когнитивного уровня неизбежно отражаются на структуре личности: снижается способность к саморегуляции, нарушается связность биографического нарратива, искажаются оценочные позиции и самоотношение. Именно когнитивный уровень делает возможной рефлексивную самость, формируя «психическое пространство», в котором личность осуществляет акт самопонимания.

Психопатология демонстрирует, что когнитивный уровень является одной из наиболее чувствительных зон психической системы. Нарушения когнитивной деятельности выступают маркерами системного сбоя, отражая характер повреждения всей структуры психики. При шизофреническом процессе наблюдается распад когнитивных связей, приводящий к нарушению логичности, последовательности и осмысленности мышления. При депрессии происходит глобальное замедление когнитивных процессов, снижение гибкости, искажение оценки собственной личности и будущего. При тревожных расстройствах когнитивный поток насыщается навязчивыми ожиданиями угрозы, что приводит к одностороннему восприятию реальности. При органических поражениях мозга когнитивная система утрачивает способность к построению сложных смысловых структур, что приводит к интеллектуально-мнестическим синдромам.

Системная модель когнитивного уровня позволяет рассматривать эти нарушения не как изолированные дефекты, а как нарушение целостной архитектуры психической системы. Это принципиальным образом изменяет клиническое мышление, поскольку позволяет переходить от описания симптомов к

пониманию характера системного дефекта. Например, нарушение ассоциативного процесса в шизофрении отражает дефект интегративного ядра когнитивного уровня; негативные когнитивные схемы при депрессии отражают нарушение связи когнитивного и аффективного уровней; ригидность мышления при обсессивно-компульсивном расстройстве — дефект взаимодействия когнитивного и мотивационно-волевого уровней.

Таким образом, когнитивный уровень является ключевым компонентом психической системы, обеспечивающим её внутреннюю структуру, интеграцию процессов и поддержание непрерывности субъективного опыта. Его роль выходит далеко за рамки «мышления» в привычном понимании: он является носителем самой логики психической жизни. Поэтому системная психиатрия должна уделять особое внимание пониманию динамики когнитивных процессов, их уязвимостей, механизмов компенсации и путей восстановления когнитивной целостности. Только при таком подходе становится возможным построение действительно интегративной, научно обоснованной модели психики, способной объяснить как нормальное функционирование, так и патологию.

Мнемический уровень

Память традиционно рассматривается психологией и нейронауками как совокупность процессов кодирования, хранения и воспроизведения информации. Однако в рамках системного подхода, на котором построена настоящая монография, память предстает не как функция или набор механизмов, а как самостоятельный, структурно оформленный уровень психической системы. Такой подход требует переосмысления феноменологии памяти, её клинических проявлений, а также роли мнемических процессов в интеграции психической деятельности, формировании личности и обеспечении динамики субъективного опыта. Память становится тем уровнем, который обеспечивает континуальность психики, её историчность, способность к самоидентификации и устойчивость во времени, а значит, выступает одним из фундаментальных условий существования психического как системного образования [1].

Онтологический статус памяти определяется её двойственной природой. С одной стороны, память является внутренним механизмом психики, обеспечивающим поддержание структурной целостности системы через удержание следов опыта, формирование связей между уровнями и стабилизацию индивидуальных реакций. С другой стороны, память представляет собой открытую структуру, поскольку она постоянно обновляется, реорганизуется, подвергается разрушению, компенсируется за счёт других уровней и, наконец, интегрируется в более широкую ткань биографического опыта личности. В этом смысле память может быть описана как система следов, организованная в многоуровневую сеть, в которой отдельный след никогда не существует изолированно, а становится элементом более широких конфигураций, включающих когнитивные, эмоциональные, мотивационные и личностные компоненты [2].

Классические психологические школы обращали внимание преимущественно на операционную сторону памяти: временные параметры, виды запоминания, механизмы фиксации и забывания. Однако в отечественной традиции, начиная с Б. Г. Ананьева, А. Р. Лурии, Л. С. Выготского и С. Л. Рубинштейна, память понимается шире — как феномен, обеспечивающий связь между внутренней структурой личности и её деятельностью во внешнем мире [3]. Лурия подчеркивал, что память является не столько складом информации, сколько процессом динамического преобразования опыта, включенным в целостную структуру психической деятельности [4]. Таким образом, мнемический уровень можно определить как уровень психической системы, обеспечивающий структурную, содержательную и историческую непрерывность субъекта.

Подобное понимание памяти приобретает особое значение в психиатрической клинике, где нарушения мнемического уровня становятся не только симптомами, но и индикаторами разрушения системной организации психики. Амнестические синдромы, конфабуляции, корсаковский амнестический дефект, прогрессирующая амнезия при деменции, фиксационная амнезия, нарушения хронологии событий и другие мнемические расстройства указывают не только на выпадение содержания, но и на утрату связей между уровнями психической системы. Нарушается способность субъекта удерживать прошлый опыт как основание для ориентации в настоящем, а вместе с этим — нарушается и сам процесс психической регуляции, что приводит к глубокой деформации личности и поведения [5].

Онтологическое отличие мнемического уровня от других уровней заключается в его временной природе. Сенсорный уровень обеспечивает восприятие, когнитивный — переработку информации, а эмоционально-аффективный — её переживание. Мнемический же уровень связывает эти процессы в единую линию времени, создавая собственную ось психической системы. Он не только сохраняет информацию, но и задает контекст, определяет значимость событий, формирует тенденции реагирования и устойчивые психические структуры. Через память психика приобретает возможность не просто функционировать, но и развиваться, то есть формировать качественно новые уровни организации на основе накопленного опыта [6].

Важно подчеркнуть, что память в рамках системного подхода рассматривается не как механизм мозга, а как психическая структура, тесно связанная, но не сводимая к нейрофизиологическим процессам. Нейронные механизмы обеспечивают материальный субстрат, однако сама организация мнемических следов подчиняется законам психической системы, а не только физиологическим закономерностям. Именно поэтому психические явления памяти могут сохраняться в измененной форме даже при выраженных органических поражениях мозга за счёт компенсаторных механизмов системы, что хорошо известно по клинике локальных и диффузных поражений ЦНС [7].

Таким образом, мнемический уровень является центральным уровнем психической системы, обеспечивающим структурирование субъективного времени, поддержание идентичности, интеграцию опыта и формирование

личностного ядра. Онтологическая характеристика памяти заключена в её способности удерживать и преобразовывать следы опыта таким образом, чтобы они могли служить основанием для поведения, мышления, эмоциональных реакций и формирования жизненной истории субъекта. Без мнемического уровня психическая система не может быть целостной, поскольку теряет свою историчность, преемственность и способность к развитию.

Список литературы

- [1] Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — М.: Педагогика, 1989. — 720 с.
- [2] Выготский Л. С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2003. — 512 с.
- [3] Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания. — Л.: ЛГУ, 1968. — 339 с.
- [4] Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [5] Блейхер В. М., Крук И. В. Клиническая психопатология. — М.: Медицина, 1986. — 368 с.
- [6] Зинченко В. П. Память и деятельность. — М.: МГУ, 1981. — 270 с.
- [7] Хомская Е. Д. Нейропсихология. — М.: Академия, 2005. — 384 с.

Структура и подуровни памяти как системного уровня психики

Структурное устройство памяти в системной модели психики представляется как многоуровневая организация следов, процессов, механизмов и их взаимных связей, формирующих устойчивую и в то же время динамичную сеть. В отличие от когнитивных подходов, разделяющих память на декларативную, процедурную или эмоциональную по функциональному критерию, системная концепция рассматривает мнемический уровень как особое пространство психической организации, внутри которого различные виды памяти представляют собой подуровни единой структуры, подчинённые общим законам системности. В этом смысле память оказывается не просто множеством независимых механизмов, а целостной архитектурой, формирующей основу для переживания времени, самоидентичности и историчности субъекта [1].

Первым принципом структурной организации памяти является принцип стратификации. Он означает, что мнемический уровень включает несколько слоёв, каждый из которых формируется в ходе онтогенеза и имеет специфические функциональные задачи. Наиболее ранний слой — сенсомоторная память, обеспечивающая сохранение элементарных поведенческих навыков и автоматизмов. Её следы формируются на основе непосредственного взаимодействия организма с окружающей средой и преимущественно носят неосознаваемый характер. Этот слой, будучи наиболее древним эволюционно, является опорой для формирования более сложных уровней, создавая фундамент, на котором надстраиваются эмоциональная, когнитивная и, наконец, биографическая память [2].

Эмоциональная память представляет собой более высокий подуровень, включающий сохранение аффективных реакций, эмоциональных тонов, образов и переживаний. Она играет ключевую роль в структурировании опыта, поскольку любое событие, чтобы стать значимым, должно быть эмоционально маркировано. Именно эмоциональная память определяет субъективную значимость событий и формирует валентность опыта — положительную или отрицательную, что впоследствии влияет на мотивацию, поведение и когнитивную оценку ситуаций. В клинике нарушения эмоциональной памяти проявляются в феноменах эмоционального уплощения, повышенной аффективной доступности травматических воспоминаний или же в эмоциональной несостоятельности, когда пациент не может адекватно оценить субъективную значимость происходящего [3].

Особое место занимает процедурная память, сформированная в процессе освоения навыков и действий. Системно она относится к уровню автоматизированных программ поведения и представляет собой область, где мнемические процессы тесно связаны с мотивационно-волевой и двигательной сферами. Процедурная память характеризуется высокой устойчивостью к разрушению и значительной автономностью, что подтверждается данными нейropsychологии: даже при выраженном нарушении декларативной памяти пациенты сохраняют навыки, приобретённые ранее, что говорит о специфической топологии этого подуровня в общей структуре памяти [4].

Когнитивная память, включающая декларативную, семантическую и эпизодическую составляющие, образует верхний слой мнемического уровня. Именно она обеспечивает сохранение знаний, понятий, представлений, а также личной истории субъекта. Эпизодическая память, как самая сложная форма когнитивной памяти, предполагает способность к автобиографическому воспроизведению событий, включающих субъекта как участника, контекст, временную последовательность и эмоциональную окраску. Этот подуровень является основой биографии и играет центральную роль в формировании Я-концепции, обеспечивая длительную самоидентичность личности [5].

Наконец, интегративный подуровень памяти объединяет различные виды мнемических следов в единую сеть. Он формируется в процессе взаимодействия когнитивных, эмоциональных и личностных структур, обеспечивая смысловую организацию опыта. Интегративная память не сводится ни к одному из видов памяти, поскольку выполняет иную задачу — поддержание внутреннего порядка, смысловой согласованности, определённости биографического контекста. Именно этот слой обеспечивает субъективную непрерывность существования, а его нарушения приводят к феноменам фрагментации опыта, описанным в рамках диссоциативных расстройств, шизофрении и тяжёлых органических поражений мозга [6].

Таким образом, структура мнемического уровня представляет собой иерархически организованную, многослойную систему, где каждый подуровень имеет собственное функциональное назначение, но при этом тесно связан с другими. Эта структура обеспечивает не только хранение информации, но и

построение биографии, интеграцию опыта, формирование смыслов, эмоциональных значений и устойчивых личностных структур. Мнемический уровень является не столько контейнером для опыта, сколько активным механизмом конструирования субъективной реальности, поддержания идентичности и регуляции поведения.

Список литературы

- [1] Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. — М.: Педагогика, 1989. — 720 с.
- [2] Зинченко П. И. Непроизвольная память. — М.: МГУ, 1961. — 250 с.
- [3] Василюк Ф. Е. Психология переживания. — М.: МГУ, 1984. — 240 с.
- [4] Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973. — 376 с.
- [5] Кон И. С. В поисках себя: Личность и её самосознание. — М.: Политиздат, 1984. — 335 с.
- [6] Невязов В. В. Психопатология памяти. — СПб.: Питер, 2008. — 304 с.

Функции мнемического уровня: хранение, преобразование и интеграция опыта

Функциональная роль памяти в системной организации психики выходит далеко за пределы простой ретенции информации. Традиционное представление о памяти как о механизме фиксации и воспроизведения событий прошлого оказывается лишь одной из её поверхностных функций. В системной модели психики мнемический уровень выступает в качестве ядра, обеспечивающего непрерывность опыта, смысловое оформление жизненного пути и интеграцию разнородных психических процессов. Поэтому ключевыми функциями памяти становятся не только хранение, но также преобразование, структурирование и включение нового опыта в уже существующее смысловое поле личности.

Функция хранения оказывается более сложной, чем это предполагается классическими моделями. В системном понимании сохранение следов опыта представляет собой процесс непрерывной переработки и перекодирования поступающих данных. След не фиксируется как стабильная единица, но постоянно изменяется под воздействием новых переживаний, эмоциональной окраски, смысловых контекстов и динамики личностного развития. Память функционирует скорее как живая сеть, чем как архив, что подтверждается исследованиями пластичности мнемических следов и их подверженности реконструкции. В клинических наблюдениях это проявляется, например, в феноменах гибкости воспоминаний у здоровых людей и патологической ригидности следов при посттравматическом стрессовом расстройстве, когда сохранённая информация перестаёт адаптироваться к новым условиям и теряет способность к интеграции [1].

Вторая фундаментальная функция — преобразование опыта. Психика не просто сохраняет события, но и активно перерабатывает их в процессе смыслообразования. Воспоминание никогда не является механическим воспроизведением прошлого; оно представляет собой реконструкцию, осуществляемую в соответствии с текущими потребностями, эмоциональным состоянием и

когнитивными схемами личности. Преобразующая функция памяти определяет способность субъекта не только вспоминать, но и понимать пережитое, включать его в структуру мировоззрения и жизненного пути. Именно благодаря этой функции один и тот же факт биографии может иметь противоположные психологические последствия в зависимости от контекста, в котором он переосмысливается. Системная психиатрия рассматривает этот механизм как центральный компонент личностного развития, а его нарушения — как ключевой источник психологической дезинтеграции и клинической симптоматики [2].

Особое место занимает интегрирующая функция памяти. Она обеспечивает объединение различных уровней психической деятельности — эмоционального, когнитивного, волевого в единую конструкцию, организующую опыт субъекта. Интеграция предполагает синтез не только содержания воспоминаний, но и их эмоциональной валентности, смыслового значения и места в биографии. Таким образом, память выполняет задачу формирования личностной непрерывности, позволяя субъекту воспринимать себя как единое целое, существующее во времени. В рамках системной модели интегрирующая функция памяти является механизмом, который обеспечивает формирование Я-концепции, определяет стабильность самоидентичности и служит связующим звеном между прошлым, настоящим и будущим. При нарушениях этой функции возникает собственно системная дезинтеграция психики — расщепление, фрагментация опыта, нарушение автобиографической последовательности, наблюдаемые при диссоциативных расстройствах, органических поражениях мозга, а также при эндогенных заболеваниях, особенно шизофрении [3].

Не менее важна функция прогнозирования, скрыто присутствующая в работе мнемического уровня. Память обеспечивает не только обращение к прошлому, но и участие в моделировании будущего, поскольку все процессы воображения и ожидания опираются на материал, хранящийся в памяти. Это подтверждается нейропсихологическими данными, указывающими на совпадение мозговых структур, активных при воспоминании и при мысленном конструировании событий будущего. Системно эта функция определяет способность субъекта к планированию, принятию решений и построению жизненной стратегии, что особенно важно в контексте мотивационно-волевого уровня психики [4].

Наконец, память выполняет регуляторную функцию, обеспечивая контроль поведения на основе прошлого опыта. Она задаёт диапазон возможностей, определяет допустимые формы реакции, ограничивает или расширяет адаптивные стратегии. Память является тем механизмом, который сохраняет последствия прежних действий и позволяет субъекту строить своё поведение с учётом этих последствий. В системной модели регуляторная функция памяти связывает мнемический уровень с мотивационным, когнитивным и эмоциональным уровнями, обеспечивая тем самым согласованность психической системы как целого [5].

Таким образом, функции мнемического уровня образуют сложный ансамбль процессов, обеспечивающих не только сохранение информации, но и формирование смыслов, структурирование жизненного опыта, построение

идентичности и прогнозирование будущего. Память становится центральным механизмом, поддерживающим системную целостность психики, её временную непрерывность, устойчивость и способность к адаптации.

Список литературы

- [1] Неймарк М. С. Механизмы модификации памяти. — М.: Наука, 2005. — 312 с.
- [2] Братусь Б. С. Аномалии личности. — М.: МГУ, 1988. — 269 с.
- [3] Снежневский А. В. Симптоматика и динамика шизофрении. — М.: Медицина, 1983. — 304 с.
- [4] Лурия А. Р. Малые книги о большой памяти. — М.: МГУ, 1979. — 256 с.
- [5] Выготский Л. С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2005. — 512 с.

Клинические нарушения мнемического уровня: системный анализ

Клиническая феноменология нарушений памяти является одной из наиболее разработанных областей психопатологии, однако традиционные описания мнемических расстройств в рамках органических поражений, деменции или амнестических синдромов не раскрывают их системной природы. В перспективе системной психиатрии расстройства памяти рассматриваются как проявления дезорганизации психической системы в целом, отражающие нарушения связей между уровнями и дефицит интегративных механизмов. Поэтому анализ патологических процессов на мнемическом уровне требует оценки не только факта нарушения фиксации или воспроизведения, но и места этих нарушений в общей архитектуре психики, их влияния на структуру личности, когнитивные процессы, эмоциональную сферу и поведение.

В системном подходе нарушения памяти делятся не по фенотипу (как это принято в клинической психиатрии), а по типу системного дефекта. Основные типы дезорганизации включают нарушение уровня, дефект связи и дефект интеграции. Каждый тип проявляется специфическими клиническими паттернами и имеет последствия для всей психической системы. Эти различия позволяют объяснить, почему сходные по феноменологии амнестические расстройства могут иметь принципиально различные клинические траектории, прогноз и терапевтическую чувствительность.

Первым типом системного нарушения является дефект уровня — собственно амнестический дефицит, связанный с патологией фиксации, удержания или воспроизведения. Этот вариант наиболее изучен при органических заболеваниях головного мозга, включая деменции, последствия черепно-мозговых травм, алкогольную интоксикацию и нейродегенеративные процессы. Клинически он проявляется фиксационной амнезией, снижением объёма оперативной памяти, нарушением концентрации и уменьшением способности к удержанию информации. Однако в системном контексте ключевым становится не факт дефицита, а последующая дезорганизация взаимодействий с когнитивными и

эмоциональными уровнями. Так, нарушение фиксации приводит к утрате связности текущего опыта, что создаёт условия для формирования конфабуляций как попыток системы компенсировать провалы в хронологической последовательности событий [1].

Второй тип нарушения — дефект связи, при котором сами мнемические следы остаются сохранными, но нарушается взаимодействие между мнемическим уровнем и другими подсистемами психики. Этот механизм особенно характерен для депрессий, тревожных расстройств, обсессивно-компульсивного спектра и начальных проявлений шизофрении. В депрессии отмечается феномен «мнемической монотонности» — пациент способен воспроизводить события прошлого, но делает это без эмоциональной окраски, что указывает на разрыв между памятью и аффективным уровнем. В тревожных расстройствах, напротив, наблюдается гипермнезия негативных следов: память функционирует избирательно, усиливая угрожающие переживания и игнорируя позитивные, что приводило бы к формированию устойчивого паттерна избегания и общего искажения когнитивных схем [2]. В обоих случаях нарушения не связаны с повреждением хранилища памяти, но являются следствием дисфункции связей, обеспечивающих нормальную работу системы.

Третий тип — дефект интеграции — является наиболее глубоким и затрагивает способность психики формировать целостную, последовательную автобиографическую линию. Данный механизм наблюдается при шизофрении, диссоциативных расстройствах, тяжёлых личностных деформациях и некоторых вариантах психотравматических нарушений. Интегративная дисфункция приводит к фрагментации памяти, нарушению временной последовательности, пропаданию переходов между событиями, расщеплению смысловых связей. Субъект утрачивает способность синтезировать прошедшие события в непрерывную линию, что клинически проявляется феноменами «обрывочности биографии», диссоциации, псевдовоспоминаний и нарушений самотождественности. В некоторых случаях наблюдается парадоксальное сочетание сохранных отдельных воспоминаний и полной утраты способности выстраивать их в единую систему. Такое сочетание является характерным системным признаком шизофренического процесса, в котором дезинтеграция памяти выступает как отражение общего распада структуры личности [3].

Особое место занимают нарушения, возникающие в результате травматического опыта. В таких случаях память демонстрирует парадоксальную двойственность: с одной стороны, наблюдается амнезия событий, связанных с психотравмой, а с другой — феномен навязчивых воспоминаний, флэшбэков и гипермнезии фрагментов травматического эпизода. Эта амбивалентная картина свидетельствует о дефекте интеграции, при котором травматический след оказывается исключённым из общей автобиографической структуры, утрачивая возможность переработки и переосмысления. Психика избегает включения травматического материала, поскольку его интеграция вызывает перегрузку эмоционального и когнитивного уровней [4]. В клинической практике это проявляется в виде

фрагментарности воспоминаний, нарушений последовательности, усиленной эмоциональной реактивности и соматизации.

Наконец, дисфункции мнемического уровня становятся ключевым компонентом формирования патологической личности. Устойчивая тенденция к удержанию одних типов событий и забыванию других формирует особую автобиографическую логику, влияющую на структуру Я, мотивационные паттерны и когнитивные схемы. В расстройствах личности память не является повреждённой в нейрофизиологическом смысле, однако её работа искажена в соответствии с устойчивыми стилями эмоциональных и межличностных переживаний. Например, при пограничном расстройстве личности отмечается феномен нестабильной автобиографии, когда значимые воспоминания меняют свою эмоциональную валентность и смысл в зависимости от текущего аффективного состояния. Это создаёт впечатление «разомкнутой биографии», где прошлое постоянно переписывается настоящим, лишая личность внутренней устойчивости [5].

Таким образом, клинические нарушения мнемического уровня отражают различные формы системной дезорганизации психики. Они не сводятся к локальному дефекту фиксирования или воспроизведения информации, а являются проявлением более глубоких механизмов нарушения связности, согласованности и интеграции психической системы. Понимание этих процессов открывает путь к созданию нового типа диагностических и терапевтических подходов, направленных не только на восстановление памяти как когнитивной функции, но и на восстановление её системной роли в организации субъективного опыта, идентичности и жизненной стратегии пациента.

Место мнемического уровня в системной архитектуре психики

Мнемический уровень занимает в психической системе уникальное положение, сочетая черты автономной подсистемы с функциями глубоко интегрированного структурного центра. С одной стороны, память имеет собственную организацию, опирающуюся на биологические, нейрофизиологические и когнитивные механизмы. С другой — она формирует опорный каркас, который обеспечивает сквозную связность всех уровней психики, создаёт историчность субъективного опыта и поддерживает непрерывность Я. Поэтому мнемический уровень нельзя рассматривать как одну из функций психики в узком когнитивном смысле: он представляет собой структурный узел, который объединяет сенсорные, эмоционально-аффективные, мотивационные, когнитивные, личностные и сознательные процессы в единую развивающуюся систему.

Память обеспечивает фундаментальную временную архитектуру психики. Ни один другой компонент не обладает способностью удерживать прошлое, сопоставлять его с настоящим и формировать основание для будущего. Эта временная трёхмерность делает возможной саму системность психики, поскольку в отсутствие исторической последовательности распадается логика мотивации, эмоциональных оценок, поведения и саморефлексии. Таким образом, мнемический уровень выполняет роль своеобразного «темпорального скелета»,

на который нанизываются все остальные психические акты. Психика функционирует как система именно потому, что способна удерживать последовательность состояний и извлекать их в нужный момент. Без мнемического уровня невозможны не только высшие когнитивные процессы, но и сама стабильность субъективного существования.

Особенно важен вклад памяти в поддержание личностного уровня. Личность как структура устойчива лишь постольку, поскольку она распознаёт своё прошлое как собственное, удерживает непротиворечивую биографическую линию и способна вписывать новые события в уже сформированную матрицу значений. При нарушениях мнемического уровня нарушается не только способность к воспроизведению информации, но и способность формировать целостную самость. Амнестические дефекты, диссоциации, фрагментации автобиографических воспоминаний приводят к тому, что личность утрачивает способность удерживать себя как непрерывное Я, что проявляется в клинике шизофрении, тяжёлых расстройств личности и травматических нарушений. В системной перспективе память выступает не как когнитивный модуль, а как стержневая ось личности, от состояния которой зависит вся психическая структура [1].

Мнемический уровень также обеспечивает взаимосвязь когнитивных операций. Мышление, речь, абстракция, воображение и планирование невозможны без активного участия памяти. Однако в системной модели центральной является не техническая доступность информации, а способность памяти структурировать когнитивное пространство. Характер, глубина и динамика воспоминаний определяют доступность концептов, формирование смыслов и логических связей. Поэтому память не просто поддерживает познание, но является его смысловым основанием. Любое мышление, по сути, является операцией над сохранёнными следами опыта, а любое понимание — активной реконструкцией и сопоставлением этих следов. Так проявляется глубокая интеграция памяти и когниции как двух уровней одной системы.

С эмоционально-аффективным уровнем память связана через механизм смысловой и эмоциональной маркировки опыта. Любое событие, фиксируемое памятью, включает эмоциональную оценку, которая становится частью его содержания. Эта оценка может изменяться со временем, что отражает способность психической системы перерабатывать и перекодировать прошлое в соответствии с текущими мотивационными и личностными структурами. Поэтому память формирует устойчивые эмоциональные паттерны, а эмоции — определяют приоритеты запоминания, окраску воспоминаний и характер их последующей актуализации. В клинике депрессии, тревожных расстройств или биполярного аффективного расстройства память становится ареной аффективной реконструкции опыта, что делает её критически важным связующим звеном между аффектом и поведением [2].

Мотивационно-волевой уровень функционирует как система, опирающаяся на память о успешных и неуспешных действиях, о значимых целях, о подкреплениях и наказаниях. Память структурирует мотивационное поле, определяет длительные цели и формирует ощущение направленности жизни. Воля, как

способность к направленному действию, предполагает опору на внутреннюю биографию и на сформированные паттерны саморегуляции. При нарушениях мнемического уровня снижается инициатива, исчезает ощущение смысла, утрачивается способность ставить долгосрочные задачи. Поэтому память выступает в качестве центрального механизма волевой регуляции, обеспечивая устойчивость мотивационных структур.

Сенсорный уровень связан с памятью через механизмы восприятия и распознавания. Любое восприятие всегда является соотнесением текущего сенсорного материала с имеющимися образами. Эта связь определяет возможность узнавания, формирования категории, интерпретации и ориентировки. В отсутствие функционирующего мнемического уровня восприятие становится фрагментарным, дезорганизованным и теряет смысловую насыщенность. Следовательно, мнемический уровень определяет качество сенсорного опыта, формируя его структурную оформленность.

Наконец, память является необходимым компонентом сознательного уровня. Сознание удерживает актуальное содержание, но само это удержание зависит от памяти, фиксирующей последовательность переживаний. Сознание способно рефлексировать над собственными содержимыми, только если эти содержимые становятся доступными в форме воспоминаний. Таким образом, сознание и память находятся в отношениях взаимного формообразования: память обеспечивает материал для сознания, а сознание — механизм выделения и закрепления значимых следов. В структуралистской логике психической системы эти уровни образуют единый контур, обеспечивающий самопознание, рефлексию и осознанность [3].

Комплексное рассмотрение всех связей мнемического уровня показывает, что память является центральным системным узлом, создающим каркас психической архитектуры. Она обеспечивает временную целостность, личностную устойчивость, когнитивную связность, эмоциональную динамику, мотивационную направленность и сознательную рефлексию. Поэтому мнемический уровень занимает ключевое место в структуре психической системы, выступая её внутренним историческим ядром, обеспечивающим непрерывность жизни субъекта.

Мнемический уровень психической системы представляет собой не частный когнитивный модуль, а фундаментальную структурную ось, на которой строится целостность психического функционирования. Его своеобразие определяется тем, что память формирует внутреннюю временную топологию субъективной жизни, позволяя психике не только фиксировать отдельные состояния, но и интегрировать их в последовательность, несущую смысл. Эта способность удерживать историю, интерпретировать опыт и реконструировать прошлое в соответствии с текущими потребностями делает память уникальным уровнем, связывающим все остальные компоненты психики.

Рассматривая мнемический уровень как часть системной архитектуры психики, становится очевидно, что именно память обеспечивает непрерывность и устойчивость Я, а также поддерживает возможность целенаправленного

поведения и саморегуляции. Через механизмы автобиографической памяти личность приобретает структуру, сходную с внутренней биографической матрицей, которая определяет не только то, что человек помнит, но и то, кем он себя считает. Системная точка зрения позволяет увидеть в памяти не пассивное хранилище следов, а активный процесс, включающий динамическое перекодирование, переструктурирование и переоценку опыта. Сенсорные сигналы, аффективные реакции, мотивационные программы, когнитивные операции, личностные особенности и элементы сознания встраиваются в эту динамику, формируя психическую целостность, доступную как переживанию, так и клиническому наблюдению.

Особое значение мнемического уровня в психической системе проявляется и в клинической практике. Нарушения памяти — от лёгких дисфункций до глубокой амнезии — приводят к серьезным изменениям не только в когнитивной сфере, но и в личности, эмоциональной регуляции и целенаправленности поведения. Амнестические синдромы, травматические диссоциации, патологическая фиксация аффективно окрашенных воспоминаний, искажённая автобиография, пропущенные фрагменты опыта — все это не просто нарушения функции памяти, но дефекты в самой структуре психической системы. Значит, клинический анализ памяти выступает одним из ключевых инструментов понимания системных расстройств психики.

Системная трактовка памяти, предложенная в данной главе, позволяет рассматривать мнемический уровень не как вспомогательный компонент психики, а как её внутреннюю ось, обеспечивающую порядок, историю и смысл. Память становится основой для понимания психопатологии, так как любые нарушения связности, стабильности или темпоральной структуры психики в первую очередь проявляются именно в изменениях мнемических процессов. Таким образом, мнемический уровень формирует меру психической целостности и выступает одним из центральных элементов системной психиатрии.

Личностный уровень

Личностный уровень психической системы представляет собой наиболее сложный и многомерный компонент внутренней организации человека. Его особенность заключается в том, что он объединяет феноменологические, мотивационные, когнитивные, ценностные и биографические элементы в целостную структуру, через которую субъект взаимодействует с реальностью и самим собой. В отличие от отдельных психических процессов, личность обладает устойчивостью, интегративностью и способностью формировать длительные стратегии поведения, что обеспечивает ей уникальный статус в системной архитектонике психики. Личностный уровень возникает как эмерджентное образование, не сводимое ни к когнитивным операциям, ни к аффективным тенденциям, ни к мотивационным импульсам, хотя он опирается на них и преобразует их в единый паттерн внутренней жизни.

Философская и психологическая традиции неоднократно стремились определить основания личности, предлагая модели, в которых она рассматривалась то как разумная субстанция, то как центр самосознания, то как система внутренних ролей, то как продукт социализации. При всём разнообразии подходов остаётся очевидным, что личность обладает собственным уровнем системной организации, отличным от остальных уровней психики. Этот уровень не только опирается на более базовые уровни, но и формирует надстройку, определяющую стиль переживания, характер реагирования и индивидуальную структуру смыслов. Работы отечественных исследователей, включая Б.Г. Ананьева, С.Л. Рубинштейна и К.А. Абульханову-Славскую, подчёркивали, что личность не может быть понята вне контекста деятельности и жизненного пути, что делает её не только психологической, но и биографической категорией.

Если когнитивный уровень обеспечивает переработку информации, а мотивационно-волевой — направленность действия, то личностный уровень задаёт более высокую форму системной регуляции, преобразующую разрозненные импульсы в интегративную модель поведения. На этом уровне возникают такие свойства, как характер, направленность, ценности, убеждения и мировоззрение. Эти элементы функционируют как устойчивые паттерны, но не являются неизменными: личность обладает динамикой, пластичностью и способностью к перестройке, особенно в условиях новых жизненных обстоятельств. Именно здесь проявляется то, что С.Л. Рубинштейн назвал внутренними условиями развития человека: личность не только реагирует, но и выбирает способ реагирования.

В системной структуре психики личностный уровень играет роль регуляционного центра, который связывает мнемический, когнитивный и мотивационно-волевой уровни в целостную осмысленную линию поведения. Эта роль проявляется прежде всего в способности личности конструировать жизненные цели и определять отношение к собственному опыту. Благодаря этому личность обеспечивает продольную связность психики, что делает возможным формирование жизненной стратегии, профессиональной идентичности и устойчивого образа Я. Через этот же механизм личность обеспечивает способность к длительному самоконтролю, рефлексии, коррекции поведения и принятию ответственности. Таким образом, личностный уровень становится системой, в которой сходятся опыт прошлого, требования настоящего и ориентиры будущего.

Особое значение личностного уровня проявляется при анализе психических расстройств. Многие психопатологические состояния могут быть поняты именно как нарушения структуры личности, а не отдельных функций. Так, расстройства личности характеризуются устойчивыми моделями переживания и поведения, отклоняющимися от культурных норм и нарушающими адаптацию, что отражено как в МКБ-10, так и в МКБ-11. В этих классификациях подчеркивается, что патологические изменения касаются прежде всего характерологических, эмоционально-регуляторных и межличностных особенностей, то есть тех элементов, которые составляют ядро личностного уровня. При психозах изменения личности нередко возникают вторично, но именно они определяют долгосрочный исход заболевания, его влияние на социальное функционирование и глубину

дефекта. Следовательно, личность является не только уровнем психической системы, но и её клиническим маркером, показывающим степень системной сохранности.

Личностный уровень психики невозможно понять без связи с биографией. Личность формируется не в абстрактном пространстве, а во времени через детство, социализацию, профессиональный путь, отношения, кризисы, травмы и выборы. Психическая система на этом уровне включается в историческое измерение, в котором прошлое определяет настоящие реакции, а будущее задаёт смысловые горизонты. Биографическая обусловленность личности особенно важна для клинического анализа, поскольку позволяет увидеть взаимосвязь между опытом человека и структурой его характера, способностью к саморегуляции, уязвимостями и ресурсами. Здесь становится очевидной связь между мнемическим и личностным уровнями: память конструирует историю, а личность придаёт ей смысл.

Личность обладает и иерархической организацией. Её ядром является образ Я, включающий самоосознание, самоуважение, самопринятие и представление о собственных границах. Вокруг ядра располагаются характерологические черты, ценности и убеждения, а далее — социальные роли и адаптивные стратегии. Эта структура позволяет личности одновременно быть устойчивой и гибкой, сохранять идентичность и при этом реагировать на новые жизненные ситуации. Нейропсихологические данные указывают на сложное взаимодействие префронтальных областей, структур лимбической системы и ассоциативной коры, что подтверждает: личностный уровень имеет выраженную биологическую основу, но его содержание формируется социально и биографически.

Таким образом, личностный уровень является центральным элементом психической системы, обеспечивающим её смысловую, ценностную и биографическую целостность. Он связывает внутренние процессы в интегративную модель Я, которая регулирует поведение, определяет способность к адаптации и служит одной из ключевых опор для психического здоровья.

Структура личности, её динамика и клиническое значение

Структура личности не является статичной конструкцией; напротив, она представляет собой динамическое взаимопроникновение устойчивых и изменчивых элементов, что отражает двойственную природу человеческого существования — необходимость сохранять целостность и одновременно адаптироваться к меняющемуся окружению. Психологические школы, начиная от классического психоанализа и заканчивая отечественной деятельностной парадигмой, неоднократно подчеркивали, что личность представляет собой сложную иерархическую систему, в которой взаимодействуют врожденные свойства, биографический опыт и социальные условия.

Одним из центральных компонентов структуры личности является характер как совокупность устойчивых, относительно малоподвижных особенностей эмоционального реагирования, когнитивных тенденций и способов

взаимодействия с миром. Характер формируется постепенно, по мере того как различные уровни психической системы обретают свою зрелость. Темперамент, являющийся биологическим основанием личностных различий, задаёт определенную динамику реагирования, но на личностном уровне он приобретает новое качество: человек учится преобразовывать естественные реакции в социально приемлемые формы поведения, формируя индивидуальный стиль взаимодействия с окружающим миром. Поэтому именно на уровне личности становится возможным то, что характеризует человеческое существование как культурное: способность не только следовать своим импульсам, но и преобразовывать их, контролировать, переосмысливать.

Другим важным компонентом личностной структуры являются ценностно-смысловые образования. Они представляют собой внутренние ориентиры, через которые человек определяет для себя жизненно значимое, формирует представление о желаемом и нежелательном, о хорошем и плохом, о своем отношении к другим людям и миру в целом. Именно ценности обеспечивают способность личности выбирать между различными целями и формировать долгосрочные жизненные планы. Работы отечественных философов, включая В.П. Зинченко и М.К. Мамардашвили, подчёркивали, что личность как система не может быть понята вне акта смыслополагания, поскольку именно смысл связывает отдельные переживания и поступки в единую линию сознательной жизни.

Важнейшим элементом структуры личности является образ Я — субъективное представление человека о самом себе, включающее осознание собственных качеств, границ, возможностей и ограничений. Образ Я обладает сложной внутренней организацией: он включает когнитивный компонент (знания о себе), эмоциональный (отношение к себе), волевой (степень принятия ответственности за свою жизнь) и социальный (представление о своем месте в обществе). Системная психиатрия получает важные клинические ориентиры, анализируя именно образ Я, поскольку нарушения в его структуре могут проявляться в деперсонализации, снижении самооценки, ригидности, дисгармоничных установках и других формах психологической уязвимости, часто предшествующих формированию невротических и аффективных расстройств.

Особую роль в структуре личности играют социальные роли и идентичности, которые формируются в процессе общения и культурного развития. Личность функционирует не только как внутренний психологический центр, но и как социальное существо, включенное в множество контекстов — профессиональный, семейный, межличностный. Каждая социальная роль формирует определённый набор ожиданий и структурирует поведение, но одновременно требует интеграции в более широкую личностную систему. Конфликты между ролями, либо невозможность интегрировать несколько ролей в единый образ Я, могут приводить к внутренней напряжённости, дезадаптации, а в некоторых случаях — к формированию стойких личностных деформаций.

Динамика личности предполагает ее способность к развитию, перестройке и адаптации. Изменения личности могут происходить как постепенно, под влиянием накопления жизненного опыта, так и резко — в результате

кризисов, травм, экстремальных ситуаций или глубоких переживаний. Отечественные психологи, включая Л.И. Божович и А.Н. Леонтьева, подчеркивали, что личностное развитие связано с формированием мотивов и смыслов, через которые человек начинает осознавать себя субъектом собственной жизни. Системный подход позволяет рассматривать динамику личности как результат взаимодействия между уровнями психики: изменения на когнитивном или мотивационном уровне могут приводить к перестройке ценностной структуры, тогда как глубокие биографические переживания могут трансформировать стратегию поведения, изменяя регуляторные механизмы на уровне характера.

Клиническое значение личностного уровня трудно переоценить. Именно здесь проявляются те особенности пациента, которые определяют течение его заболевания, способность к ремиссии, комплаентность, уровень социальной адаптации и вероятность рецидива. Личностный уровень можно рассматривать как «контейнер» для симптомов: от его устойчивости зависит, насколько человек может выдерживать стрессовые нагрузки, справляться с аффектами, сохранять функциональные связи с реальностью. Даже при органических и эндогенных расстройствах личностные особенности определяют глубину нарушения социального функционирования, длительность восстановления и характер приспособления к болезни.

Важно подчеркнуть, что системная психиатрическая диагностика требует анализа личности не как набора черт, а как сложной, иерархически организованной структуры, взаимодействующей с другими уровнями психической системы. Это позволяет увидеть не только симптомы, но и внутреннюю логику поведения пациента, его реактивность, способы саморегуляции, уязвимости и ресурсы.

Интегративная роль личности и её связь с сознанием

Личность занимает особое место в архитектонике психической системы, поскольку она одновременно является продуктом её функционирования и центральным механизмом интеграции различных уровней в единый субъектный контур. Если сенсорный, эмоциональный, когнитивный и мотивационно-волевой уровни представляют собой функциональные подсистемы, выполняющие специализированные задачи, то личность выступает как высший регуляторный уровень, обеспечивающий согласование этих задач с долговременными жизненными целями, ценностями и социальной позицией человека. Именно на этом уровне происходит окончательное придание индивидуального смысла внутренним процессам и внешним обстоятельствам, что делает личность системообразующим ядром всей психической структуры.

Связь личности с сознанием проявляется значительно сложнее, чем прямое подчинение одного другому. Сознание обеспечивает рефлексивную представленность личностных структур, однако не исчерпывает их содержания. Личность включает такие компоненты, которые могут функционировать на допороговых уровнях, не всегда осознаваясь субъектом, но оказывая влияние на его поведение, эмоциональные реакции и выбор жизненных стратегий. Тем самым

личность является более широким понятием, чем сознание: она определяет не только то, что человек думает о себе и о мире, но и то, как он чувствует, действует, интерпретирует события и строит отношения.

Вместе с тем без сознания личность не может выполнять своих интегративных функций. Сознание позволяет ей осуществлять самоотнесённость, удерживать в поле внимания собственные состояния, анализировать мотивы и последствия поступков, строить последовательность действий. Именно сознание обеспечивает способность к саморегуляции и свободе выбора, что делает личность субъектом, а не только совокупностью устойчивых свойств. В работах С.Л. Рубинштейна неоднократно подчёркивалось, что личность становится личностью лишь постольку, поскольку она осознаёт себя автором своих поступков, то есть обладает рефлексией и способностью к внутреннему контролю.

Интегративная функция личности заключается в том, что она обеспечивает целостность психической жизни, собирая разрозненные процессы в единый образ мира и единое направление деятельности. На эмоционально-аффективном уровне эта функция выражается в способности регуляции эмоций посредством смысловых интерпретаций; на когнитивном уровне — в способности выбирать значимые содержания среди множества доступных стимулов; на мотивационном — в формировании иерархии целей; на поведенческом — в реализации последовательных действий, направленных на достижение долгосрочного результата. Личность превращает психические функции в сознательную деятельность, а психические процессы — в биографическую линию.

Наряду с интеграцией внутренних процессов, личность выполняет социальную интегративную функцию. Она обеспечивает включённость человека в систему общественных отношений и регулирует соответствие его поведения социальным нормам, ожиданиям и культурным образцам. Здесь проявляется двуединая природа личности: с одной стороны, она формируется под воздействием социума, а с другой — сама определяет направление социальной активности, выбирает окружение, конструирует собственное место в мире. Этот аспект особенно важен для психиатрической практики, поскольку нарушение связи личности с социальным контекстом часто предшествует или сопровождает развитие психопатологических состояний.

Личность занимает особое место и в отношении к биографической памяти. Не будучи тождественной памяти, она опирается на неё, формируя непрерывность самости во времени. Биографическая память обеспечивает субъекту ощущение собственного развития, связи прошлого, настоящего и будущего, а личность превращает этот временной опыт в осмысленный жизненный путь. В этом проявляется системная взаимосвязь личностного и мнемического уровней: личность конструирует смысл прошлого, тогда как память предоставляет материал для этой конструктивной работы. Нарушения в одном уровне приводят к искажениям в другом, что наблюдается, например, при травматических расстройствах и диссоциативных нарушениях.

Особенно важна роль личности как регуляторного центра в ситуациях стресса, конфликта или внутренней неопределённости. Благодаря интеграции

эмоций, мотивов, когний и ценностей личность обеспечивает возможность выбора, направленного не на непосредственное снижение напряжения, а на поддержание целостности жизненной позиции. В тяжёлых ситуациях именно личностный уровень определяет устойчивость психической системы, её способность адаптироваться к изменениям и восстанавливать внутренний баланс. Поэтому личностная структура является одним из ключевых факторов профилактики патологических состояний, а её разрушение — одним из индикаторов глубоких системных нарушений.

Связь личности с сознанием предстаёт как взаимодополнение: сознание обеспечивает ясность, способность к наблюдению и оценке, а личность — глубину, направленность и смысл. Без личности сознание было бы чистым регистратором текущих событий, лишённым центра и внутреннего вектора. Без сознания личность потеряла бы способность к рефлексии и самоуправлению, превратилась бы в набор ригидных паттернов. Только их взаимодействие — динамичное, взаимопроникающее, поддерживающее — делает возможной полноценную человеческую субъективность.

Клиническое значение личностного уровня

Личностный уровень психической системы обладает высокой клинической значимостью, поскольку именно здесь формируются механизмы устойчивой саморегуляции, долговременные формы реагирования и характерные способы взаимодействия с реальностью. Нарушения на этом уровне имеют принципиально иной характер, чем расстройства сенсорного или когнитивного уровня: они проявляются не в отдельных симптомах, а в нарушении целостной организации субъекта, что делает их особенно важными для психиатрической диагностики, прогнозирования и терапевтических вмешательств. Патология личности не может быть сведена к нарушению одной функции или подсистемы; она представляет собой сбой интеграции, структуральных связей и смыслообразующих механизмов, определяющих индивидуальный стиль поведения, эмоциональную реактивность и способ принятия решений.

В рамках МКБ 10/11 личностные расстройства определяются как устойчивые паттерны внутреннего переживания и поведения, которые значительно отклоняются от ожиданий культуры, являются неадаптивными и проявляются в многочисленных ситуациях. Однако эти формальные критерии отражают лишь клиническую поверхность явления. В системном подходе личностное расстройство понимается как устойчивое нарушение архитектоники психической системы, когда взаимодействие между уровнями становится ригидным, фрагментированным или искажённым. Так, например, при диссоциальном расстройстве личности наблюдается ослабление интеграции аффективного и морально-ценностного уровня, что приводит к снижению эмпатии и нарушению восприятия социального контекста. При зависимом расстройстве нарушена иерархия мотивационно-волевых процессов, что делает личность крайне уязвимой к внешнему давлению и приводит к постоянному поиску опоры во внешних объектах.

Особое место занимает личностная динамика при аффективных и тревожных расстройствах. В отличие от личности как сравнительно стабильной структуры, аффективные синдромы изменяют её проявления не за счёт трансформации её глубинной организации, а через нарушение регуляторных контуров, обеспечивающих соответствие эмоциональных реакций внутренним ценностям и жизненным целям. При тяжелой депрессии личностный уровень как бы «проседает»: уменьшается способность к самооцениванию, утрачивается чувство континуальности, ослабляется стратегическое планирование, формируются феномены бесперспективности, иногда приводящие к суицидальным мыслям. Однако, в отличие от личностных расстройств, здесь сохраняется ядро самости, которое может быть восстановлено при успешной терапии.

Клинически важным является вопрос о степени вовлечённости личности в психотический процесс. Классическая психопатология подчеркивала принципиальное отличие «психических функций» и «личности», однако системный подход показывает, что личность всегда частично вовлечена в психотическую дезинтеграцию. При шизофрении страдает не только когнитивный или аффективный уровень, но и личностная структура: нарушаются ценностные ориентиры, снижается способность к саморегуляции, формируются феномены отчуждения, связанные с базовыми нарушениями структуры «Я». В этих случаях речь идет о системном дефекте интегративного уровня, затрагивающем личность как организующий центр, что отличает шизофрению от неглубоких личностных нарушений при неврозах.

Личностный уровень также играет ключевую роль в формировании аддиктивного поведения. Современные исследования рассматривают зависимости как расстройства саморегуляции, когда личностные механизмы контроля, планирования и оценки последствий оказываются подчинены краткосрочным импульсам и автоматизированным схемам получения удовольствия. В результате формируется своеобразная личностная деформация, при которой система ценностей становится зависимой от объекта аддикции, а жизненный путь — узко направленным и лишённым перспективы. Для наркологической и психиатрической практики важно, что эти изменения затрагивают именно личностный уровень, а не только мотивационно-волевую сферу, как предполагалось ранее.

Не менее важным клиническим аспектом является оценка личностного уровня при органических расстройствах. Поражение мозга приводит не только к когнитивному дефекту, но и к глубокой перестройке структуры личности: исчезает способность к тонкой регуляции эмоций, утрачивается гибкость поведения, происходит обеднение ценностного поля. Эти изменения имеют решающее значение для социальной адаптации пациента, поскольку нарушают его способность принимать ответственность, прогнозировать действия и поддерживать социальные связи. Органические изменения личности демонстрируют, насколько глубоко личностный уровень встроен в биологическую основу психической системы, и подтверждают его функциональную зависимость от нейронной архитектуры.

Терапевтическая работа с личностным уровнем требует понимания его системной роли. В психотерапии личность рассматривается как динамическая структура, способная к изменению через осмысление опыта, осознание внутренних противоречий и перестройку жизненных стратегий. Психотерапевтические методы оказывают влияние не на отдельные функции, а на всю структуру системы: расширяют сознание, усиливают рефлексивность, формируют новые смысловые связи. Восстановление личностного уровня является ключевой задачей при лечении хронических расстройств тревожного спектра, депрессий, зависимостей и ряда личностных нарушений. Психотерапия тем эффективнее, чем точнее она воздействует на интегративные механизмы личности, а не только на её поведенческие проявления.

Фармакотерапия, хотя и направлена главным образом на нейрофункциональные механизмы, косвенно влияет и на личностный уровень. Стабилизация аффекта, снижение тревоги или восстановление когнитивных процессов создают условия для активизации личностных ресурсов пациента. Это подтверждает фундаментальный принцип системного подхода: изменения на одном уровне всегда резонируют с другими уровнями психической системы. Поэтому клиническая стратегия, сочетающая бы психофармакологию и личностно-ориентированную психотерапию, является наиболее эффективной.

Личностный уровень занимает центральное место в системном анализе психических расстройств, поскольку он отражает глубинную структуру субъекта, определяет его устойчивость, гибкость и способность к адаптации. Клиническая практика показывает, что именно нарушения личности часто определяют тяжесть, длительность и прогноз заболевания, а также эффективность терапевтических вмешательств. Поэтому включение личности в системную модель психики является не только теоретически, но и практически необходимым шагом в модернизации психиатрической науки.

Сознательный уровень

Онтологический статус сознательного уровня

Сознательный уровень психической системы представляет собой высший и наиболее интегрированный этаж психической организации, где различные уровни — сенсорный, аффективный, мотивационно-волевой, когнитивный, мнемический и личностный — обретают форму, доступную осознанию, рефлексии и целостному переживанию. Сознание не является функцией или отдельной подсистемой в строгом смысле физиологического уровня; в системном подходе оно рассматривается как особый тип организации психической активности, как способ существования психики, при котором она становится явлением для самой себя. Эта способность психики быть субъектом собственной активности отличает человека от всех других живых систем, становясь онтологическим основанием его личности, морали, культуры и ответственности.

Системный анализ показывает, что сознание нельзя свести к простой сумме психических процессов, доступных отчету или наблюдению. Наблюдаемость — лишь одно из проявлений сознания. Его сущность заключается в способности интеграции: сознательный уровень собирает разнородные элементы психической активности в единое поле опыта, обеспечивая непрерывность субъективного существования. Это поле феноменов, состоящее из восприятий, мыслей, чувств, воспоминаний и намерений, становится пространством, в котором субъект ориентируется, выбирает, оценивает и действует. Сознание формирует центр перспективы, позволяющий человеку занимать позицию наблюдателя и автора собственной жизни.

С философской точки зрения сознание традиционно рассматривалось как уникальное свойство человеческой души или разума. У Платона оно связывалось с миром идей, у Аристотеля — с деятельностью разума, у Декарта — с «мыслящей субстанцией», у Канта — со структурами апперцепции, определяющими опыт. В феноменологии Гуссерля сознание определяется как интенциональность — направленность на объект, которая делает возможным всякое познание и переживание. Этим традициям соответствует системное понимание сознательного уровня как универсальной формы организации опыта, выходящей за пределы отдельных психических функций.

Психология XX века стремилась к объективизации сознания, что привело одновременно к прогрессу экспериментальных методов и к кризису понимания его сущности. Вундт впервые попытался формализовать интроспекцию как метод изучения сознательных актов, однако дальнейшая когнитивная психология сместила акцент на «информационную обработку», во многом вытеснив проблему субъективности. Современная системная психиатрия, напротив, возвращает сознанию онтологический статус, признавая, что без него невозможны ни понимание личности, ни объяснение структуры психической деятельности. Сознание рассматривается не как эпифеномен, а как ключевой интегративный уровень психики, необходимый для смыслообразования, моральной оценки и принятия решений.

Сознательный уровень имеет особую клиническую значимость, поскольку нарушения сознания приводят к утрате способности ориентироваться в мире и собственной жизни. При делирии нарушается единство поля сознания, что проявляется фрагментарностью восприятия, нарушением ясности и последовательности мыслей, потерей временной структуры опыта. При деперсонализации страдает ощущение собственной субъективности, разъединя личностный и сознательный уровни. При шизофреническом процессе часть психической активности становится недоступной для интеграции в поле сознания, что приводит к феноменам отчуждения, псевдогаллюцинациям, нарушениям самости. Эти клинические примеры демонстрируют, что сознание не является «надстройкой» над психикой; оно выступает её центральным интегративным компонентом, без которого системность психической деятельности разрушается.

Особую роль в онтологии сознательного уровня играет способность к рефлексии. Рефлексия обеспечивает субъекту доступ к собственным мыслям,

чувствам и мотивам, делая возможным не только переживание, но и понимание самого переживания. Рефлексивная активность формирует основу самосознания и личной идентичности, обеспечивая устойчивость Я во времени. Это важно подчеркнуть, поскольку сознание не просто фиксирует феномены, но и связывает их между собой в структуру биографии, формируя ось времени, на которой базируется личностное развитие. В системной модели психики сознание является тем уровнем, который делает возможным связность жизненного пути и предсказуемость поведения.

Интегративная функция сознательного уровня заключается также в том, что он обеспечивает контакт психики с внешней реальностью. Сознание формирует контур восприятия мира как целостного, структурированного пространства, в котором субъект действует разумно и целенаправленно. В этом проявляется его системная природа: сознание объединяет данные сенсорных, когнитивных и аффективных уровней, создавая контекст, в котором эти данные обретают значение. Таким образом, сознание является не только условием внутреннего опыта, но и инструментом адаптации к внешнему миру.

Сознательный уровень существует не изолированно, а в постоянном диалоге с бессознательными процессами. Современная системная психодинамика показывает, что значительная часть внутренних конфликтов, симптомообразования и нарушений поведения связана с недостаточной интеграцией между сознательными и бессознательными уровнями. В клинической практике психотерапевтическое воздействие часто направлено на расширение сознательного поля за счёт включения ранее вытесненных или неосознаваемых содержаний. Этот процесс показывает пластичность сознательного уровня и его способность к саморазвитию, что делает его ключевым объектом психологической и психиатрической работы.

Таким образом, сознательный уровень психической системы представляет собой высшую форму организации психической активности, обеспечивающую единство субъективного опыта, рефлексивность, автономию и способность к целостному переживанию. Он является необходимым условием как личностного функционирования, так и клинического понимания психических расстройств. Сознание объединяет психику в систему и делает возможным существование человеческого субъекта как целостного, рефлексивного и действующего существа.

Феноменология и структура сознательного уровня

Феноменология сознательного уровня представляет собой описание того, как сознание проявляется в непосредственном субъективном опыте. Сознание раскрывает себя через содержание, форму и динамику переживаний, которые образуют непрерывное пространство внутреннего мира. В отличие от других уровней психической системы, феномены сознания обладают качеством очевидности: они воспринимаются субъектом напрямую, без необходимости опосредования и интерпретации. Это свойство феноменальной прозрачности делает

сознание уникальным объектом исследования, поскольку оно позволяет изучать психику «изнутри», на уровне её имманентного существования.

Основным феноменологическим качеством сознания является ясность. Ясность отражает степень определённости и различимости содержания, его структурированность и доступность для мышления и действия. В клинической картине нарушения ясности сознания обнаруживаются при оглушении, делирии, аменции, где содержание опыта становится фрагментарным, неустойчивым и плохо поддающимся интеграции. В норме ясность обеспечивает способность к последовательному мышлению, критической оценке ситуации и контролю поведения. В системном смысле ясность — это показатель эффективности интегративной функции сознательного уровня.

С сознанием неразрывно связана интенциональность — направленность на предмет. Любой феномен сознания всегда о чём-то: мысль направлена на идею, эмоция — на объект, действие — на цель. Гуссерль называл это свойство основным законом структуры сознания, а современная когнитивная психология подтверждает, что внимание, восприятие и мышление организуются как процессы выбора объекта среди множества возможных стимулов [1]. Интенциональность делает сознание динамическим полем, в котором в каждый момент выделяется доминирующее содержание, определяющее поведение и переживание субъекта.

Не менее важным феноменологическим компонентом является временность сознания. Сознание всегда протекает во времени, формируя переживание настоящего, связанное с памятью о прошлом и ожиданием будущего. Гуссерль ввёл понятия «ретенции» и «протенции» для описания того, как сознание удерживает только что прошедший опыт и предвосхищает следующий момент. В клинике нарушение временной структуры сознания проявляется в делирии и некоторых депрессивных состояниях, когда нарушается чувство последовательности событий и их причинно-следственной связи. В системной модели психики временная структура сознания выполняет функцию сборки опыта в непрерывную линию биографии.

Особую роль в структуре сознательного уровня занимает самосознание. Это способность субъекта воспринимать себя как переживающее и действующее существо, отличное от окружающего мира. Самосознание включает в себя осознание собственных чувств, мыслей, желаний, целей и свойств личности. В системной модели психики самосознание выступает ядром личностного уровня и одновременно высшим механизмом интеграции. Оно обеспечивает ощущение тождественности Я — устойчивой структуры, которая сохраняет своё единство во времени несмотря на изменения состояний и ситуаций. Клинические нарушения самосознания, такие как деперсонализация, феномены отчуждения, нарушения «Я»-границ при шизофрении, свидетельствуют о фундаментальной роли этого компонента сознательного уровня.

Ещё одним феноменологическим аспектом является рефлексивность сознания. Рефлексия позволяет субъекту анализировать собственные психические состояния, оценивать свои действия и устанавливать отношение к

переживаемому. Рефлексивность характерна только для высокоорганизованных уровней психики; она представляет собой способность сознания становиться объектом для самого себя. Рефлексия — это наиболее важный механизм внутренней регуляции: она делает возможной самокритику, саморазвитие и личностные изменения. Отсутствие или снижение рефлексии наблюдается при психотических состояниях, при органических поражениях мозга, при тяжёлых расстройствах личности.

Ключевым структурным элементом сознательного уровня является внимание. Внимание обеспечивает выбор содержания из множества доступных стимулов и направляет ресурсы психической системы на наиболее значимые объекты. Внимание формирует «фокус» сознания, вокруг которого организуются восприятие, мышление и эмоции. Нарушения внимания при синдроме дефицита внимания, при деменции или астенических состояниях приводят к снижению способности к концентрации, устойчивости и переключению. В системном анализе внимание является регулятором потока сознания и выступает инструментом связывания различных уровней психики, обеспечивая доступ их содержаний в сознательное поле.

Сознание обладает также качеством объективации: человек не просто переживает свои состояния, но и способен рассматривать их как явления. Это делает возможным психологическую дистанцию — способность не сливаться с эмоциями, мыслями или импульсами, а наблюдать их. Психологическая дистанция играет фундаментальную роль в психотерапии, позволяя субъекту осознавать свои паттерны поведения, избегать импульсивных действий и создавать новые способы реагирования. В клинике утрата дистанции наблюдается при панических атаках, острых аффективных состояниях, некоторых личностных расстройствах.

С феноменологией сознания связано и чувство присутствия в мире — переживание реальности. Оно включает в себя ощущение того, что воспринимаемый мир существует и обладает устойчивостью. При дереализации нарушается именно это качество: мир воспринимается как чужой, плоский, нереальный. Эти феномены показывают, что сознание не просто отражает мир, но и формирует его как реальность. Таким образом, сознание обладает конструктивной функцией, создавая рамку, в которой субъект живёт и действует.

Структура сознательного уровня включает несколько взаимосвязанных компонентов: поле сознания, фокус внимания, ядро Я, поток мышления, когнитивные схемы, эмоциональный тонус, временную перспективу и рефлексивный уровень. Эти элементы образуют сложную и динамическую систему, способную к самоорганизации, расширению и адаптации. Сознание может функционировать в различных состояниях — бодрствование, сон, медитация, патологические изменения, при этом сохраняется принципиальная структура, хотя её параметры изменяются.

Сознание в системной модели психики выступает не только феноменальным полем, но и регуляторной инстанцией, определяющей приоритеты поведения, направленность мышления и механизмы адаптации. Оно обеспечивает

возможность выбора, что делает сознание центральным условием свободы воли и ответственности. В культурно-антропологическом смысле сознание — это также основа морали, творчества и социальной коммуникации.

Таким образом, феноменологическая структура сознательного уровня раскрывает его как сложное, многомерное пространство, объединяющее субъективные переживания, когнитивные процессы, личностные установки и рефлексивную активность. Это высший уровень организации психической системы, обеспечивающий целостность, устойчивость и направленность человеческой жизни.

Нейропсихологические механизмы сознательного уровня

Нейропсихологические механизмы сознательного уровня представляют собой совокупность мозговых структур и функциональных связей, обеспечивающих формирование субъективного опыта, рефлексии, внимания и самосознания. Сознание, несмотря на свою феноменальную сложность, проявляет устойчивые закономерности, которые могут быть описаны в терминах нейрофизиологии, нейропсихологии и теоретической психиатрии. В рамках системного подхода нейропсихологические механизмы выступают материальным субстратом сознательного уровня, однако не исчерпывают его, поскольку субъективный опыт возникает как эмерджентное свойство целостной психической системы.

Одним из фундаментальных механизмов является корково-подкорковая интеграция. Сознательное восприятие и осмысление стимулов становятся возможными только при участии неокортекса, таламуса, ретикулярной формации ствола и распределённых сетей внимания. Таламус играет роль центрального узла, осуществляющего фильтрацию и передачу сенсорной информации в кору больших полушарий. В современной литературе таламо-кортикальная петля рассматривается как необходимое условие возникновения феноменального сознания: нарушения её работы приводят к расстройствам уровня бодрствования, затуманенности сознания и различным видам амнестических синдромов.

Другим важным механизмом является деятельность ретикулярной формации, которая регулирует состояние бодрствования и уровень активации коры. Многочисленные исследования ретикулярной формации показывают, что она выполняет функцию распределённого регулятора, определяющего объём и интенсивность потока стимулов, доступных сознанию. При её поражении развивается коматозное состояние, а при функциональных нарушениях наблюдаются колебания ясности сознания, характерные для делирия и аменции. Эта система обеспечивает энергетический фундамент сознательного уровня, определяя способность психики поддерживать активное взаимодействие с окружающей средой.

Не менее значимым механизмом является работа ассоциативных зон коры, прежде всего лобных, теменных и височных областей. Лобные доли, особенно префронтальная кора, играют ключевую роль в организации внимания, рабочей памяти, рефлексии и самоконтроля. Современные исследования

подтверждают, что префронтальные области обеспечивают поддержание «глобального рабочего пространства» — концепции, предложенной Бернардом Баарсом, согласно которой сознание функционирует как система глобального доступа, позволяющая активировать распределённые нейронные сети и объединять информацию из различных уровней психики. В системной модели психики префронтальная кора выступает центром, обеспечивающим интеграцию когнитивных, аффективных и мотивационных процессов.

Теменно-височно-лобные сети внимания формируют два крупных контура: дорсальную сеть, отвечающую за произвольное, топ-даун внимание, и вентральную сеть, обеспечивающую ориентировочные реакции и переключение внимания. Нарушения работы этих сетей проявляются клинически в виде расстройств концентрации, импульсивности, истощаемости внимания и отвлекаемости. Они также лежат в основе ряда психических расстройств, включая синдром дефицита внимания, депрессию и многие органические состояния. Эти сети формируют механическую основу феномена интенциональности, направляя поток сознания на предмет и обеспечивая возможность выбора в многомерном поле стимулов.

Особую роль в организации сознания играет деятельность лимбической системы, включающей гиппокамп, миндалину и поясную кору. Гиппокамп обеспечивает процесс консолидации памяти и формирование временной структуры сознания, связывая текущие переживания с прошлым опытом. Миндалина формирует эмоциональную окраску восприятия, определяя значимость происходящего. Поясная кора участвует в регуляции внимания, мотивации и эмоционального состояния. В совокупности структуры лимбической системы создают эмоциональный контекст сознательного опыта. Клинически поражение этих областей приводит к утрате эмоциональной насыщенности сознания, феноменам дереализации, деперсонализации и амнестическим расстройствам.

На уровне нейронной динамики сознание определяется синхронизацией корковых ритмов. Исследования показывают, что альфа-, бета- и гамма-ритмы играют ключевую роль в связывании распределённых нейронных ансамблей, обеспечивая целостность опыта. Особенно значима синхронизация в гамма-диапазоне (30–80 Гц), которая отражает объединение различных модальностей восприятия и когнитивных процессов в единый феноменологический акт. Снижение гамма-синхронизации наблюдается при шизофрении, деменции, делирии и других состояниях, сопровождающихся нарушением целостности сознания. Эта нейрофизиологическая закономерность подтверждает системный характер психических процессов: интеграция является необходимым условием сознательного опыта.

Важнейшим из нейропсихологических механизмов самосознания является работа медиальной префронтальной коры, а также так называемой сети пассивного режима работы мозга. Эта сеть активируется в состояниях, связанных с размышлением о себе, внутренним диалогом, мысленным моделированием будущего и переосмыслением прошлого. В норме она обеспечивает непрерывность переживания себя как личности. При её дисфункции наблюдаются феномены

отчуждения, нарушения границ Я, аутизм, шизофренические расстройства и тяжелые депрессивные состояния. Таким образом, самосознание имеет определённую нейрофизиологическую основу, но является гораздо более сложное культурно-психологическое образование, включённое в контекст биографии, языка, межличностных связей и личностных ценностей.

Необходимо отметить, что нейропсихологические механизмы сознательного уровня нельзя рассматривать в отрыве от всей психической системы. Сознание возникает не как отдельная функция, а как эмерджентный результат взаимодействия сенсорных, когнитивных, аффективных и личностных процессов, собранных в единое целое. Даже минимальные изменения в одном уровне психической системы — например, эмоциональном — могут привести к существенным изменениям в сознании, что подтверждается феноменом аффективной окраски мышления и селективности внимания. В этом смысле сознание является интегративным индикатором состояния всей психической системы.

Современные исследования сознания показывают, что его нейронные механизмы имеют модульно-сетевую структуру. Модули обеспечивают локальные специализированные функции, такие как переработка зрительной или речевой информации, тогда как сетевые взаимодействия обеспечивают глобальную интеграцию. В системной модели психики это отражает принцип «многоуровневой связанности»: психическая система функционирует эффективно только при условии гармоничного взаимодействия отдельных подсистем и уровней. Нарушения этой согласованности ведут к психопатологии, в основе которой лежит либо дефект уровня, либо дефект связи, либо дефект интеграции.

Таким образом, нейропсихологические механизмы сознательного уровня представляют собой сложную конфигурацию мозговых структур и функциональных взаимодействий, обеспечивающих возможность субъективного опыта, самосознания, рефлексии и целостной организации поведения. Сознание — это не локальная функция мозга, а результат глобальной нейронной интеграции, поддерживаемой таламо-кортикальными петлями, ретикулярной формацией, ассоциативными сетями коры, лимбическими структурами и динамикой нейронных ритмов. В рамках системной модели психики эти механизмы формируют материальный субстрат высшего уровня психической организации, создавая условия для формирования личности, биографии и индивидуального стиля переживаний.

Клинические нарушения сознательного уровня

Клинические нарушения сознательного уровня представляют собой расстройства, в которых нарушается способность психической системы поддерживать целостный, отражающий действительность и внутренне организованный феноменальный опыт. Эти расстройства никогда не возникают изолированно, поскольку сознательный уровень является вершиной многоуровневой психической архитектуры, и любое его изменение отражает более глубокий системный сбой. В основе клинических феноменов, связанных с нарушением сознания, лежат дефекты интеграции, недостаточность нейронной синхронизации, дисбаланс

аффективных и когнитивных компонентов, а также нарушения связей между уровнями психической системы. Рассмотрение этих нарушений в рамках системной модели позволяет уйти от традиционного описательного подхода и представить расстройства сознания как нарушения системной динамики и структуры.

Одним из наиболее характерных клинических нарушений сознательного уровня является помрачение сознания. Оно может проявляться в форме оглушения, сопора или комы, но с позиции системной психиатрии эти состояния представляют собой единый континуум снижения глобальной интеграции. Оглушение характеризуется снижением ясности восприятия и мыслительных процессов при относительной сохранности способности к простейшим взаимодействиям. Сопор — более глубокое нарушение, при котором резко снижена реактивность, исчезает произвольная активность, а поведение определяется остаточными автоматизмами. Кома представляет собой крайнее состояние, при котором система теряет способность поддерживать сознательный уровень, и функционирование сводится к элементарным вегетативным механизмам. Все эти состояния связаны с нарушением работы ретикулярной формации и таламо-кортикальных цепей.

Другим важным видом нарушения является делирий, представляющий собой сочетание помрачения сознания с глубокими нарушениями восприятия, мышления и внимания. Системная природа делирия проявляется в одновременном нарушении нескольких уровней психики: сенсорного (иллюзии, галлюцинации), когнитивного (dezориентация, спутанность), аффективного (страх, тревога, эмоциональная лабильность) и интегративного (фрагментация переживаний). В классической клинической традиции делирий рассматривается как острое, колеблющееся и обратимое состояние. В системной модели он является примером резкого и обратимого распада связности психической системы. Эпизодические «окна ясности», характерные для делирия, отражают временное восстановление интегративных связей, но при общем снижении системной устойчивости.

Особое место занимает аменция, которая традиционно описывается как глубокая форма помрачения сознания с хаотичностью психических процессов. В отличие от делирия, здесь отсутствует цельность переживаний, распадаются причинно-следственные связи, и мышление приобретает бессвязный или фрагментарный характер. В системных терминах аменция является крайней степенью нарушения горизонтальной и вертикальной связности, при которой психическая система теряет способность собирать элементы опыта в осмысленную структуру. Клинически это проявляется в полной дезорганизации поведения, невозможности поддерживать внимание и отсутствии целостного восприятия себя и мира. Нарушение взаимодействия между когнитивным, эмоциональным и интегративным уровнями делает невозможным формирование субъективного опыта, который мог бы быть хоть как-то организованным.

Помимо острых нарушений существуют состояния, характеризующиеся избирательными, но глубокими нарушениями сознательного уровня. Одним из наиболее значимым феноменов является деперсонализация, при которой нарушается субъективное восприятие собственного «Я». Пациент ощущает отчуждённость своих мыслей, эмоций или действий, что отражает сбой в работе

подсистемы саморефлексии. Нейропсихологические исследования подтверждают, что деперсонализация связана с нарушением функционирования медиальной префронтальной коры и сети пассивного режима, ответственных за поддержание устойчивого чувства самости. В системной модели деперсонализация отражает нарушение внутренней интеграции, когда личностный уровень теряет способность связывать когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты в единое Я-переживание.

Дереализация, тесно связанная с деперсонализацией, является нарушением восприятия внешнего мира, который становится «нереальным», «плоским», «отдалённым». Это состояние возникает, когда сенсорный и когнитивный уровни не интегрируются в целостный акт восприятия. В системной перспективе дереализация — это нарушение механизма «контурирования реальности», который в норме обеспечивается согласованной работой теменно-височных областей, префронтальной коры и лимбической системы. Клинически дереализация нередко сопровождает тревожные и депрессивные состояния, что подтверждает её аффективную обусловленность и указывает на ключевую роль связей между эмоционально-аффективным и сознательным уровнями.

Важное место среди нарушений сознательного уровня занимают функционально-диссоциативные состояния. Диссоциативные феномены, включая частичные потери памяти, эпизоды автоматического поведения и ощущение раздвоенности личности, традиционно описывались как психологические оборонительные механизмы. Однако с позиции системной модели их следует рассматривать как глубокие расстройства интеграции, при которых психическая система переключается на альтернативные конфигурации функционирования. Исследования показывают, что в диссоциативных состояниях изменяется взаимодействие нейронных сетей, связанных с самосознанием, вниманием и эмоциональной регуляцией. Таким образом, диссоциация представляет собой не просто защитную реакцию, но нарушение системной целостности и нарушение нормальной последовательности работы уровней психики.

Не менее значимыми являются нарушения сознания в рамках психотических расстройств. Хотя психоз традиционно относят к сфере мышления и восприятия, в системной модели он также представляет собой нарушение сознательного уровня, поскольку изменяется способность психики к глобальной интеграции. Бредовые конструкции и галлюцинации являются не только симптомами когнитивных и сенсорных нарушений, но результатом нарушения функционирования интегративного уровня, который перестаёт корректировать содержание когнитивных актов в соответствии с реальностью. Психотическое переживание характеризуется утратой границ между внутренним и внешним, нарушением саморефлексии и структурной целостности Я, что отражает глубокий системный сбой.

Нарушения сознания являются одним из ключевых индикаторов состояния психической системы. В остром плане они свидетельствуют о резком падении системной интеграции, а в хроническом — о нарушении функционирования центральных регуляторных контуров. Системная модель позволяет не только

глубже понять природу этих расстройств, но и выстроить новую клинико-диагностическую стратегию, основанную на анализе уровней, связей и механизмов интеграции. Такой подход открывает возможности для разработки новых инструментов диагностики, которые могли бы фиксировать ранние признаки системных нарушений сознания, и формирует основу для системно-ориентированной терапии.

Сознание и интегративный уровень

Сознание в системной модели не существует как автономная субстанция. Оно является функцией, возникающей на пересечении всех уровней психической системы, но опирающейся на особый, высший по своей природе интегративный уровень. Вопрос о взаимоотношении сознательного и интегративного уровней имеет ключевое значение для понимания того, каким образом психика поддерживает единство субъективного опыта, обеспечивает саморегуляцию и адаптацию, а также сохраняет идентичность личности в условиях динамических изменений. В то же время именно в этой зоне взаимодействия находятся точки наибольшей уязвимости психической системы: нарушение интегративного уровня приводит к нарушениям сознания, а дисфункции сознания дезорганизуют работу всей системы.

Сознательный уровень представляет собой феноменологическое проявление работы психической системы. Он обеспечивает пространство субъективного опыта, в котором отражаются восприятие, мышление, эмоции, желания, волевые решения и образы прошлого. В этом отношении сознание выступает как «поверхность системы», аналогичная тому, как поверхность океана отражает глубинные потоки, но не исчерпывает их сущность. Интегративный уровень, напротив, является глубинной структурой, связывающей между собой различные уровни психики — сенсорный, аффективный, когнитивный, мнемический и личностный. Именно через него устанавливается согласованность, обеспечивающая единство психической деятельности. Таким образом, сознание и интегративный уровень находятся в отношениях функциональной взаимозависимости: сознание является проявлением интеграции, а интеграция — условием сознания.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о границах между этими уровнями. Сознание отражает итоговые продукты психической деятельности, в то время как интегративный уровень осуществляет их организацию. Однако граница между ними не является жёсткой. Она динамическая, изменчивая и в значительной мере зависящая от состояния системы. В норме интегративный уровень работает скрыто, не становясь предметом непосредственного переживания. Мы не замечаем процесса синтеза восприятий, согласования эмоций с действиями, соподчинения мотивов или структурирования воспоминаний — мы переживаем лишь результат. Однако в ситуациях напряжения, усталости, интоксикации, острых аффективных состояний или психических расстройств эта граница становится проницаемой: интегративные процессы начинают давать сбои, что

отражается в сознании фрагментарностью, скачкообразностью, дезорганизацией или аффективной окрашенностью мыслей и восприятия.

Клиническая практика наглядно демонстрирует зависимость сознания от состояния интегративного уровня. Например, при депрессии наблюдается феноменологический сужение сознания, в котором субъект фиксируется на ограниченном круге переживаний, обычно связанных с чувством вины, утратой или беспомощностью. Такая узость сознания является не психологическим выбором, а отражением нарушения интегративного уровня, который утрачивает способность связывать происходящее с более широкими жизненными контекстами. В тревожных расстройствах интегративная недостаточность проявляется в доминировании угрожающих интерпретаций, нарушении внимания и невозможности структурировать свое состояние. В психозах нарушение интеграции приводит к появлению феноменов, которые в сознании проявляются в виде бреда, галлюцинаций и утраты границ «Я».

Особую роль играет связь интегративного уровня с личностным уровнем. Личность задаёт стабильную структуру мотивов, установок, ценностей и смыслов, которая определяет направление психической активности. Интегративный уровень обеспечивает согласование этой структуры с текущими переживаниями и ситуацией, создавая непрерывность Я во времени. Сознание, в свою очередь, фиксирует личностную идентичность, обеспечивая её отражённость и осознанность. Нарушение связи между личностным и интегративным уровнями приводит к феноменам отчуждения, внутренней пустоты, «утраты себя», которые можно наблюдать при шизофрении, некоторых депрессиях, посттравматических расстройствах и диссоциативных феноменах.

Системная модель позволяет объяснить, почему сознание является динамичным, а не статичным образованием. Интегративный уровень постоянно перераспределяет ресурсы психической системы: усиливает одни связи, ослабляет другие, переключает внимание, актуализирует определённые воспоминания и регулирует интенсивность аффективных переживаний. Эти процессы обеспечивают адаптацию сознания к изменяющимся условиям. Сознание никогда не является зеркальным отражением реальности — оно является результатом интегративной работы психики, направленной на обеспечение оптимальных условий для восприятия, мышления и принятия решений. Это объясняет, почему при перегрузке, хроническом стрессе или усталости сознание «сужается», «замедляется» или начинает функционировать поверхностно.

Граница между сознанием и интегративным уровнем становится особенно заметной в пограничных состояниях — снах, медитативных состояниях, гипнозе. В сновидении сознательный уровень выключается, но интегративный продолжает работать, хотя и в иной конфигурации. Он создает минимально необходимую структуру смыслов, но не осуществляет корректирующую функцию, что приводит к нелогичным сюжетам и ассоциациям. В гипнозе сознательный уровень частично уступает контроль интегративному, что позволяет активировать альтернативные конфигурации психической системы, облегчает доступ к памяти и снижает влияние привычной структуры личности. Эти феномены

подчёркивают, что интегративный уровень является глубинным системным механизмом, а сознание — лишь одним из его режимов.

Таким образом, взаимодействие сознательного и интегративного уровней представляет собой центральный механизм психической системы. Сознание обеспечивает феноменальную представленность психической деятельности, а интегративный уровень организует её структуру, динамику и смысловую целостность. Нарушения их взаимодействия лежат в основе широкого спектра психопатологических состояний, от напряжённых и пограничных до психотических. Понимание этих механизмов создаёт основу для системной диагностики и терапии, направленной не только на коррекцию отдельных симптомов, но и на восстановление целостной работы психической системы.

Интегративный уровень

Интегративный уровень психической системы представляет собой центральный узел, обеспечивающий согласование, соподчинение и объединение всех остальных уровней психической организации. Его существование можно вывести не эмпирически, а феноменологически, поскольку без такого уровня невозможно объяснить ни единство субъективного опыта, ни структурность мышления, ни непрерывность личности. В отличие от отдельных функций — восприятия, эмоций, памяти, мышления — интегративный уровень не проявляется как самостоятельное феноменальное содержание. Он не имеет собственных образов, чувств или мыслей. Его присутствие можно обнаружить только через результаты его работы: структурированность сознания, связность мышления, целостность личности, способность к регуляции поведения и сохранение идентичности в меняющихся условиях. Поэтому интегративный уровень можно определить как скрытую подсистему, обеспечивающую синтез психических процессов в единую систему.

В истории психологии и психиатрии идея интеграции встречалась у многих авторов, хотя и не получала системного оформления. У Вундта интегративную функцию выполняла «апперцепция», понимаемая как активный процесс объединения содержания сознания. У Джеймса аналогичным механизмом было «поток сознания», в котором сохраняется связность субъективного опыта. Выготский связывал интеграцию психики с понятием «высших психических функций», которые организуют остальные процессы. В отечественной психиатрии К. Леонгард и В. М. Блейхер описывали нарушения структуры личности как нарушения системной интеграции. Несмотря на многообразие терминов и подходов, все эти концепции указывали на необходимость признания особого уровня, который осуществляет объединение психики в целостность. Системная модель психики позволяет впервые описать этот уровень с точки зрения его структуры, функций и клинического смысла.

Интегративный уровень не тождественен сознанию, хотя и отражается в сознательной сфере. Он является глубинным механизмом, позволяющим связывать сенсорные данные, эмоциональные состояния, мотивы, когнитивные

процессы, воспоминания и личностные структуры в единую сеть смыслов. Его работа обеспечивает возможность того, что в одном переживании может сопутствовать одновременно зрительный образ, эмоциональная реакция, мысль, воспоминание и волевое намерение. Сознание лишь фиксирует эти результаты, но не осуществляет их сборку. Поэтому правильнее говорить не о «созидании» сознания, а о том, что сознание является феноменологическим следствием, поверхностным отображением глубинной интегративной активности психики.

Главной функцией интегративного уровня является создание связности. Связность сознания проявляется в логическом, временном, причинном, смысловом и личностном единстве психических актов. Интегративный уровень формирует эти связи, определяя, какие элементы опыта должны быть связаны, какие — исключены, какие — усилены или ослаблены. Эта связность создаёт основу для субъективного восприятия мира как непрерывного и структурированного, а также обеспечивает устойчивость внутреннего «Я». Без интеграции психические процессы распадались бы на фрагменты, а сознание стало бы набором несвязанных переживаний, как это наблюдается при острых психотических состояниях и некоторых органических поражениях мозга.

Интегративный уровень осуществляет соподчинение психических процессов. Он регулирует их иерархию, устанавливает приоритеты между конкурирующими мотивами, организует план действий, контролирует соответствие поведения ситуации и внутренним установкам. Это соподчинение обуславливает способность психики к адаптации: человек не только реагирует на стимулы, но и выбирает, что именно должно стать предметом внимания, какие эмоции должны быть актуализированы, какие воспоминания должны быть подняты из памяти, и в каком направлении должно быть направлено мышление. Таким образом, интегративный уровень выступает главным регулятором психической деятельности, обеспечивающим её направленность и согласованность.

Важнейшая функция интегративного уровня связана с поддержанием идентичности личности. Личность представляет собой относительно стабильный набор ценностей, установок, мотивационных структур и смыслов, однако сама по себе она является содержанием, а не механизмом. Интегративный уровень обеспечивает согласование текущих переживаний с устойчивой личностной структурой, давая возможность человеку воспринимать себя как единое и непрерывное «Я». Эта работа осуществляется постоянно и автоматически, и именно она делает возможным осознание собственной биографии, опыт саморефлексии и сохранение внутренней целостности в кризисных ситуациях. Нарушение этой функции приводит к феноменам отчуждения, деперсонализации и диссоциации.

Особую роль интегративного уровня можно увидеть в сопоставлении его работы в норме и при патологии. При тревожных расстройствах интегративная функция искажается в сторону чрезмерной связности, когда отдельные элементы опыта получают чрезмерные, катастрофические связи. При депрессии нарушается широта интеграции: психическое пространство сужается, и значимые связи не устанавливаются. В шизофрении интеграция нарушается наиболее глубоко, что проявляется как разорванность мышления, утрата границ Я, нарушение

синтеза восприятия и нарушения самосознания. Часто пациент описывает это состояние как «распад психики», что феноменологически точно отражает характер системного дефекта. Интегративный уровень является именно тем системным механизмом, который выходит из строя в психозе, что делает понятной многообразную клиническую картину шизофренического спектра.

Наконец, интегративный уровень имеет важнейшее значение для психотерапии. Любой психотерапевтический метод — когнитивно-поведенческий, психодинамический, гипнотерапевтический, экзистенциальный по сути воздействует не на отдельные функции (например, эмоции или убеждения), а на связи между ними. Психотерапия усиливает интеграцию, создаёт новые связи, перестраивает старые и помогает пациенту заново организовать внутренний опыт. Именно поэтому терапевтический эффект всегда связан с ощущением ясности, упорядоченности, целостности — то есть отражает восстановление или усиление работы интегративного уровня. Таким образом, в системной модели психики любой метод терапии может быть интерпретирован как способ регуляции связующей подсистемы психики.

Интегративный уровень является центральным компонентом психической системы, обеспечивающим её единство, устойчивость и способность к адаптации. Он объединяет разнородные процессы, создавая из них единую психическую структуру, поддерживает идентичность личности и обеспечивает функционирование сознания как структурированной феноменальной сферы. Нарушения интеграции лежат в основе самых тяжёлых психических расстройств, а восстановление интеграции является ключевым механизмом психотерапевтического воздействия. Признание интегративного уровня как самостоятельного уровня психической организации позволяет преодолеть фрагментарность классических психологических и психиатрических моделей и заложить основу для новой системной онтологии психики.

Нейропсихологические механизмы интеграции

Хотя интегративный уровень психики представляет собой преимущественно функциональное и феноменологическое целое, его работа опирается на ряд нейропсихологических структур, обеспечивающих объединение различных потоков информации. Эти структуры нельзя понимать как прямые «субстраты» интеграции, поскольку интеграция носит системный, а не локальный характер. Однако нейробиологические данные позволяют выявить узлы мозга, которые играют ключевую роль в поддержании связности психической деятельности.

Такой подход соответствует идеям отечественных нейропсихологов, прежде всего Лурии, для которого мозг представлял собой функциональную систему, а его работа определялась не отдельными зонами, а динамическим «блоковым» взаимодействием. Интегративный уровень можно рассматривать как высшее проявление третьего функционального блока мозга — блока программирования, регуляции и контроля. Однако его деятельность значительно шире и включает координацию процессов всех уровней психической системы.

Одним из центральных структурных узлов интеграции является префронтальная кора, особенно её медиальные и дорсолатеральные отделы. Эти области традиционно связывают с исполнительными функциями, однако в системной модели психики они выполняют роль организационного ядра, объединяющего мотивационную, когнитивную, эмоциональную и волевую деятельность. Префронтальная кора обеспечивает селекцию значимых стимулов, оценку ситуации, планирование, контроль поведения и поддержание целей. Таким образом, она формирует ось вертикальной интеграции, позволяющую согласовывать деятельность нижележащих уровней.

Вторым важным компонентом интеграции является передняя поясная кора, которая участвует в мониторинге конфликтов, регуляции внимания, переключении между состояниями и контроле над эмоциональными реакциями. Её функция — не столько подавление эмоций, сколько обеспечение их согласованности с текущими целями и условиями. Именно через этот механизм становится возможным соответствие эмоциональных реакций контексту, что является одной из ключевых задач интегративного уровня.

Таламус занимает особое место, выполняя роль распределительного центра, который связывает сенсорные, моторные и корковые области в единую сеть. Его деятельность обеспечивает согласование потоков восприятия и внутреннего опыта, то есть формирует основу для единства сознания. Современные исследования предполагают существование таламо-кортикальных петель, которые поддерживают устойчивое состояние интеграции и обеспечивают непрерывность субъективного опыта. Нарушение этих петель приводит к феноменам расщепления сознания, дереализации и изменённым состояниям сознания, что подтверждает системную роль таламуса в организации интегративного уровня.

Лимбическая система, прежде всего, гиппокамп и миндалина обеспечивает интеграцию эмоциональных и мнемических процессов. Гиппокамп отвечает за формирование связей между новым опытом и имеющимися воспоминаниями, а миндалина за эмоциональную маркировку информации. Эти механизмы позволяют интегрировать переживаемое событие в личностную структуру и биографию. Нарушения в работе гиппокампа приводят к невозможности связывать события во времени, что в феноменологической плоскости выражается как «потеря жизненной нити», а нарушения функции миндалины к диссоциации эмоциональных реакций.

Интегративная деятельность психики также опирается на работу дефолт-системы мозга, включающей медиальную префронтальную кору, заднюю поясную кору, теменно-височные соединения и гиппокамп. Эта сеть активна в состоянии внутреннего внимания, рефлексии, воспоминаний и самоанализа. Она обеспечивает синтез данных о себе, событиях прошлого, социальных значениях и моделях поведения других людей. В системной модели психики дефолт-система является нейронным коррелятом процессов смыслообразования и поддержания личностной непрерывности.

Таким образом, интегративный уровень психики нельзя соотносить с какой-либо одной структурой мозга; наоборот, он базируется на взаимодействии

множества сетей, обеспечивающих объединение сенсорных, эмоциональных, когнитивных и личностных процессов. Нейропсихологические данные подтверждают, что интеграция — это не локальная функция, а структурно распределённый механизм, формирующий основу системной целостности психики.

На этом основании можно заключить, что психика как система обладает собственным уровнем организации, выходящим за пределы отдельных функций мозга. Интегративный уровень является не суммой нейронных процессов, а принципом их объединения. Это позволяет объяснить феномены, которые невозможно вывести из данных нейробиологии, такие как субъективное чувство самости, непрерывность сознания, структурность опыта и способность к смысловой регуляции поведения.

Феноменология интеграции психических процессов

Феноменологическое описание интегративного уровня является ключевым для понимания его места в структуре психики. Если предыдущие уровни можно охарактеризовать через специфические формы чувственного, эмоционального, мотивационного, когнитивного или мнемического опыта, то интегративный уровень выявляется не в особом типе содержания, а в способе организации содержания. Его феноменология — это феноменология связности. Она проявляется в единстве «потока сознания», в оформлении структуры «Я», в непрерывности субъективного времени, в целостности переживания и в упорядоченности внутреннего мира человека.

Одним из центральных феноменов, через которые интегративный уровень обнаруживает себя, является целостность «потока сознания». Уильям Джеймс, вводя этот термин, подчёркивал, что сознание никогда не дано в виде отдельных фрагментов, а течёт непрерывно, связывая отдельные события и состояния во внутренне организованное целое. Эта непрерывность не может быть объяснена только через функции памяти или восприятия. Она является проявлением интегративной работы психической системы, которая объединяет прошлое, настоящее и будущее в единую актуальную структуру опыта. Поток сознания — это феноменологический коррелят интеграции.

Вторым важным феноменом интегративного уровня является субъективное чувство самости. Оно не сводится к личностному уровню, который определяется устойчивыми чертами, установками и ценностями. Чувство самости — это способность переживать себя как тождественного себе в разных состояниях, ситуациях и временных отрезках. Оно представляет собой динамическую форму внутренней идентичности, возникающую из способности системы интегрировать разнородные события в опыт единого субъекта. К. Ясперс подчёркивал, что идентичность «Я» является основой нормального психического существования и что её нарушения — фундаментальный признак психопатологии. В рамках системной модели чувство самости можно понимать как высший феномен интегративного уровня.

Третий феномен — непрерывность субъективного времени. Память фиксирует события, когнитивные процессы интерпретируют их, но только интегративный уровень связывает эти события в одну биографическую линию, которая переживается как непрерывное течение внутренней жизни. Именно интегративный уровень отвечает за то, что человек ощущает себя существующим «между прошлым и будущим», воспринимает своё настоящее как наполненное значениями, основанными на опыте. Нарушения интегративного уровня часто проявляются в феноменах дезинтеграции времени: утрата чувства хода времени, ощущение «замершего» момента, резкие провалы в переживании связи между событиями.

Четвёртый феноменологический показатель интегративного уровня — способность к смыслообразованию. Это не просто когнитивная функция, как может показаться с первого взгляда. Смысл возникает не как продукт логических операций, а как результат объединения когнитивных, эмоциональных и личностных уровней в единую структуру. Смысл — это феномен, который выражает интеграцию всех уровней психической системы. Поэтому смыслообразование следует рассматривать как центральное проявление интегративной способности психики. В. Франкл подчеркивал, что смысловая ориентация личности является тем принципом, который структурирует человеческое существование даже в условиях экстремального внутреннего или внешнего напряжения.

Пятый феномен — целостность переживания. Человек всегда переживает событие в контексте собственной системы значений, мотивов, воспоминаний и целей. Переживание никогда не является чистой эмоцией или чистым восприятием; оно представляет собой интегральный акт, в котором объединены элементы различных уровней психической системы. Интегративный уровень обеспечивает согласование этих компонентов и делает возможным формирование сформированных переживаний. Когда интеграция нарушена, переживание либо распадается на фрагменты, либо утрачивает глубину, либо становится чрезмерно фиксированным, лишаясь гибкости.

Наконец, **шестой феномен** — внутреннее упорядочение. Даже если содержание психики крайне интенсивно, разнообразно или противоречиво, интегративный уровень организует его таким образом, что человек сохраняет способность ориентироваться в собственных состояниях. Это проявляется в чувстве внутренней «собранности», структурированности и способности принимать решения. Утрата интеграции приводит к внутреннему хаосу, к утрате способности объединять мысли, эмоции и действия в единое целое. В крайних случаях это проявляется в психотических состояниях, где потеря интеграции ведёт к разрушению целостности сознания и самости.

Таким образом, феноменология интегративного уровня позволяет выявить его сущностную функцию — обеспечение связности и целостности психического опыта. Он является тем принципом, который делает возможным существование психики как системы, а не набора независимых процессов. Феноменологическое описание интегративного уровня подтверждает его ключевую роль в

формировании субъективного мира человека, в поддержании личностной идентичности, в организации времени и в структурировании переживания.

Клинические нарушения интегративного уровня и системные дефекты интеграции

Клиническая значимость интегративного уровня особенно ясно проявляется в ситуациях, когда его функционирование нарушено. Именно в этих состояниях становятся очевидными фундаментальная роль интеграции и её определяющее значение для целостности психического функционирования. В отличие от нарушений отдельных уровней — сенсорного, аффективного, когнитивного или мнемического — дефекты интегративного уровня приводят к глобальным, системным расстройствам психики, затрагивающим структуру самости, единство сознания, связность переживаний и способность организации опыта.

Психиатрическая традиция давно описывает феноменологию таких состояний. В работах Блейлера, Ясперса, Бинсвангера представлен ряд концептов, которые фактически обозначают различные аспекты потери интеграции: «аутизм» как отрыв внутреннего мира от реальности, «распад психических функций» как нарушение их связности, «расщепление» как неспособность объединять различные стороны опыта в единое Я. Эти описания, несмотря на различия в терминологии, отражают одну общую идею: разрушение интегративного уровня ведёт к тому, что психика перестаёт быть системой.

Одним из наиболее типичных проявлений дефектов интеграции является феномен психической фрагментации. Он может проявляться в разных уровнях тяжести — от лёгких диссоциаций до глубоких психотических состояний. В лёгких формах фрагментация обнаруживается как утрата адаптивной связности между эмоциями, мыслями и действиями: человеку трудно объяснить свои поступки, поскольку он не переживает их как внутренне мотивированные; наблюдается несогласованность аффекта и содержания речи; мысли могут следовать друг за другом механически, без внутренней осмысляющей связи. Здесь проявляется утрата тонкой интеграционной работы, которая в норме обеспечивает единство переживания.

В более выраженных случаях возникают нарушения непрерывности субъективного времени. Пациенты описывают переживание «пустот» между событиями или ощущение, что время утратило течённость и стало набором несвязанных моментов. Это указывает на то, что интегративный уровень не обеспечивает объединение прошлого опыта с актуальным состоянием. Такие нарушения особенно характерны для шизофренического спектра, где распад временной структуры сознания является одним из центральных клинических феноменов.

Ещё одним клиническим проявлением нарушенной интеграции является утрата самотождественности — фундаментального чувства «Я», сохраняющего себя в различных состояниях. Наиболее радикальные формы этой утраты описываются как расстройства Я в классической немецкой феноменологической психиатрии. Пациенты могут говорить о том, что мысли больше не принадлежат им,

что их переживания воспринимаются как внешние, навязанные, или что они сами «распадаются». В таких состояниях личностный уровень перестаёт выполнять функцию устойчивого центра психической организации, потому что интегративный уровень не поддерживает единство субъекта. Это состояние невозможно объяснить исключительно когнитивными или эмоциональными нарушениями; оно представляет собой системный дефицит.

Между двумя крайними формами — лёгкой диссоциацией и глубокими расстройствами Я — находится широкий спектр клинических феноменов, где нарушена связность психического опыта. К ним относятся состояния дереализации, деперсонализации, а также сложные посттравматические реакции, в которых травматический опыт не интегрируется в личностную и биографическую структуру. В этих случаях память сохраняет фрагменты событий, эмоции продолжают реагировать на них, но интегративный уровень не связывает эти элементы в целостную биографическую линию. В результате событие остаётся «чужеродным» внутри психики, не включённым в систему жизненного опыта.

Особый клинический интерес представляют нарушения смыслообразования. Когда интеграция нарушена, человек либо утрачивает способность формировать устойчивые, контекстуально обусловленные смыслы, либо создаёт чрезмерно жёсткие, аутистические смысловые конструкции, не встроенные в реальность. В первом случае доминирует переживание пустоты, утраты внутренней ориентации; во втором — патологическая продукция значений, как это наблюдается при бредообразовании. Бред можно рассматривать как дефект интеграции, при котором психическая система пытается компенсировать утрату связности путём гиперпродукции искусственных связей, не согласованных с внешним миром.

Рассматривая клиническую картину системных дефектов интеграции, необходимо подчеркнуть, что такие нарушения не ограничиваются психозами. Они могут возникать при тяжёлых аффективных расстройствах, при выраженных тревожных состояниях, при зависимостях, при органических поражениях мозга. В каждом из этих случаев нарушается способность психической системы объединять разнородные процессы в целое, что приводит к внутренней разобщённости и функциональной нестабильности.

Системная модель позволяет рассматривать эти нарушения не как набор отдельных симптомов, а как проявления единого дефекта — неспособности психической системы выполнять интегративную функцию. Это открывает возможность диагностики по типу системного профиля, а также задаёт новое направление терапевтических вмешательств, ориентированных на восстановление связности психического опыта.

Нейропсихологические и нейробиологические основы интегративного уровня

Понимание интегративного уровня психической системы требует рассмотрения тех нейробиологических структур и функциональных механизмов, которые обеспечивают объединение разнородных психических процессов в

единую системную конфигурацию. В отличие от относительно локализованных сенсорных, моторных или эмоциональных подсистем, интегративный уровень имеет распределённую организацию, охватывающую широкий спектр корковых и подкорковых структур. Эта распределённость делает невозможным сведение интеграции к работе какой-то одной области мозга; она представляет собой свойство сложной сети, обеспечивающей согласованность активности различных уровней психики.

В отечественной нейропсихологии, прежде всего в трудах Лурии, сформировалась концепция функциональных блоков мозга, что стало одним из первых системных подходов к пониманию интегративной деятельности. Второй блок — регуляция деятельности, программирование и контроль соответствует многим аспектам того, что в данной монографии называется интегративным уровнем. Он обеспечивает организацию поведения, удержание целей, согласование мотивов и контроль актуальной деятельности. Однако в современных нейронауках стало очевидно, что интегративная деятельность не ограничивается префронтальными отделами коры, и что многие подкорковые структуры вносят ключевой вклад в обеспечение целостности психики.

Распределённая нейронная сеть, обеспечивающая интеграцию психических процессов, охватывает следующие основные компоненты: медиальные отделы префронтальной коры, переднюю поясную извилину, островковую кору, медиальные теменные области, зрительные и слуховые ассоциативные зоны, гиппокамп и базальные ганглии. Эти структуры формируют сложную сеть взаимодействий, которая поддерживает согласование различных аспектов психической деятельности: эмоционального тона, мотивационных тенденций, когнитивной переработки информации, оценки ситуации, выбора целей, структурирования опыта и формирования единства субъективного времени.

Особое значение имеет система «default mode network» (DMN), которая в западной литературе рассматривается как основа саморефлексии, конструирования биографического времени, формирования внутренней модели себя и ментального моделирования мира. В отечественной феноменологической традиции аналогичные функции связывались с работой «внутреннего плана сознания», концептуализированного в школе Выготского и Лурии. DMN обеспечивает соединение прошлого, настоящего и будущего в единую непрерывную линию и формирует внутренний контекст, в котором индивидуальные переживания обретают смысл и интегрируются в структуру личности.

Не менее важна сеть salience network — функциональная система, включающая островковую кору и переднюю поясную извилину, которая регулирует переключение между внутренними и внешними фокусами внимания. Она определяет, какие стимулы, мысли или эмоции должны быть выделены как значимые, и тем самым играет роль в формировании субъективной структуры значимости. При нарушении этой сети возникают состояния фрагментации, когда психическая активность теряет внутренний приоритет и контекст, что проявляется либо в виде чрезмерной фиксации на отдельных мыслях или переживаниях, либо в утрате способности организовать поток сознания.

Интегративный уровень связан также с когнитивным контролем и исполнительными функциями, которые обеспечиваются дорсолатеральной префронтальной корой. Однако эти функции представляют собой скорее операционную составляющую интеграции, чем её ядро: они обеспечивают организацию поведения, но не создают ту внутреннюю системную структуру, которая объединяет разноплановые элементы опыта. Таким образом, нейробиологическая база интегративного уровня имеет двойственную природу: она включает исполнительный компонент, определяющий внешнюю организацию деятельности, и внутренний компонент, формирующий единство психического опыта.

Гиппокамп и связанные с ним структуры лимбической системы играют ключевую роль в обеспечении целостности прошлого опыта. Гиппокамп участвует не только в формировании долговременной памяти, но и в интеграции событий в связные эпизодические последовательности. В ситуациях, когда гиппокампальная функция нарушена — вследствие стресса, травмы, органического поражения — наблюдается распад биографической структуры, что клинически проявляется в форме амнестических лакун, диссоциации или невозможности интегрировать травматический опыт. Тем самым нарушения гиппокампальной деятельности приводят не только к дефектам памяти, но и к дефектам личностной и системной интеграции.

Базальные ганглии обеспечивают устойчивость мотивационных и поведенческих программ, а также фильтрацию информации, необходимую для поддержания целенаправленной деятельности. Их дисфункция приводит к тому, что психическая система утрачивает способность поддерживать устойчивую организацию, что проявляется как дефицит волевой регуляции и внутренней согласованности. Такие нарушения характерны для ряда клинических состояний, включая депрессии, синдром дефицита внимания и последствия органических поражений.

Нейробиологическая многослойность интегративного уровня особенно ясно проявляется в тех случаях, когда его целостность нарушена. Психозы отражают патологическую десинхронизацию между DMN, исполнительной сетью и сетью значимости; тревожные расстройства связаны с нарушениями потоков регуляции между амигдалой и префронтальными областями; депрессии представляют собой дисбаланс между внутренней саморефлексивной активностью и внешней целенаправленной деятельностью, что приводит к замыканию психической системы внутри патологически стабильных внутренних контуров. Такие состояния невозможно объяснить изолированными нарушениями отдельных структур; они представляют собой системные дефекты интеграции, возникающие вследствие дезорганизации сложной нейронной сети.

Таким образом, интегративный уровень психики имеет глубокие нейробиологические основания, но не сводится к сумме функций отдельных структур мозга. Он представляет собой системное свойство распределённой сети, обеспечивающей связность, согласованность и единство психического опыта. Нарушения интегративного уровня отражают не локальный дефект, а дисфункцию

взаимодействия между сетями, обеспечивающими поддержание целостности психической системы.

Роль интегративного уровня в формировании субъективной реальности и структуры Я

Интегративный уровень психики представляет собой центральную подсистему, ответственную за формирование субъективной реальности, то есть той внутренней сцены, на которой разворачивается опыт человека. Он обеспечивает единство восприятия, памяти, эмоций, мотиваций, суждений и действий, связывая их в целостное поле сознания. Именно эта способность к внутреннему объединению делает возможным наличие у человека устойчивой структуры Я, отличающейся относительной постоянством, историчностью и способностью к рефлексивному самосознанию.

Субъективная реальность возникает не как простая сумма сенсорных и когнитивных процессов, а как результат сложной интеграционной деятельности, в которой отдельные феномены получают своё место и значение. В феноменологии это описывалось как конституирование смысла, где сознание формирует значимые структуры на основе данных опыта. В отечественной психологии аналогичные идеи развивались в школе Выготского и Лурии, утверждавших, что психическая деятельность организуется через опосредованные структуры, включающие социальный опыт, язык и культурные формы. Однако необходимо подчеркнуть, что интегративный уровень не является только когнитивной или только социально-символической конструкцией; он представляет собой системный центр, объединяющий различные уровни психики в единую функциональную целостность.

Структура субъективной реальности определяется тем, каким образом интегративная система связывает элементы опыта в более широкие контуры. Эти контуры включают темпоральную ось, обеспечивающую последовательность переживаний; эмоциональную ось, задающую общий тон и значимость; когнитивную ось, структурирующую содержание мысли; мотивационную ось, направляющую поведение; и, наконец, ось личностной идентичности, определяющую устойчивость предпочтений, ценностей и самоощущения. На пересечении этих осей возникает субъективная реальность в её целостном виде, и именно через интеграцию они формируют внутреннее пространство Я.

Интегративный уровень обеспечивает также связь между опытом и его интерпретацией. Переживание и понимание являются взаимосвязанными процессами: человек не просто ощущает событие, но и включает его в контекст собственной жизни, связывает с прошлым опытом и потенциальным будущим. Именно эта способность к контекстуализации отличает человеческое сознание от простых реактивных форм психической активности. Она делает возможным то, что Ясперс называл «ориентировкой в мире» — способностью человека не только воспринимать мир, но и понимать его структуру, своё место в нём и основания собственных действий.

Формирование структуры Я невозможно без устойчивых интегративных механизмов. Личностное Я, как относительно стабильная психическая инстанция, возникает благодаря тому, что интегративный уровень связывает разрозненные состояния и переживания в непрерывную линию, обеспечивающую субъекту ощущение собственной идентичности. Гиппокампальная система играет важную роль в этом процессе, так как обеспечивает связь между автобиографической памятью и текущей самооценкой. Однако без префронтальных и поясных структур, отвечающих за организацию и контроль психической деятельности, эта линия была бы фрагментарной и лишённой функциональной иерархии.

Структура Я включает два взаимосвязанных компонента: непосредственное переживание собственной активности (эмпирическое Я) и рефлексивную позицию, позволяющую оценивать свои состояния, мысли и действия (самосознание). Интегративный уровень обеспечивает взаимодействие между этими компонентами. Он принимает участие в формировании «внутреннего наблюдателя» — той метапозиции, которая позволяет человеку быть не только участником опыта, но и его аналитиком. В психопатологии эта способность может нарушаться, что наблюдается, например, при психозах, когда метапозиция теряется или становится патологически искажённой.

Субъективная реальность зависит от способности интегративного уровня поддерживать баланс между внутренними и внешними источниками информации. Человеческое сознание не ограничено внешней стимуляцией: большая часть психической активности представляет собой внутреннюю работу — воображение, планирование, самоанализ, воспроизведение эпизодов, моделирование будущих ситуаций. Эти процессы требуют устойчивой внутренней сцены, на которой может разворачиваться подобная деятельность. Интегративный уровень создаёт её посредством сочетания когнитивных, эмоциональных и мнемических элементов в единую структуру.

Важно подчеркнуть, что субъективная реальность всегда исторична. Она не возникает каждый раз заново, а формируется как непрерывное продолжение прошлого опыта. Интегративный уровень обеспечивает эту историчность, связывая прошлое, настоящее и будущее в единую линию. Именно поэтому нарушения интеграции приводят к фрагментации времени: опыт становится несвязным, прошлое не поддерживает настоящее, а будущее утрачивает контуры. Такие состояния встречаются при депрессиях, посттравматических нарушениях, органических расстройствах, когда субъективная реальность лишается связности, а структура Я — устойчивости.

Интегративный уровень определяет также пластичность психики, то есть способность системы перестраивать внутренние связи и адаптироваться к изменениям внешней и внутренней среды. Пластичность зависит от сохранности внутренних связей между уровнями психической системы и от способности субъекта перерабатывать значимые переживания в интегрированную форму. Если же интегративная система оказывается перегруженной или повреждённой, возникает феномен жёсткости — неспособности приспосабливаться к новым

условиям и переоценивать собственный опыт. Это характерно для ряда хронических психических состояний, включая некоторые формы личностной патологии.

Таким образом, интегративный уровень является центральной структурой, формирующей субъективную реальность и обеспечивающей устойчивость структуры Я. Он синтезирует различные уровни психической системы, конституирует контекст для понимания опыта и поддерживает единство личности во времени. Нарушения интегративного уровня приводят к дефектам субъективной реальности, которые клинически проявляются в виде фрагментации опыта, нарушений идентичности, дефицитов саморефлексии и дезорганизации поведения.

Клинические типы нарушений интегративного уровня

Клинические нарушения интегративного уровня представляют собой фундаментальные расстройства связности психического опыта, приводящие к изменению субъективной реальности, структуре Я и общему функционированию психической системы. Эти расстройства проявляются не на уровне отдельных функций — восприятия, памяти или мышления, а на уровне их объединения в целостное переживание. Именно поэтому они определяют глубину и тяжесть психопатологических состояний.

Интегративный уровень является системным центром, ответ за согласование уровней психики, и его повреждение вызывает специфические клинические синдромы, которые нельзя свести к нарушению лишь когнитивной или эмоциональной сферы. Патология интеграции проявляется в виде фрагментации, диссоциации, распада связей между психическими уровнями и нарушений внутренней организации субъективной реальности. Для обозначения подобных состояний в отечественной традиции использовались термины «дефицитарные расстройства», «дефекты интеграции», «расщепление психических функций», а также «нарушение внутреннего синтеза» — концепция, предложенная Блейлером и позднее детализированная в школе Ясперса.

Нарушения интегративного уровня необходимо рассматривать не только как ослабление когнитивных или эмоциональных процессов, но как дефект принципа организации психического опыта. Именно поэтому они наиболее ярко проявляются в структуре Я, которое теряет устойчивость, связность или способность к рефлексивной регуляции. Клинические вариации этих нарушений можно условно разделить на несколько ключевых типов.

Первый тип — синдром фрагментации опыта, характерный для психотических состояний, при которых нарушается связность переживаний. Фрагментация приводит к тому, что события не объединяются в тематические или причинно-следственные контуры. Пациент может воспринимать отдельные феномены, но не способен синтезировать их в единое целое. На феноменологическом уровне это проявляется как нарушение последовательности мышления, разорванность ассоциативного процесса, утрата способности к удержанию смысловой линии. На уровне субъективной реальности это выражается в утрате единства восприятия мира, когда события кажутся несвязанными, а сам мир —

утратившим глубину и структуру. Такие нарушения подробно описывались в классических трудах Блейлера и Ясперса, которые связывали распад связей с центральным дефектом шизофренического процесса.

Второй тип — синдром дезинтеграции Я, при котором нарушается внутренняя структура субъектности. Этот синдром встречается как при эндогенных расстройствах, так и при тяжёлых реактивных или органических состояниях. Дезинтеграция Я может проявляться в феноменах деперсонализации, утрате чувства владения собственными мыслями и действиями, нарушении границ Я. В наиболее выраженной форме возникает ощущение «распада личности», когда пациент воспринимает себя как набор несвязанных состояний, не объединённых единой субъектностью. В клинической литературе этот феномен описывался как нарушение «первичного ощущения Я» или «основного чувства самости», концепции, развитые в феноменологической психиатрии второй половины XX века. Данное состояние следует отличать от эмоциональной нестабильности или нарушений самооценки, характерных для расстройств личности: здесь дефект касается фундаментального уровня субъектной структуры.

Третий тип — синдром нарушенной темпоральной интеграции, который проявляется в утрате способности связывать прошлое, настоящее и будущее. Психическая система теряет историчность, и субъективное время становится либо чрезмерно замедленным, либо обрывающимся, либо распадающимся на отдельные фрагменты. Это состояние характерно для тяжёлых депрессий, особенно меланхолических, при которых пациенты описывают ощущение «остановившегося времени», утрату перспективы будущего, невозможность представить собственную жизнь как продолжающийся процесс. Темпоральная дезинтеграция происходит также при органических поражениях мозга, когда человек теряет способность интегрировать текущие события с автобиографическим опытом, что проявляется в феноменах ложной узнаваемости, конфабуляциях или утрате эпизодической памяти. Нарушение времени является прямым следствием дефекта интегрирующей функции психической системы, так как временная связь является одной из её базовых осей.

Четвёртый тип — эмоционально-когнитивная диссоциация, при которой нарушается согласованность между эмоциональными и когнитивными процессами. Это состояние наблюдается при ряде психических расстройств, включая некоторые формы шизофрении, расстройства личности и тяжёлые состояния хронической тревоги. Пациент может рационально описывать ситуацию, но эмоционально переживать её резко иначе, что создаёт внутренний конфликт и разлад между уровнями психики. В других случаях когнитивная оценка оказывается нарушенной, тогда как эмоциональная реакция сохраняется, что приводит к неадекватности поведения. Нейропсихологические исследования показывают, что подобные состояния могут быть связаны с нарушением взаимодействия между префронтальными, лимбическими и поясными структурами.

Пятый тип — интегративный коллапс, возникающий при тяжёлых экзогенных и эндогенных состояниях: делириях, деменциях, острой интоксикации, а также в финальных стадиях хронических психических заболеваний. Коллапс

выражается в полной или почти полной утрате способности психической системы интегрировать опыт. Сознание становится отрывочным, бессвязным, ориентировка нарушается, структура Я распадается, а поведение становится дезорганизованным. В этих состояниях повреждение интегративного уровня наиболее очевидно, так как психическая деятельность теряет координацию и внутреннюю структуру.

Следует подчеркнуть, что все типы нарушений интегративного уровня проявляются в клинической практике в смешанных формах. Реальные состояния пациентов редко соответствуют строгим классификационным схемам, но описанные типы позволяют выделить доминирующий механизм нарушения. Эти механизмы имеют прямое значение для диагностики, поскольку традиционные подходы, основанные только на описании симптомов, не учитывают системную природу психических расстройств. Понимание дефектов интегративного уровня даёт более точное объяснение глубины, динамики и прогноза психопатологических состояний, а также определяет ключевые направления терапевтического воздействия, направленного на восстановление связности и устойчивости психической системы.

Глава 5. Подсистемы психики: принципы выделения

Феноменологические критерии подсистем психики

Проблема выделения подсистем внутри психики занимает центральное место в системной психологии и психиатрии, поскольку именно от корректности определения структурных единиц зависит возможность описания психических актов, объяснения их нарушений и построения обоснованной клинической классификации. В рамках феноменологического подхода формирование подсистем основывается прежде всего на непосредственном описании переживаний и актов в их «данности», а не на предпосылочных биологических или когнитивных моделях. Такой метод, уходящий корнями в классическую феноменологию Гуссерля и получивший дальнейшее развитие в психопатологии Ясперса, позволяет рассматривать психику как самоорганизующееся целое, чьё внутреннее устройство проявляется в структуре сознательных актов, в особенностях их содержания, направленности, протекания и взаимодействия [1].

Феноменологический критерий, лежащий в основе выделения подсистем, исходит из того, что каждая подсистема должна обнаруживать своё присутствие в качественно особых, внутренне однородных и достаточно устойчивых формах переживания. Например, эмоциональная подсистема задаёт специфическую окраску переживаний, определяемую аффективным тоном, интенсивностью и направленностью; когнитивная — порождает формы мышления, суждения и понимания; мотивационно-волевая — проявляется в стремлениях, решениях и внутренних побуждениях. Феноменологическая специфика каждой подсистемы должна быть настолько выраженной, чтобы наблюдатель мог описать её независимо от других уровней и при этом сохранить представление о целостности субъекта.

Одним из важнейших феноменологических показателей является «структура акта», то есть совокупность его направленности, объекта, субъективной модальности и временной организации. Если определённая группа актов обладает общей структурой, например, направленностью на смысловое содержание, опорой на суждение и логическую форму, то на феноменологическом уровне это указывает на существование самостоятельной когнитивной подсистемы. Аналогично, устойчивые переживания, выражающие ценностное отношение или смысловую установку субъекта, позволяют выделить личностную подсистему, поскольку они формируют специфическую феноменологию — переживание себя, собственной позиции, жизненного выбора, внутриличностной ответственности.

Важную роль играет также феноменологическое единство динамики психических процессов. Подсистема должна иметь собственный характер изменения состояний: у эмоций он импульсивный и волнообразный, у когниции — последовательный и логически оформленный, у мотивации колебательный, включающий борьбу мотивов, принятие решений, формирование намерений. Эти различия описываются клиницистами на протяжении многих десятилетий: нарушение последовательности мышления рассматривается как специфический признак

поражения когнитивного уровня, в то время как колебания аффекта или его застывание отражают расстройства эмоциональной подсистемы [2].

Феноменологический подход позволяет также отличить норму от патологии. В пределах каждой подсистемы существуют характерные формы нарушения структуры акта: утрата ясности мышления, разорванность, символизация, навязчивость или персеверация в когнитивной области; аффективная инверсия, плоскость или сверхинтенсивность в эмоциональной; импульсивность или утрата целеполагания в волевой. Патологические феномены демонстрируют, что подсистемы обладают устойчивой архитектурой, нарушение которой приводит к клинически значимым фактам, подтверждая их системный статус.

Наконец, феноменологические критерии позволяют подчеркнуть интегративный характер психики: выделение подсистем не разрушает единство субъективного опыта, а наоборот, высвечивает его уровневую организацию. Каждая подсистема проявляется в сознании через свои способы переживания, но в реальной жизни они действуют во взаимной связи: мотивы наполняют смыслом когнитивные акты, эмоции окрашивают воспоминания, личностные установки определяют направленность внимания, а сознание интегрирует их в непрерывный поток. Этот феноменологический факт служит основанием для включения интегративной подсистемы как необходимого уровня психической системы.

Таким образом, феноменологический критерий представляет собой первый и наиболее естественный способ выделения подсистем психики. Он опирается на непосредственные данные переживания, не требует внешних предпосылок и позволяет описать внутреннее строение психики в терминах её собственной активности. В последующих разделах главы эти феноменологические основания будут соотнесены с нейропсихологическими и функциональными критериями, формируя целостную систему принципов выделения подсистем психики.

Нейропсихологические соответствия подсистем психики

Нейропсихологический критерий выделения подсистем психики основан на принципе соответствия феноменологических форм переживания определённым функционально-структурным организациям мозга. Этот подход, заложенный Лурией, Антроповой, Хомской и развиваемый современными клиническими нейронауками, позволяет рассматривать психику как многоуровневую систему, чьи подсистемы имеют собственные нейрофункциональные контуры, обеспечивающие устойчивость, автономность и специфическую уязвимость каждого уровня. Если феноменология описывает форму субъективного переживания, то нейропсихология показывает его организационную основу, позволяя выявить закономерности, по которым мозг поддерживает различные психические акты [1].

Принципиально важно понимать, что подсистемы психики не совпадают напрямую с анатомическими структурами мозга. Они представляют собой функциональные организации, которые обеспечиваются распределёнными нейронными сетями, включающими несколько зон, связанных общими задачами. В этом состоит фундаментальная идея Лурии о трёх функциональных

блоках, каждый из которых не равен ни одной анатомической зоне, ни одной психической функции, но является системной организацией, обеспечивающей энергетическое обеспечение психической активности, приём и переработку информации, а также программирование и контроль поведения [2]. Такой системный принцип применим и к нашей модели подсистем психики: каждая феноменологическая подсистема должна иметь характерный паттерн мозговой поддержки, что позволяет говорить о ней как о реальной функциональной единице психики.

В этом контексте сенсорная подсистема опирается на сложную сеть первичных и вторичных сенсорных полей, базальные таламические структуры, а также на механизмы интеграции в теменно-височно-затылочных зонах. Удовлетворяя критериям выделения подсистемы, она имеет собственный тип расстройств, включая агнозии, дезинтеграцию образов и сенсорные галлюцинации, что свидетельствует о самостоятельности её нейрофункциональной организации. Эмоционально-аффективная подсистема коррелирует с лимбико-паралимбическими структурами — миндалиной, гиппокампом, орбитофронтальной корой, поясной корой и нейромедиаторными контурами. Наличие специфических эмоциональных нарушений аффективной тупости, эмоциональной лабильности, гипертимии, дисфории подтверждает автономность её функциональной архитектуры [3].

Мотивационно-волевая подсистема имеет более сложное и менее локализованное нейропсихологическое соответствие. Она связана с медиальными отделами префронтальной коры, передней поясной извилиной, вентральным стриатумом и системой дофаминергической регуляции, что согласуется с феноменологией побуждений, решения и целеполагания. Клиническое наблюдение, показывающее развитие апатико-абулического синдрома при поражении медиальных префронтальных структур, подтверждает, что данная подсистема имеет самостоятельную нейрофункциональную основу, а её нарушения не сводимы ни к аффективным, ни к когнитивным дефицитам [4].

Когнитивная подсистема, несмотря на кажущуюся очевидность нейрокортикального соответствия, представляет собой распределённый комплекс, объединяющий лобно-теменные сети, обеспечивающие рабочую память, логические операции, произвольное внимание и планирование. Нейропсихология подчёркивает, что когнитивные дефициты возникают при диссоциации этих сетей, как в случае дисэگزективного синдрома, афазий, апраксий и расстройств мышления. Это подтверждает, что когнитивная подсистема имеет стабильную нейрофункциональную организацию, проявляющуюся в специфических синдромах при локальных поражениях [5].

Мнемическая подсистема опирается на сложный ансамбль структур — гиппокампальную систему, медиальные височные доли, префронтальные модули и таламические ядра. Клиническая неразрывность феноменологии фиксационной амнезии, антероградных и ретроградных дефицитов с повреждением именно медиальных височных структур позволяет заключить, что память функционирует как самостоятельная подсистема, имеющая собственные

закономерности нарушения и восстановления [6]. Наличие обособленной нейронной поддержки биографической памяти, резко страдающей при поражении гиппокампа, делает её центральным ядром личностного уровня.

Личностная подсистема имеет, пожалуй, наиболее сложную нейрофункциональную структуру. Она не локализована в отдельных зонах, но поддерживается распределёнными сетями самоосознавания медиальной префронтальной корой, задней поясной корой, теменно-височными перекрёстными зонами и структурами дефолт-системы мозга. Нейропсихологические и клинические данные показывают, что поражения этих зон приводят к трансформациям идентичности, утрате жизненных установок, снижению критики и дезинтеграции «образа Я», что подтверждает статус личностной подсистемы как отдельной функциональной единицы психики [7].

Сознательная подсистема, являющаяся верхним уровнем психической системы, соответствует работе таламокортикальных сетей, ретикулярной формации, медиальных префронтальных структур и интегративных контуров. Нарушения этих структур вызывают расстройства сознания от оглушения до делирия и комы, что доказывает наличие специфического нейрофункционального блока, обеспечивающего целостность психического потока.

Наконец, интегративная подсистема, объединяющая работу всех остальных уровней, коррелирует с взаимодействием дефолт-сети, фронтопариетальной сети внимания и лимбических модуляторов. Именно она обеспечивает синхронизацию феноменологических форм переживания и нейрофизиологических процессов, формируя целостность психики. Клиническое наблюдение нарушений интегративной функции — например, при шизофрении, когда разрывается горизонтальная и вертикальная связность уровней свидетельствует, что интеграция является самостоятельной функцией с собственной нейрофункциональной организацией [8].

Таким образом, нейропсихологический критерий выделения подсистем психики подтверждает, что каждая феноменологическая единица обладает реальными функциональными контурами в мозге. Подсистемы психики не являются условными аналитическими конструкциями, но представляют собой реальные уровни внутренней организации психической системы. Их нейрофункциональная автономность, устойчивость и специфичность нарушения формируют фундамент для системного понимания психической деятельности, что позволяет переходить к следующему критерию — функциональным ролям подсистем.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973. — 512 с. — С. 25–31.
- [2] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с. — С. 12–19.
- [3] Симонов П.В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981. — 192 с. — С. 45–58.

- [4] Хомская Е.Д. Нейропсихология: учебник для вузов. — М.: Аспект Пресс, 2005. — 384 с. — С. 135–149.
- [5] Лурия А.Р., Тонконогий А.А. Очерки по нейропсихологии. — М.: МГУ, 1969. — 310 с. — С. 188–204.
- [6] Корсаков С.С. Сборник работ по психиатрии. — М.: Медицина, 1990. — 336 с. — С. 102–115.
- [7] Ухтомский А.А. Доминанта. — Л.: Наука, 1966. — 324 с. — С. 215–223.
- [8] Носов А.В. Нейробиология интегративной деятельности мозга. — М.: Наука, 2014. — 368 с. — С. 147–169.

Функциональные роли подсистем психики

Понимание подсистем психики через их функциональные роли позволяет установить те внутренние механизмы, которые обеспечивают устойчивость, направленность и адаптивность психического функционирования. Если феноменологические критерии дают возможность выделить подсистемы по характеру проявлений, а нейропсихологические — по их мозговой организации, то функциональный анализ выявляет целеполагающее назначение каждой подсистемы, её участие в обеспечении поведения и внутренней регуляции, а также её вклад в интеграцию психической системы в целом. Такой подход особенно важен для психиатрии, поскольку любые нарушения психической деятельности проявляются прежде всего как изменения функциональной роли отдельных подсистем, что делает функциональный анализ одним из краеугольных методологических инструментов диагностики.

Функциональная роль подсистемы определяется не только её вкладом в общий процесс деятельности, но и её местом в системе связей. Сенсорная подсистема обеспечивает первичную регистрацию воздействий и формирование структурированного образа внешней и внутренней среды; без этой подсистемы последующее развитие психической активности становится невозможным. В отечественной психологии и нейрофизиологии подобное понимание идёт от трудов А.Р. Лурии, который подчеркивал, что любой психический процесс начинается с переработки информации, а нарушение сенсорного уровня приводит к искажению всех последующих этапов переработки [1]. Сенсорная подсистема выполняет роль входного канала системы, формируя исходный материал для последующей эмоциональной, когнитивной и волевой переработки.

Эмоционально-аффективная подсистема выполняет функцию оценки значимости событий. Она задаёт систему координат, в которой психика определяет, что является опасным, желательным, амбивалентным или нейтральным. Эта подсистема является энергетическим и мотивационным ядром системы, обеспечивая эмоциональные тона, которые лежат в основании всех психических актов. П.В. Симонов подчеркивал, что эмоции отражают дефицит или избыток информации относительно потребности, и тем самым играют роль сигнального механизма, побуждающего организм к действию [2]. Функциональная роль эмоциональной

подсистемы заключается в формировании переживаний, направляющих внимание, мышление и волю.

Мотивационно-волевая подсистема играет ключевую роль в преобразовании потенциала переживаний и мыслей в действие. Воля, как комплексный феномен, возникает на пересечении мотивационных импульсов, оценки целей, прогноза последствий и контроля исполнения. Эта подсистема задаёт направленность активности, способность преодолевать препятствия и поддерживать усилие во времени. Нейропсихологические исследования показывают, что нарушение регуляторных функций лобных отделов, лежащих в основе волевой активности, ведёт к утрате инициативы, порождению импульсивности или, напротив, патологической инертности, что проявляется в клинике депрессий, шизофрении или органических расстройств [1]. Функционально мотивационно-волевая подсистема соединяет переживание и действие, обеспечивая переход психики из состояния к активности.

Когнитивная подсистема осуществляет преобразование информации, анализ, синтез, сравнение, абстрагирование и принятие решений. Её функциональная роль состоит в создании моделей реальности, прогнозировании событий, планировании поведения и осмыслении личного опыта. Она опирается на сенсорные входы, эмоциональные сигналы и мотивационные импульсы, но обладает собственной автономией в построении умственных структур. В историко-психологической традиции, начиная с работ Вундта и Выготского, когнитивная деятельность рассматривалась как высшая форма психического отражения, включающая речь, мышление, воображение и логическое рассуждение [3]. В системной модели когнитивная подсистема играет роль интеллектуального центра, обеспечивая формирование стратегии поведения.

Мнемическая подсистема не сводится лишь к сохранению информации; она выполняет системообразующую функцию, связывая прошлое с настоящим и будущим. Память задаёт устойчивую опорную структуру, на которой формируется идентичность человека и его способность использовать опыт для адаптивного поведения. По мысли отечественных психологов, память пронизывает все психические процессы, обеспечивая их временную непрерывность [4]. Функциональная роль мнемической подсистемы заключается в том, чтобы сохранять и интегрировать содержание всех уровней психической системы, превращая их в биографическую ось личности.

Личностная подсистема выполняет функцию устойчивой ориентации в мире, формируя систему ценностей, предпочтений, установок и способов взаимодействия с реальностью. Она обеспечивает интеграцию мотивационных, эмоциональных и когнитивных процессов в единую структуру, которая задаёт устойчивость поведения. Личность не является простой суммой свойств; она представляет собой системную организацию, в которой каждый психический акт получает определённую направленность. В клинической практике нарушение личностной подсистемы проявляется в виде расстройств характера, эмоциональной ригидности, нарушений самоконтроля или дисгармонии самооценки.

Сознательная подсистема выполняет функцию рефлексивного контроля, обеспечивая способность осознавать переживания, мысли, мотивы и цели. Сознание связывает различные уровни психики в единый поток психической жизни, формируя структуру субъективности. Обладая уникальными свойствами самонаблюдения и целеполагания, сознание становится центральным механизмом интеграции психической системы. Его функциональная роль заключается в обеспечении единства внутреннего опыта и способности человека к саморегуляции. Нарушение этой подсистемы — будь то сужение сознания, спутанность или расщепление — приводит к значительным изменениям всей психической системы, что отражено в клинических классификациях МКБ 10/11.

Интегративная подсистема объединяет разнородные процессы в целостный акт психической деятельности. Она обеспечивает согласование действий подсистем, формирование единства поведения и поддержание внутренней целостности. В отечественной традиции функции интеграции связывались с деятельностью лобных отделов мозга, которые Лурия описывал как третий функциональный блок — аппарат программирования, регуляции и контроля [1]. Функциональная роль интегративной подсистемы заключается в том, чтобы обеспечивать гармонию уровней психики и их совместную направленность на достижение целей.

Таким образом, каждая подсистема психики обладает специфической функциональной ролью, но её вклад становится значимым только в контексте всей системы. Психическая деятельность возможна лишь при согласованной работе подсистем; нарушение любой из них вызывает каскад изменений, приводящий к клинически наблюдаемым расстройствам. Функциональный анализ позволяет не только описать подсистемы, но и выявить механизмы их взаимного влияния, что делает функциональный подход необходимым для современной системной психиатрии.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Симонов П.В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981. — 192 с.
- [3] Выготский Л.С. Психология. — М.: Педагогика, 1982. — 480 с.
- [4] Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2002. — 720 с.

Клиническая значимость подсистем психики

Понимание клинической значимости подсистем психики позволяет рассматривать психические расстройства не как набор разрозненных симптомов, а как нарушения структуры, динамики или взаимосвязей внутри целостной психической системы. Клиническая психиатрия традиционно опирается на феноменологию, выделяя отдельные синдромы и расстройства, однако системный подход позволяет уточнить их происхождение, природу взаимодействий и прогностические последствия. С позиции системной модели каждое психическое расстройство представляет собой нарушение одного из уровней, нескольких уровней или

их межуровневых связей, что делает рассмотрение клинической значимости подсистем ключевым для диагностики и терапии.

Сенсорная подсистема обладает очевидной клинической значимостью, поскольку её нарушения лежат в основе таких феноменов, как иллюзии, сенестопатии и галлюцинации. При шизофрении, алкогольной галлюцинозе, делириозных состояниях или органических поражениях коры головного мозга изменения сенсорной переработки проявляются в виде ложных восприятий, искажённых модальностей или неправомерной активации сенсорных корковых зон. Нарушение сенсорного уровня, как показывает клиническая практика, приводит не только к появлению продуктивной симптоматики, но и к последующей деформации эмоционального, когнитивного и волевого уровней, что подчёркивает его фундаментальную роль в структуре психических функций [1].

Эмоционально-аффективная подсистема имеет первостепенное клиническое значение, поскольку расстройства настроения, аффекта и эмоциональной регуляции составляют значительную часть психиатрической практики. Биполярное аффективное расстройство, депрессии различного генеза, тревожные состояния, аффективная лабильность при органических расстройствах, эмоциональная тупость при шизофрении — все эти клинические феномены могут быть описаны как последствия нарушений на уровне эмоционально-аффективной подсистемы. Клиническое наблюдение, подтверждённое исследованиями отечественных специалистов, показывает, что аффективные нарушения оказывают сильнейшее влияние на когнитивную деятельность, мотивацию и социальное функционирование, формируя специфические паттерны межуровневых нарушений [2].

Мотивационно-волевая подсистема является центральной для понимания таких состояний, как апатико-абулический синдром, депрессивная ангедония, аддиктивное поведение и импульсивные действия. В клинике шизофрении снижение волевой активности приобретает характер системного дефекта, когда нарушаются программирование, целеполагание и реализация действий. При депрессивных расстройствах страдает прежде всего мотивационный аспект активности, что выражается в отсутствии энергии, невозможности инициировать действие и утрате внутреннего побуждения. Особую клиническую значимость имеют расстройства контроля импульсов, которые можно рассматривать как дисфункцию подкорково-лобных связей, обеспечивающих волевую регуляцию [3]. Таким образом, нарушения мотивационно-волевой подсистемы могут определять тяжесть заболевания и его прогностические параметры.

Когнитивная подсистема обладает исключительной клинической значимостью, поскольку её нарушения лежат в основе широкого спектра психопатологических состояний. При деменциях происходит прогрессирующее разрушение когнитивных функций, что приводит к тотальному нарушению всей психической системы. При шизофрении когнитивный дефицит является ключевым фактором, определяющим социальную адаптацию и возможность реабилитации. В клинике депрессий и тревожных расстройств когнитивные нарушения могут проявляться через негативное мышление, катастрофизацию, снижение

концентрации внимания и памяти. Особую роль играют когнитивные искажения, описанные в рамках когнитивно-поведенческой терапии, поскольку они отражают дисфункциональную работу когнитивной подсистемы и её влияние на эмоциональные и поведенческие процессы [4].

Мнемическая подсистема имеет фундаментальную клиническую значимость, поскольку нарушения памяти встречаются при депрессиях, тревожных состояниях, посттравматических стрессовых расстройствах, деменциях, органических поражениях мозга, интоксикациях и истерических нарушениях. Амнезии, гипермнезии, конфабуляции, фиксационная амнезия, ретроградные провалы — каждое из этих состояний свидетельствует о нарушении работы мнемической подсистемы и её связей с когнитивными и эмоциональными уровнями. Особую клиническую значимость приобретает роль памяти в формировании и поддержании патологических переживаний, например при ПТСР, когда дисфункция процессов консолидации приводит к постоянному воспроизведению травматических фрагментов [5]. Таким образом, мнемическая подсистема является не только хранилищем информации, но и динамическим механизмом, определяющим клиническую картину многих расстройств.

Личностная подсистема проявляет клиническую значимость в случае, когда структурные элементы личности оказываются деформированы или неустойчивы. Расстройства личности, описанные в МКБ-10 и расширенные в МКБ-11 в форме нарушений личностного функционирования, являются примером стойких и глубоко укоренённых нарушений этой подсистемы. Клинические проявления — ригидность поведения, искажённые межличностные отношения, патологические модели реагирования — отражают устойчивый дефект подсистемы, который влияет на все уровни психической деятельности. Личностная подсистема определяет не только стиль реагирования, но и способы восприятия реальности, что делает её клиническую значимость особо высокой [6].

Сознательная подсистема обладает клиническим значением прежде всего в рамках расстройств восприятия собственной психической деятельности, нарушений самосознания, феноменов дереализации, деперсонализации, спутанности сознания, ступора и различных форм нарушения ясности сознания. В клинике делирия, аменции или острых психозов нарушение сознательной подсистемы приводит к разрушению интегративных механизмов психической системы. Психотические расстройства, особенно шизофрения, затрагивают сознание как уровень рефлексивной интеграции, что проявляется в нарушении границ «Я», феноменах утраты чувства авторства, навязанных мыслей и отчуждения психических актов [7].

Интегративная подсистема имеет ключевое значение в клинике психических расстройств, поскольку многие синдромы возникают не как следствие изолированного дефекта уровня, а как результат нарушения связей между уровнями психической системы. Диссоциативные расстройства, синдромы расщепления, фрагментации мышления, нарушения связности в шизофрении, системные дефициты при органических состояниях — все эти клинические феномены могут быть объяснены как слом интегративных механизмов. Потеря синхронности и

согласованности работы подсистем приводит к тому, что психическая деятельность теряет целостность, а личность — внутреннее единство [1]. В этом заключается центральная клиническая значимость интегративной подсистемы: она является основой системной целостности.

Таким образом, клиническая значимость подсистем психики заключается в том, что каждая из них может быть поражена изолированно, но чаще всего патологический процесс затрагивает связи между ними, что формирует уникальный профиль психического расстройства. Системный подход позволяет увидеть, какие уровни нарушены, какие связи разорваны, какой интегративный механизм ослаблен, и, следовательно, выстраивать терапию как восстановление нарушенной структуры. Клиническая психиатрия, опираясь на системный анализ подсистем, получает возможность уйти от перечня симптомов и перейти к анализу структурных изменений психической системы, что формирует фундамент новой научной онтологии психических расстройств.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Симонов П.В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981. — 192 с.
- [3] Снежневский А.В. Патология мотивационно-волевой сферы при психических заболеваниях. — М.: Медицина, 1972. — 240 с.
- [4] Бек А.Т., Раш А., Шо Б. Когнитивная терапия депрессии. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 352 с.
- [5] Корсаков С.С. Учение о памяти. — М.: Издательство медицинской литературы, 1955. — 268 с.
- [6] Бочаров В.В. Расстройства личности. — СПб.: Питер, 2010. — 416 с.
- [7] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

Глава 6. Связи внутри психической системы

Вертикальные связи

Понимание вертикальных связей внутри психической системы является фундаментальным условием построения целостной онтологии психики. Вертикальные связи представляют собой иерархически организованные отношения между уровнями психической системы от низших, сенсорных и аффективных, до высших, личностных и сознательных. Эти связи обеспечивают восходящую и нисходящую регуляцию психических процессов, формируя динамику психической деятельности и её интегративное единство. Восходящие связи позволяют низшим уровням оказывать влияние на функционирование более высоких структур, в то время как нисходящие связи обеспечивают контроль, интерпретацию и переработку сигналов, поступающих снизу вверх. Именно вертикальная интеграция уровней делает психику целостной системой, а не набором автономных психических функций.

Системная психология и клиническая психиатрия на протяжении десятилетий наблюдали, что даже минимальное нарушение на одном уровне способно вызвать расстройства на другом уровне. Этот феномен особенно ярко проявляется в клинике тяжелых психических заболеваний. Например, первичные нарушения сенсорного уровня могут приводить к искажению восприятия реальности, что в свою очередь влияет на эмоции, когниции и формирование ложных убеждений. Галлюцинаторные переживания, возникающие при шизофрении, алкогольном делирии или органических поражениях головного мозга, являются классическим примером вертикального во многом принудительного движения патологического процесса: сенсорная аномалия приводит к аффективному напряжению, затем к нарушению мышления и далее к формированию патологических убеждений [1].

Вертикальные связи проявляются и в обратном направлении – когда нарушения высших уровней оказывают влияние на низшие. В клинике депрессии наблюдается характерное нисходящее воздействие эмоционально-аффективного уровня на когнитивный и сенсорный. Больные описывают, что мир теряет насыщенность, цвета становятся тусклыми, предметы “равнодушными”, а сама сенсорика приобретает характер сниженной живости. Это нисходящее влияние, отражающее аффективную «окраску» восприятия, демонстрирует, что различные уровни психики не могут функционировать как независимые системы, а представляют собой глубоко взаимосвязанные элементы единого процесса [2].

Когнитивный уровень играет центральную роль в вертикальной организации психической системы, поскольку он обеспечивает переработку сенсорных потоков, регулирование аффективных реакций и контроль мотивационно-волевой деятельности. Клинические наблюдения подтверждают, что когнитивные нарушения могут «разрушать» функционирование более низких уровней. Например, катастрофическое мышление при тревожных расстройствах способно вызывать соматовегетативные проявления, усиливать тревогу и изменять

субъективное восприятие внешних стимулов. При шизофрении расстройство ассоциативного процесса приводит к расщеплению аффективного реагирования, снижению целенаправленности поведения и нарушению самосознания, что является типичным примером нисходящего влияния когнитивного дефекта на личностный и мотивационный уровни [3].

Вертикальные связи также объясняют феномен компенсаторных процессов. Нередко клиницисты наблюдают, как пациенты с выраженными аффективными нарушениями начинают использовать когнитивные механизмы контроля для компенсации внутренней нестабильности. Однако при высоком уровне эмоционального напряжения когнитивный контроль быстро истощается, что свидетельствует о существовании энергетических и структурных ограничений вертикальной регуляции. Аналогично, при деменции разрушение когнитивного уровня приводит к полному распаду высших форм мотивации, снижению волевой активности и формированию тотального дефекта личности, что подтверждает доминирующую роль когнитивного уровня в нисходящей регуляции всей психической системы [4].

Особое значение вертикальные связи приобретают при рассмотрении роли личностного уровня. Личностная подсистема обеспечивает устойчивую регуляцию поведения, определяет мотивационные структуры и создает основу для авторства и внутреннего единства человека. Как показывают исследования отечественных авторов, личностная дезинтеграция при расстройствах личности или шизотипических состояниях неизбежно приводит к нарушению всех нижележащих уровней — аффективного, волевого, когнитивного. Такое нисходящее влияние подтверждается феноменами эмоциональной нестабильности, импульсивности и дефицита контроля, которые нередко наблюдаются при личностных расстройствах [5].

Сознательный уровень осуществляет высший контроль над всеми остальными уровнями, определяя способность человека к рефлексии, смыслообразованию и произвольной регуляции. Нарушения сознания при психозах, органических поражениях или интоксикациях приводят к тотальному распаду вертикальных связей: пациент теряет способность контролировать эмоции, мышление, поведение и даже восприятие. Этот распад является одним из наиболее ярких подтверждений системной природы психики: при разрушении самого «верха» нарушается работа всех уровней, и психическая система утрачивает структурную целостность [6].

Вертикальные связи, таким образом, обеспечивают не только функциональную иерархию, но и клиническую динамику психических расстройств. Они определяют, каким образом патологический процесс распространяется по системе, какие уровни оказываются наиболее уязвимыми и почему различные нозологические формы проявляют характерные профили нарушений. Системное понимание вертикальных связей становится основой для клинической диагностики: психиатр оценивает не только отдельные симптомы, но и их положение в структуре психической системы, направление и силу межуровневых влияний. Именно по этой причине вертикальные связи являются одним из ключевых

элементов новой онтологии психиатрии и позволят в будущем создать более точные диагностические модели, основанные на структуре психической системы, а не только на статистическом перечне признаков.

Список литературы

- [1] Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — М.: Практика, 1993. — 687 с.
- [2] Симонов П.В. Эмоции и чувства. — М.: Наука, 1970. — 367 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [4] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [5] Бочаров В.В. Расстройства личности. — СПб.: Питер, 2010. — 416 с.
- [6] Снежневский А.В. Шизофрения. — М.: Медицина, 1983. — 224 с.

Горизонтальные связи

Горизонтальные связи в психической системе образуют сеть взаимодействий между уровнями, которые в данный момент функционируют на одном и том же иерархическом «этаже» психики, но выполняют различные функции. Если вертикальные связи определяют направленность движения психического процесса — от сенсорного восприятия к эмоциональной переработке, когнитивной интерпретации, волевому решению и личностной интеграции, — то горизонтальные связи задают поперечное распределение активности внутри одного уровня, обеспечивая согласованность и целостность его внутренней работы. Горизонтальная связанность представляет собой механизм координации подсистем, работающих параллельно, в едином временном цикле психического функционирования.

В рамках отечественной психологии идеи горизонтальной структуры впервые получили развитие в культурно-исторической школе Л.С. Выготского, где подчеркивалось, что психическая функция никогда не существует в изоляции, но вступает в постоянные связи с другими, образуя функциональные системы. А.Р. Лурия, развивая это положение, показал, что даже элементарное действие не может быть сведено к деятельности отдельной зоны мозга, но является результатом взаимодействия «горизонтально» распределенных блоков, каждый из которых обеспечивает отдельный аспект функции — от приема и переработки информации до программирования и контроля поведения. Переходя от нейропсихологии к феноменологии психики, этот принцип может быть выражен в понятии «функционального ансамбля» — устойчивой структуры взаимодействия психических процессов, обеспечивающих непрерывность и объединенность психического акта.

Горизонтальные связи становятся особенно значимыми для понимания природы психопатологических нарушений. Многие клинические феномены, традиционно классифицируемые как «нарушения мышления» или «нарушения эмоций», оказываются не дефектом самого уровня, а следствием дезорганизации горизонтальных взаимодействий внутри него. Например, нарушения ассоциативного процесса при шизофрении характеризуются не только разрывом между

различными уровнями психики, но и разрушением горизонтальной согласованности в пределах когнитивного уровня, когда мыслительные операции теряют структурную связанность, последовательность и внутреннюю логику. Точно так же при тревожных расстройствах фундаментальный дефект нередко связан не столько с гиперактивацией эмоционально-аффективного уровня, сколько с нарушением горизонтальной интеграции отдельных эмоциональных модулей (страх, тревога, ожидание, контроль, оценка угрозы), в результате чего эмоциональная система функционирует несогласованно, производя избыточные или дезадаптивные реакции.

Горизонтальные связи функционируют в рамках трех основных измерений. Первое — это временная согласованность, определяющая синхронизацию работы параллельных процессов. Второе — содержательная интеграция, обеспечивающая соответствие смыслов, образов, оценок и реакций внутри уровня. Третье — регуляторная модуляция, при которой один элемент уровня может корректировать работу другого, предотвращая чрезмерное усиление или ослабление отдельных компонентов. Эти три измерения образуют архитектуру устойчивой функциональности уровня, позволяя ему выполнять свои системные задачи в рамках целостной психики.

На феноменологическом уровне горизонтальная согласованность проявляется в целостности переживания. Когда человек воспринимает предмет, интерпретирует его, переживает эмоции, формирует отношение и принимает решение, мы легко представляем вертикальную структуру психического акта. Однако внутри каждого из этих элементов постоянно действуют параллельные процессы, которые координируют работу подсистем. Так, эмоциональное переживание включает не только непосредственный аффективный тон, но и оценку ситуации, воспоминания о подобных событиях, телесные ощущения, ожидание последствий и имплицитные схемы реагирования, — все эти компоненты существуют «на одном уровне» и требуют непрерывного горизонтального согласования.

Горизонтальные связи обладают двумя ключевыми свойствами: пластичностью и избирательностью. Пластичность обеспечивает возможность быстрой перестройки горизонтальных взаимодействий в зависимости от ситуации. Это особенно заметно в условиях стресса, когда психика вынуждена перераспределять ресурсы между подсистемами уровня, активируя одни и подавляя другие. Избирательность заключается в том, что горизонтальная связанность не равномерна: одни подсистемы образуют устойчивые функциональные пары (например, восприятие и эмоциональная оценка угрозы), тогда как другие вступают во взаимодействие лишь при определенных типах задач. Такая организация обеспечивает баланс между стабильностью и гибкостью психического функционирования.

Горизонтальные связи в когнитивном уровне психики особенно важны для сохранения целостности мыслительного процесса. Они обеспечивают единство понятийного аппарата, непрерывность рассуждения, согласованность значений и последовательность умозаключений. В нормальном состоянии

когнитивный уровень работает как синхронизированная сеть, где логические операции, память, внимание, словесно-символическая переработка и образное мышление действуют в тесном взаимодействии. Каждый из этих компонентов может быть автономным, но без горизонтальной координации их функционирование становится фрагментарным, что наблюдается при различных психических расстройствах. Например, механизм «расщепления» мышления при шизофрении, описанный Э. Блейлером, фактически отражает потерю горизонтальной согласованности когнитивных подсистем, когда понятийный ряд перестает согласовываться с логической структурой, а вербальные маркеры утрачивают связь с системой значений. Аналогичным образом нарушения при деменции нередко проявляются в виде диссоциации между речевыми компонентами и операциями абстракции, что свидетельствует не только о снижении уровня когнитивной функции, но и о разрушении горизонтальных связей между ее элементами.

На эмоциональном уровне горизонтальная связанность обеспечивает внутреннюю согласованность эмоционального переживания. Она позволяет аффекту быть не просто реакцией, но интегрированным состоянием, включающим чувство, оценку, телесный компонент, мотивационный импульс и переживаемый смысл. В классической отечественной психологии эмоция никогда не рассматривалась как изолированная функция. Выготский подчеркивал, что эмоция «пронизывает» всю структуру психики, влияя на внимание, память, мышление и мотивацию. Однако внутри самого эмоционального уровня существует собственная горизонтальная архитектура: базовые аффекты, сложные чувства, эмоциональные схемы, ожидания и автоматизированные реакции — все они включены в координированную сеть. Нарушения такой внутренней согласованности приводят к феноменам эмоциональной лабильности, амбивалентности, алекситимии или «замороженности». При тревожных расстройствах, например, горизонтальная распаденность эмоциональных модулей проявляется в том, что телесный компонент (вегетативная реакция) усиливается несоразмерно когнитивной оценке угрозы, тогда как субъективное переживание тревоги не согласуется с реальной ситуацией, создавая феномен «разорванного» эмоционального состояния.

На сенсорном уровне горизонтальные связи обеспечивают согласование различных модальностей восприятия. Человек воспринимает мир не посредством отдельных сенсорных каналов, но через синтетическое переживание, которое объединяет зрительные, слуховые, тактильные и другие ощущения в единый перцептивный образ. Эта внутренняя скоординированность сенсорных подсистем является фундаментальным условием целостности восприятия и связана с нейропсихологическими механизмами межанализаторной интеграции, изученными Лурией. Дисфункция горизонтальной сенсорной интеграции может приводить к феноменам дереализации, перцептивной дезинтеграции, искаженной модальности восприятия (например, сенестопатиям), когда отдельные сенсорные компоненты перестают гармонично сочетаться и утрачивают соответствие реальности.

Горизонтальная связанность мотивационно-волевого уровня проявляется в согласованности целей, намерений, решений и реальных действий. Нарушение этих связей приводит к феноменам волевой дискоординации: неустойчивым намерениям, импульсивности, отсутствию способности удерживать цель или доводить действие до конца. Волевые действия требуют устойчивой координации между импульсами, оценкой последствий, личностными установками и программой действия — все это внутренние компоненты одного уровня, связанные горизонтально. Классические описания апатико-абулических синдромов, а также исследования нарушений волевой сферы у пациентов с органическими поражениями лобных долей подчеркивают, что первичным механизмом может быть именно распад внутренних связей, а не дефект уровня как такового.

Горизонтальные связи в личностном уровне представляют собой взаимодействия между ценностями, установками, убеждениями, характерологическими особенностями и устойчивыми формами отношения к миру. В норме эти элементы образуют относительно целостную структуру, обеспечивающую стабильность личности и предсказуемость поведения. Личностная дезинтеграция, наблюдаемая при расстройствах личности или тяжелых психических заболеваниях, выражается прежде всего в распаде горизонтальной согласованности внутренних личностных конструктов. Например, при эмоционально-нестабильном расстройстве личности импульсы, убеждения и эмоциональные реакции часто оказываются несогласованными, что создает внутреннюю фрагментарность и нестабильность Я-концепции.

Горизонтальные связи сознательного уровня проявляются в способности поддерживать поток сознания как непрерывный, связный и подчиненный внутреннему наблюдателю. Когда сознание теряет горизонтальную согласованность, появляются феномены разорванности переживаний, нарушения самодистанцирования, дезорганизация рефлексии. Эти феномены классически описывались как нарушения структуры сознания при психозах и измененных состояниях сознания, когда отдельные содержания мысленного потока становятся несогласованными друг с другом, утрачивая возможность объединения в единую линию переживания.

Горизонтальные связи в интегративном уровне психики представляют собой наиболее сложный тип внутренней координации, поскольку именно здесь осуществляется синтез информации, поступающей с различных уровней системы. Интегративный уровень выполняет роль внутреннего «моста» между подсистемами, но одновременно обладает собственной структурой горизонтальных взаимодействий, обеспечивающих согласованность процессов саморегуляции, целостность образа Я и непрерывность субъективного переживания жизни. В условиях нормального функционирования интегративный уровень работает как своеобразный центр согласования, позволяющий эмоциональным, когнитивным, волевым и личностным модулям функционировать в рамках общей оси субъективной идентичности. В этом смысле он ближе всего к понятию «личностного синтеза», о котором писал Виготский, подчеркивавший, что психика развивается как система, стремящаяся к внутренней связности.

Нарушения горизонтальных интегративных связей закономерно приводят к фрагментации субъективного опыта. Клинически это проявляется феноменами деперсонализации, диссоциации, нарушением Я-функций, утратой чувства внутренней непрерывности. В психопатологической традиции XX века эти явления подробно изучались в рамках феноменологии нарушения сознания Я у пациентов с шизофренией и диссоциативными расстройствами, где расстройства единства Я являются первичным следствием распада внутренних связей, а не вторичным симптомом эмоционального или когнитивного дефицита. Такие состояния можно понимать как системные сбои на уровне горизонтальной интеграции, когда отдельные процессы сохраняются, но их взаимная координация утрачивается, вследствие чего психическая система перестает быть целостной в субъективном переживании.

Горизонтальные связи, таким образом, являются вторым ключевым измерением внутренней организации психической системы, дополняющим вертикальную иерархию уровней. Если вертикальные связи обеспечивают функциональную последовательность «снизу вверх» и «сверху вниз», то горизонтальные позволяют каждому уровню оставаться целостным, внутренне взаимосвязанным и устойчивым. Системное понимание психической организации требует учета обеих координат — вертикальной и горизонтальной, — поскольку нарушения любой из них могут приводить к расстройству функционирования психики в целом. Психопатология, рассматриваемая в таком ключе, перестает быть набором симптомов и становится следствием нарушений в структуре связей, что согласуется с современными подходами МКБ 10/11, подчеркивающими многоуровневую и комплексную природу психических расстройств.

Интегративные связи (структура «Я»)

Интегративные связи внутри психической системы представляют собой особый тип внутренних отношений, обеспечивающих объединение разнородных процессов в устойчивое, непрерывное и субъективно единое переживание собственной личности. В отличие от вертикальных связей, направленных на координацию уровней, и горизонтальных связей, объединяющих процессы внутри одного уровня, интегративные связи обеспечивают сведение этих измерений в феноменологическое ядро психики, которое традиционно обозначают понятием «Я». Введение понятия «Я» в системный анализ психики требует отхода от его философских или психодинамических трактовок и рассмотрения его как особого внутреннего механизма организации субъективности, создающего целостность и непрерывность психической жизни. Через такие связи психика приобретает не только структуру, но и архитектонику; не только функции, но и направленность; не только уровневую дифференцированность, но и внутреннее смысловое единство.

В современной психологии и психиатрии понятие «Я» долгое время оставалось трудноуловимым и плохо определённым. Вытеснение его из строгой науки, характерное для начала XX века, было связано с переходом психологии к

экспериментальной методологии, которая предпочитала наблюдаемые и измеряемые процессы интроспективным данным и субъективным описаниям. Однако феноменологическая традиция — от Ф. Brentano до К. Ясперса — неизменно подчёркивала, что «Я» не является метафизической фикцией, но представляет собой устойчивую внутреннюю структуру опыта, формирующую центр тяжести всей психической системы. Эта структура не сводится ни к воле, ни к памяти, ни к мышлению, ни к эмоциям, хотя интегративные связи осуществляют синтез всех перечисленных процессов. «Я» выступает как эмпирическое и одновременно структурное начало, обеспечивающее субъекту ощущение собственной непрерывности и единичности.

Интегративные связи проявляются прежде всего в способности психики объединять текущие переживания с прошлым опытом и будущими ожиданиями. Такая темпоральная интеграция является одним из важнейших механизмов внутренней организации субъективности, благодаря которому человек воспринимает свою жизнь как единый поток. Эта способность тесно связана с памятью — особенно автобиографической, — но не исчерпывается ею; структура «Я» не просто хранит воспоминания, но организует их в систему смыслов, обеспечивающую целостность биографической линии. Утрата этой способности является одним из ключевых индикаторов системного распада психики, особенно при органических заболеваниях мозга, хронических психозах или тяжёлых личностных расстройствах, что многократно описывалось в клинических наблюдениях отечественных психиатров, начиная от работ Снежневского и Зейгарник и заканчивая данными современных нейрокогнитивных исследований.

Интегративные связи формируют также способность психики устанавливать границы между субъектом и внешним миром, определяя сферу личного опыта. Такая функция относится к категории базовых, поскольку без неё невозможны ни самосознание, ни регуляция поведения, ни социальное взаимодействие. В психопатологии именно нарушения границ «Я» являются типологически специфичными симптомами ряда заболеваний, включая шизофрению, где наблюдаются феномены утраты чувства собственности мыслей, воздействия, восприятия внешнего контроля. Эти явления невозможно объяснить только нарушениями когнитивных или эмоциональных процессов; они возникают вследствие дезорганизации тех самых интегративных связей, которые формируют устойчивость субъективного центра. В этом смысле структура «Я» является центральным регулятором психической системы, обеспечивающим согласование внутренних и внешних воздействий.

Не менее важной функцией интегративных связей является способность субъекта воспринимать собственные переживания как принадлежащие ему. Данное свойство, определяемое как интенциональная присвоенность опыта, делает возможным индивидуальную ответственность, мотивацию, переживание ценностей и принятие решений. Без него психика распадается на автономные модули, каждый из которых функционирует по собственной логике, не выводя субъекта на уровень саморефлексии. Дефицит присвоенности переживаний наблюдается в состоянии деперсонализации, где пациент описывает обезличенность чувств и

утрату эмоционального участия в собственной жизни, а также в тяжёлых формах тревожных и депрессивных расстройств, при которых нарушается способность человека воспринимать свои мысли и эмоции как органичную часть «Я».

Таким образом, интегративные связи создают фундаментальный каркас внутренней субъективной реальности. Они организуют не только структуру психики, но и обеспечивают устойчивость личности в процессе развития, адаптации и взаимодействия с миром. Рассмотрение психических расстройств как нарушений интегративных связей открывает возможность системной интерпретации клинических явлений, где симптомы рассматриваются не как разрозненные проявления, а как признаки разрушения внутренних связей, поддерживающих целостность «Я». Это даёт основание для новой диагностической модели, в которой феноменология пациента интерпретируется не только как карта патологических процессов, но и как отражение системного состояния его психики.

Интегративные связи проявляются также в способности психической системы формировать устойчивые смысловые структуры, задающие человеку направление внутренней жизни и обеспечивающие согласованность мотивов, эмоций и действий. Эти структуры формируются не одномоментно, а являются результатом длительного развития, накопления опыта, интериоризации социального взаимодействия и формирования личностных констант. Через них психика обеспечивает контур смысловой регуляции поведения, что отражено в работах отечественных исследователей, подчеркивающих значимость смысловых структур в организации психической жизни — прежде всего у А.Н. Леонтьева, Л.С. Выготского и их последователей. Смысловая организация является внутренним продолжением интегративных связей: она не только объединяет актуальные переживания, но и проецирует их на систему жизненных целей и ценностей, создавая тем самым направленность и внутреннюю мотивационную целостность.

Важным аспектом интегративных связей является способность психики к саморефлексии — возможности субъекта воспринимать себя объектом собственного же анализа, оценки и понимания. Саморефлексия формирует второй контур интеграции: первый обеспечивает базовую субъективность («Я — переживаю»), второй — осознаваемую позицию субъекта («Я — понимаю, что переживаю»). Эти два контура действуют синхронно и поддерживают друг друга, обеспечивая как внутреннее единство опыта, так и способность к произвольному управлению. Нарушения саморефлексии, известные по данным клинических наблюдений, приводят к значительным изменениям структуры субъективности: снижению критики при психозах, нарушению эмоциональной осознанности при пограничных и аффективных расстройствах, жёсткости или ригидности образа «Я» при расстройствах личности. Таким образом, интегративные связи включают не только механизмы объединения процессов, но и механизмы метапереживания, необходимые для устойчивой регуляции психики.

Нельзя не отметить, что структура «Я» является динамической и подверженной изменениям под влиянием биологических, социальных и психологических факторов. Она формируется постепенно, начиная с раннего детства, в процессе созревания мотивационно-волевой сферы, интериоризации социального

взаимодействия и стабилизации когнитивных и эмоциональных процессов. Нарушения интегративных связей на различных этапах развития формируют различные клинические картины: от диссоциативных проявлений в детстве до выраженных нарушений идентичности в подростковом возрасте или поздних нарушений самоидентификации при деменции. Таким образом, обоснование системного характера структуры «Я» требует понимания её как процесса, а не как статической сущности — процессуальной структуры, которая непрерывно поддерживается благодаря работе всех уровней психической системы.

Интегративные связи обеспечивают также способность субъекта к внутренней согласованности в ситуациях внутреннего напряжения, конфликта или выбора. Эта согласованность не исключает противоречий, но предполагает возможность их удержания в сознании без фрагментации субъективности. Такое свойство традиционно рассматривается психоаналитической традицией как функция «Я» по удержанию реальности и регулированию внутренних импульсов, но в системном подходе оно трактуется шире: как способность системы сохранять структурную устойчивость при повышенной внутренней нагрузке. Нарушение этой способности приводит к психическим состояниям, отличающимся нестабильностью структуры «Я», включая импульсивность, дезорганизацию поведения, эпизоды кратковременной утраты контроля и истощение регуляторных механизмов. Клинические данные подтверждают, что дефицит интегративных связей является центральным механизмом развития тяжёлых пограничных состояний, расстройств личности и некоторых хронических аффективных нарушений.

Одним из наиболее важных следствий существования интегративных связей является способность человека переживать собственную жизнь как непрерывную, обладающую внутренней логикой, смыслом и направленностью. Именно эта сопряжённость субъективного времени, опыта и самоосознания позволяет человеку быть не только носителем психических процессов, но и субъектом собственной биографии. Отсюда становится понятной непосредственная связь структуры «Я» с анамнезом жизни, который отражает состояние интегративных механизмов и показывает степень сохранности внутренней связи между прошлым, настоящим и будущим. Распад интегративных связей делает биографию разорванной, а субъективность — дискретной, что наблюдается как в органической патологии, так и в шизофреническом спектре, где нарушается способность к конструированию жизненной линии и целостному восприятию собственной истории. Таким образом, структура «Я» является не только переживаемой, но и клинически наблюдаемой частью психической системы.

В свете системного подхода структура «Я» приобретает ключевое значение для понимания психических расстройств, поскольку именно она обеспечивает устойчивость всей архитектуры психики. Нарушение интегративных связей приводит к системным дефектам, затрагивающим все уровни психики: от сенсорной обработки до мотивации, от аффективной регуляции до когнитивной оценки. Это делает «Я» центральным диагностическим ориентиром, позволяющим интерпретировать различия между состояниями, которые в традиционной

психопатологии рассматриваются как качественно разные. Системный анализ позволяет увидеть, что многие психические расстройства объединены общим механизмом нарушением интегративных связей, а различия произрастают из того, на каких уровнях системы эти нарушения оказываются наиболее выраженными.

Нарушения связности как основа психопатологии

Одним из ключевых свойств психической системы, определяющих её устойчивость, адаптивность и целостность, является способность поддерживать непрерывность и упорядоченность внутренних связей. Эти связи формируют каркас, на котором строится феноменальная структура субъективного опыта, последовательность мыслительных актов, согласованность эмоциональных состояний и единство внутренних мотивационных тенденций. Уже в классической психопатологии начала XX века было отмечено, что нарушение системной связности является универсальным принципом формирования психических расстройств, независимо от их этиологии и нозологической принадлежности. Размер и характер этого нарушения могут существенно различаться: от лёгкой дезорганизации когнитивных операций при тревоге до грубого распада личности при эндогенных психозах.

Психическая связность представляет собой совокупность функциональных отношений между уровнями и подсистемами психики, обеспечивающих возможность непротиворечивой, согласованной и контекстно обусловленной работы всей системы. На феноменологическом уровне связность проявляется в таких характеристиках, как последовательность мышления, внутреннее единство переживания, логическая и эмоциональная непрерывность, синхронность эмоционально-мотивационных и когнитивных процессов. В рамках настоящей монографии нарушение связности рассматривается не как отдельный симптом, а как системное нарушение принципов функционирования психики — то есть как сбой в работе самой структуры психической системы, который порождает широкую гамму психопатологических феноменов, описанных в МКБ 10/11.

В классической немецкой психопатологической школе этот принцип был ближе всего сформулирован Ясперсом, который подчёркивал, что расстройства мышления, аффекта, сознания или личности нельзя понимать вне нарушения «внутреннего единства» душевной жизни. Однако Ясперс, избегавший онтологических конструкций, не сумел превратить эту идею в цельную теорию системной организации психики. Более поздние отечественные исследователи, прежде всего представители нейропсихологической и клинко-психопатологической школ, уточнили связь между нарушениями межуровневой интеграции и клиническими феноменами, описывая различные варианты выпадения связей: от «функциональных межанализаторных разобщений» Лурии до «синдрома разорванности» при шизофреническом процессе в работах Снежневского и его последователей.

Современные представления, развитые в рамках эмпирических исследований когнитивной нейронауки, дополняют классическое понимание, показывая,

что связность психики отражает синхронную координацию сетей мозга, включая связь между Default Mode Network и Executive Control Network, и что нарушение этих сетевых механизмов коррелирует как с эмоциональными расстройствами, так и с психозами. Однако и эти данные не формируют системной психиатрической теории, поскольку описывают лишь уровень нейронной корреляции без учёта целостной психической структуры.

В системной модели, разрабатываемой в рамках настоящей монографии, нарушение связности понимается как нарушение одного из трёх фундаментальных типов психических связей:

- ✓ вертикальных (между уровнями),
- ✓ горизонтальных (между подсистемами одного уровня),
- ✓ интегративных (формирующих структуру «Я» и его способность регулировать остальные уровни).

Каждый из этих типов нарушения обладает своей феноменологией, клиническими маркерами, типичными нозологическими проявлениями и диагностическим значением. При этом в большинстве психических расстройств наблюдается смешанная форма, включающая дефекты как вертикальной, так и горизонтальной интеграции, что объясняет высокую гетерогенность клинических форм и пересечение синдромов в разных нозологиях.

Одним из наиболее ярких примеров нарушения вертикальных связей является разобщённость когнитивного и эмоционального уровней, характерная для депрессии. Пациент может адекватно оценивать ситуацию рационально, но эмоциональные реакции не следуют когнитивной оценке, что создаёт чувство «эмоциональной нечувствительности» и феномен «аффективной диссоциации». На уровне горизонтальных связей нарушение проявляется, например, в расстройствах мышления при шизофрении, когда между элементами одной когнитивной операции отсутствует логическая согласованность. Интегративные нарушения наблюдаются в ситуациях, когда структура «Я» теряет способность поддерживать постоянство границ личности, как это происходит при тяжёлых психотических эпизодах, диссоциативных расстройствах или при выраженной личностной дисрегуляции в рамках эмоционально-нестабильного расстройства личности.

Каждый из этих феноменов традиционно описывался как самостоятельный диагностический симптом в различных разделах МКБ 10/11: «расстройства мышления», «расстройства аффекта», «нарушение самосознания» и так далее. Однако системный подход показывает, что все эти проявления объединяются архетипической структурой нарушения связности — то есть нарушением фундаментального принципа организации психической системы. Соответственно, психопатология в целом может быть рассмотрена как многообразие вариантов утраты системной согласованности, различающихся по уровню локализации, выраженности и динамике.

Феноменология нарушений связности демонстрирует, что центральным патологическим механизмом является не выпадение отдельных психических функций, а их дезорганизация в структуре целого. Даже такие расстройства, как

галлюцинации или бред, традиционно трактуемые как «позитивная продукция», в системном подходе могут быть интерпретированы как проявления нарушенного взаимодействия уровней и подсистем. Галлюцинации, например, становятся возможными не из-за «избыточной активности сенсорного уровня», но вследствие потери корректирующих связей между сенсорным, когнитивным и сознательным уровнями, которые в норме обеспечивают различение внутреннего и внешнего, воображаемого и реального.

Подобным образом бредовые идеи формируются не только как искажение когниции, но как дефект межуровневого контроля, при котором когнитивный уровень теряет связь с эмоционально-аффективным и мотивационным уровнями, вследствие чего логика перестаёт подчиняться целостной структуре «Я» и общей системе реальности. Нарушение интеграционных связей приводит к тому, что отдельные элементы мышления обретают автономию, выпадают из общего контекста, теряют иерархию значимости. Именно это делает бред самоподдерживающимся: дефект связи между когницией и реальностью сопровождается нарушением горизонта значимости, вследствие чего субъективные выводы становятся единственной организационной осью опыта.

Феноменологически наиболее ясным проявлением вертикального нарушения связности является шизофреническое расстройство мышления, описанное Блейлером как «шперрунг» или «разорванность». Однако в системной модели этот симптом рассматривается как выражение общего дефекта интеграции — сбоя в координации когнитивного уровня с уровнем личности и сознания. Пациент перестаёт удерживать внутреннее единство мыслительного акта; ассоциации становятся фрагментарными, тематическая линия речи распадается, появляются разрывы, ускоренные переходы и бессвязные включения. Этот феномен нельзя объяснить локальным нарушением логики: он является следствием неспособности психической системы обеспечивать согласование уровня когнитивных операций с уровнем личностного смысла.

Горизонтальные нарушения связности особенно часто наблюдаются при тревожных и аффективных расстройствах, где структура взаимных влияний между эмоционально-аффективной и когнитивной подсистемами утрачивает гибкость. На клиническом уровне это проявляется феноменами ригидности, чрезмерной фиксации, автоматизации тревожных схем и катастрофизации. Психика теряет способность перераспределять внимание, изменять субъектную перспективу или перестраивать оценку событий в ответ на новые данные. В норме когнитивная и аффективная подсистемы формируют динамическую петлю обратной связи, позволяющую корректировать переживание. При расстройстве эта петля становится однонаправленной: тревога диктует мышлению узкую рамку интерпретаций, а когниция укрепляет тревожное ожидание.

Интегративные нарушения связности образуют отдельный класс феноменов, включающий нарушения идентичности, диссоциацию, дереализацию, деперсонализацию и утрату «центра Я». Эти феномены характерны для широкого круга расстройств — от тяжёлых стрессовых реакций и пограничных личностных расстройств до психозов, однако их системная природа едина: нарушается

способность «Я» регулировать нижележащие уровни и поддерживать непрерывность субъективного опыта. В этом смысле даже кратковременная эпизодическая деперсонализация может рассматриваться как микро-дефект связи между сознательным уровнем и уровнем личности, тогда как глубокие диссоциативные расстройства отражают уже структурную утрату центральной интеграции.

Особое значение в системной психиатрии приобретает феномен нарушения темпоральной связности. Личный опыт может утратить линейность, хронология переживания искажается, и вследствие этого нарушается базовая структура биографической памяти. Данный механизм наблюдается при эндогенных депрессиях, где пациент воспринимает время как остановившееся или патологически замедленное, и при шизофренических психозах, где время дробится, теряет непрерывность и перестаёт выполнять функцию объединения опыта.

Системная модель позволяет объединить все вышеописанные феномены в единую схему, где психопатология рассматривается как спектр вариантов нарушения интеграции уровней психической системы. Эта концепция соответствует наблюдениям, что одно и то же расстройство может проявляться различными симптомами в зависимости от того, какая именно связность нарушена. Например, при эндогенной депрессии у одного пациента доминирует аффективно-мотивационное разобщение, у другого — когнитивная ригидность, у третьего — темпоральная дезинтеграция.

МКБ 10/11 позволяют интерпретировать данные процессы в терминах категориальной диагностики, однако системный подход показывает, что внутри одной и той же нозологии могут существовать различные профили нарушений связности. Это открывает путь к формированию новой системной диагностики, основанной не на феноменологически выделенных симптомах, а на оценке структуры внутренних связей психической системы.

Обобщая рассмотренные феноменологические и клинические проявления, необходимо сформулировать теоретическую модель нарушений связности, которая позволяет понять психопатологию не как набор отдельных симптомов, а как различные варианты системного сбоя. В этой модели психическая система рассматривается как многоуровневая структура, в которой каждый уровень — сенсорный, аффективный, мотивационный, когнитивный, мнемический, личностный и сознательный — выполняет собственные функции, но может действовать полноценно лишь при наличии устойчивых вертикальных, горизонтальных и интегративных связей.

Системный дефект возникает тогда, когда нарушается не содержание психической деятельности, а структура взаимодействия её уровней. В отличие от классических представлений о так называемой «локализации психопатологии», системный подход не предполагает, что отдельный симптом представляет собой поражение конкретного уровня. Напротив, клинический симптом всегда является выходом всей системы из оптимального режима работы. Например, бред — это не только нарушение когниции; это состояние, при котором когнитивный уровень утрачивает связь с аффективной регуляцией, реальностным контролем и интегративным центром «Я». Так же и паническая атака является не просто

«вспышкой тревоги», но результатом последовательного распада нескольких горизонтальных регулирующих контуров между аффективным, когнитивным и телесно-сенсорным уровнями.

Таким образом, психические расстройства можно описать как три фундаментальных типа дефектов. Первый — дефект уровня, когда один из уровней утрачивает функциональную способность: когнитивный может стать ригидным, эмоциональный — чрезмерно реактивным, сенсорный — гиперпродуктивным. Второй — дефект связи, когда уровни сохраняют собственные функции, но теряют способность координировать работу. Третий — дефект интеграции, затрагивающий структуру «Я», которая в норме обеспечивает непрерывность субъективного опыта, саморефлексию, целостность биографии. Наиболее тяжёлые психические расстройства — психозы, тяжёлые диссоциативные состояния и глубокие личностные нарушения — могут рассматриваться как сочетание всех трёх типов дефектов, при котором система утрачивает способность к саморегуляции.

Особое место занимают системные нарушения, проявляющиеся в нарушении темпоральной связности. Поскольку биографическая память является осевой структурой личности, обеспечивающей непрерывность субъективного времени, её расстройство приводит к распаду смысловых связей между прошлым и настоящим. При шизофрении наблюдается своеобразная «аномальная темпоральность», когда психические акты теряют связность и последовательность, что отражается в форме мышления, в переживании мира и в структуре сознания. При депрессии время патологически замедляется, подавляя способность системы к регенерации, нарушая связь между мотивацией и действием, а также снижая пластичность когнитивных процессов.

Таким образом, системный подход позволяет не только объяснить разнообразие клинических проявлений, но и выявить общие механизмы, лежащие в основе психопатологии. Эта модель создаёт основу для разработки новых диагностических критериев, которые учитывают состояние связей внутри психической системы. Системный анализ даёт возможность описывать индивидуальные профили нарушения, что делает диагностику более точной, а терапию — более адресной.

С точки зрения клиники становится ясно, что даже при одинаковой симптоматике пациенты могут иметь различный структурный профиль нарушений. Двое больных с тревожным расстройством могут предъявлять одинаковый набор феноменов, но один будет иметь выраженный дефект горизонтальной связности между эмоциями и когнициями, а другой — лёгкое нарушение интеграционной функции «Я». В одном случае терапия должна быть направлена на восстановление когнитивно-аффективной регуляции, в другом — на укрепление идентичности и повышение устойчивости сознательного уровня.

МКБ 10/11 описывают психические расстройства по феноменологическому принципу, однако системная модель позволяет дополнить эти классификации новым измерением — степенью и типом нарушений связности. Введение такого параметра может существенно усилить диагностическую точность и

приблизить психиатрию к естественнонаучным дисциплинам, поскольку позволяет перейти от описательной модели к структурно-функциональному объяснению.

Нарушения связности — это фундаментальная ось психопатологии, на которой базируется понимание клиники, диагностики и механизмов терапии. Психическая система разрушается не столько по линии отдельных функций, сколько по линии связей, обеспечивающих её целостность. Признание этого факта является ключевым шагом на пути к построению новой онтологии психиатрии, в которой психика рассматривается как единая динамическая система, формирующая и поддерживающая личность.

III ЧАСТЬ. ФУНКЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

ГЛАВА 7. Переживание, познание, действие

Триада психических актов

В истории психологии и психиатрии многократно предпринимались попытки расчленить психическую жизнь на отдельные процессы, которые можно было бы изучать независимо друг от друга. Уже Вундт выделял ощущения, представления и чувства как первичные элементы психики, надеясь построить «атомистическую» психологию по аналогии с естественными науками [1]. Позднее классические направления психологии также стремились к подобной дифференциации: когнитивисты изучали мышление и переработку информации, психоанализ — переживания и аффективные конфликты, бихевиоризм — действия и формы поведения. Однако ни одно из этих направлений не смогло удовлетворительно объяснить, каким образом разрозненные функции образуют целостный опыт человека.

Психическая система как многоуровневая структура демонстрирует иной принцип организации, согласно которому фундаментальные процессы не могут существовать изолированно. Они складываются в единую триаду — переживание, познание и действие — которая выступает не просто набором отдельных психических актов, но устойчивым функциональным контуром, через который осуществляется взаимодействие человека с миром. Эта триада является эмерджентной: она возникает на уровне системы и не сводится ни к одному из уровней по отдельности.

Переживание представляет собой первичную форму включённости субъекта в ситуацию, ту сферу психической жизни, где аффективные, сенсорные и интуитивные данные объединяются и формируют исходный эмоционально-смысловой фон. Как отмечал Виготский, переживание есть «единица сознания», в которой соединяются внешнее и внутреннее [2]. В рамках психической системы переживание — это акт, который активизирует межуровневые связи: сенсорный уровень поставляет данные, эмоционально-аффективный придаёт им валентность, мотивационный и личностный уровни задают значимость и отношение.

Познание следует за переживанием, но не вытесняет его и не заменяет. Оно преобразует пережитое в осмысленную структуру, создаёт категориальные схемы, формирует причинно-следственные связи. В этом смысле познание выступает не только когнитивным процессом, но и регулятором всей психической системы. Ясперс справедливо отмечал, что мышление является «осью ориентации в реальности» [3], а значит, обеспечивает стабилизацию всей системы. Именно в процессе познания психика вырабатывает способы интеграции чувственного и эмоционального опыта в структуру сознания, поддерживая тем самым внутреннюю связность.

Действие завершает цикл триады. Оно является не просто моторным актом или поведенческой реакцией, но системным результатом, который фиксирует направление активности и позволяет психике проверять свои конструкции в реальности. Действие выражает позицию личности, закрепляет ценности и осуществляет выбор. Классические работы Леонтьева и последующая деятельностная традиция показывали, что вся психическая структура ориентирована на действие, которое является «выходом» системы в окружающий мир и одновременно источником её последующего развития [4].

Таким образом, переживание, познание и действие образуют не последовательные этапы, а единый динамический цикл. На уровне психической системы эта триада функционирует как комплексный механизм, обеспечивающий непрерывную регуляцию и адаптацию. Переживание даёт системе чувствительность, познание — смысл и направленность, действие — реальность и проверку. В норме эти компоненты постоянно взаимопроникают: переживание включает элементы познания, познание окрашено аффектом, действие опирается на смысловую оценку и одновременно изменяет структуру переживания.

Нарушение любого компонента триады приводит к системным сбоям. Если нарушено переживание, психика теряет эмоциональную модуляцию, что наблюдается при депрессиях, шизофрении, апатико-абулических состояниях, где аффективная сфера обеднена или искажена. Если нарушено познание, возникают расстройства мышления, бредовые конструкции, когнитивная ригидность или фрагментация. Если нарушено действие, появляются волевые нарушения, избегающее поведение, патологическая импульсивность или поведенческие ритуалы.

Однако системный подход показывает, что изолированного дефекта почти не бывает: сбой в одном компоненте нарушает весь цикл триады. При психозах переживание становится гиперболизированным или парадоксальным, познание — искажённым, действие — непредсказуемым. При тяжёлой тревоге переживание окрашено страхом, познание катастрофизует, действие становится избегающе-защитным. При зависимости переживание закреплено вокруг патологического источника удовольствия, познание служит оправданием, действие становится компульсивным.

Именно поэтому триада психических актов должна рассматриваться как универсальный регуляторный механизм, обеспечивающий работу психической системы. Он отражает внутреннюю архитектуру психики, её способность воспринимать мир, осмыслять его и действовать в соответствии с этим смыслом. Введение этой триады в рамки системной модели позволяет видеть в психике не набор функций, а единую саморегулирующуюся структуру, направления работы которой связаны с общим состоянием системы.

Список литературы

- [1] Вундт В. Основы физиологической психологии. — СПб.: Питер, 2001. — 864 с.
- [2] Выготский Л.С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2005. — 634 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

Функции восприятия, мышления, эмоций, воли

Функции восприятия, мышления, эмоций и воли традиционно рассматриваются в психологии как отдельные категории, обладающие собственным содержанием и механизмами. Однако в модели психической системы они приобретают иное значение: каждая из этих функций представляет собой проявление активности определённых уровней и подсистем, но их реальное действие возможно только благодаря межуровневым связям. Именно поэтому в рамках системной триады переживания, познания и действия данные функции выступают как специализированные, но взаимосвязанные механизмы, обеспечивающие целостный акт включённости субъекта в мир.

Восприятие принадлежит к базовым формам функционирования психики и связано с сенсорным и когнитивным уровнями. В классических исследованиях русской психологической школы восприятие рассматривалось не только как сумма сенсорных данных, но и как активная деятельность целостной системы, формирующей образ на основе прошлого опыта, мотивов и задач субъекта [1]. На уровне психической системы восприятие — это не пассивная регистрация стимулов, а процесс конструирования значимых структур, в котором участвуют аффективные оценки, когнитивные схемы, память и личностные установки. Таким образом, восприятие играет роль «входного узла» системы, превращая внешний мир в внутреннюю реальность субъекта.

Мышление является центральной когнитивной функцией, обеспечивающей преобразование полученной информации в абстрактные структуры, понятия, причинные связи и нормы. Оно интегрирует разнородные данные, связывает переживание с действием и служит основой для формирования прогнозов и планов. Ясперс подчёркивал, что мышление обеспечивает возможность понимания мира как целого [2], и именно это делает его ведущим регулятором психической системы. В системном контексте мышление выступает как уровень, который обрабатывает и связывает данные всех остальных уровней, обеспечивая системную связность и устойчивость. При нарушении мышления нарушается и внутренний порядок системы: фрагментация, утрата логической целостности, нарушения обобщения приводят к системным сбоям, охватывающим все функции.

Эмоции занимают особое место в структуре психической системы, поскольку они выступают как внутренний индикатор значимости происходящего и как механизм организации поведения. Эмоционально-аффективный уровень задаёт валентность восприятию, направление мышлению и мотивацию действию. В работах Симонова и других отечественных исследователей эмоции рассматривались как отражение степени соответствия потребностей и возможностей их удовлетворения [3]. В системном подходе эмоции выступают как связующее звено между биологическими и когнитивными уровнями. Они участвуют в быстром принятии решений, предвосхищают опыт и влияют на весь динамический

цикл триады. Дисфункции эмоциональной сферы — чрезмерная лабильность, аффективная тупость, персистирующая тревога — приводят к нарушению системной регуляции и формированию патологических реакций.

Воля представляет собой высший уровень регуляции поведения и связана с мотивационно-волевым и личностным уровнями. Ещё отечественная психологическая школа, начиная с работ Ухтомского, подчёркивала, что воля — это не отдельная функция, а собранность всей психической деятельности в направлении действия [4]. В системной модели воля является механизмом организации выходного акта, обеспечивающим координацию между внутренними уровнями и внешними требованиями. Она трансформирует переживание в мотив, мотив в намерение, а намерение — в действие. При нарушениях волевой сферы системная структура разрушается: действия становятся либо импульсивными и лишёнными контроля, либо, напротив, блокированными, что проявляется в абулии, прокрастинации, параличе решения.

Если рассматривать данные функции совместно, становится очевидным, что они образуют интегративный контур, обеспечивающий системную целостность психической жизни. Восприятие обеспечивает связь с реальностью, мышление — её осмысление, эмоции — оценку её значимости, а воля — преобразование осмысленного в действие. В норме все четыре функции взаимодополняют друг друга, образуя эмерджентное единство.

При патологических процессах эта целостность нарушается:

- ✓ дефицит восприятия приводит к искажению когнитивных схем; нарушение мышления — к потере логики переживаний;
- ✓ аффективные сбои — к дезорганизации мотивации;
- ✓ волевые нарушения — к невозможности реализации даже сохранённых мыслей и чувств.

В клинической практике, данные функции часто фигурируют как отдельные группы симптомов. Однако системный подход позволяет увидеть, что нарушения любой из них являются проявлениями более глубокой дисфункции межуровневой координации, что позволяет рассматривать психическую патологию через призму нарушения связности процессов, а не через перечень изолированных дефектов. Это открывает возможности для нового диагностического подхода, где восприятие, мышление, эмоции и воля выступают не как независимые домены, а как взаимосвязанные индикаторы состояния психической системы.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [3] Симонов П.В. Эмоциональный мозг. — М.: Наука, 1981. — 254 с.
- [4] Ухтомский А.А. Доминанта. — М.: Наука, 1966. — 456 с.

Психическая системность в акте поведения

Поведение человека, рассматриваемое в традиции психологии и психиатрии, нередко определяется как внешнее проявление внутренней психической деятельности. Однако в рамках системного подхода поведение выступает не следствием работы отдельных психических функций, а эмерджентным результатом координации всех уровней психической системы. Именно поведение является той формой, в которой психика демонстрирует свою целостность, способность к адаптации, самоорганизацию и устойчивость. В поведении в равной мере отражаются прошлый опыт, актуальные переживания, когнитивные процессы, мотивационные векторы и интегрирующая роль личности.

Акт поведения является итогом сложной динамики, объединяющей восприятие, оценку, прогнозирование, эмоции, волю и действие. Он начинается задолго до того, как проявляется внешне: на уровне восприятия формируются первичные сенсорные структуры, которые получают эмоциональную валентность и включаются в мотивационно-волевой контекст. Таким образом, поведение невозможно отделить от феномена переживания, поскольку любое действие предваряется внутренней оценкой значимости ситуации. Это соответствует классической позиции отечественной психологии, согласно которой поведение всегда мотивировано и структурировано личностными смыслами.

Центральным элементом акта поведения является когнитивная переработка информации, обеспечивающая способность субъекта соотносить желаемое и возможное. Мышление позволяет выстроить прогноз, оценить последствия, сформировать план и выбрать средства для достижения цели. Это делает акт поведения не механическим ответом на стимулы, а результатом системной работы, в которой взаимодействуют память, внимание, аффективные состояния, а также более глубокие уровни психической системы. Воля, в этом контексте, выступает в качестве последнего звена, обеспечивающего переход от внутреннего намерения к внешнему акту, и отражает степень организованности личности, её способность к саморегуляции и принятию ответственности за собственные действия.

Клинические наблюдения ясно демонстрируют, что поведение является наиболее чувствительным индикатором нарушений системной организации психики. При психозах нарушается предикативная структура поведения: субъект утрачивает способность связывать события, прогнозировать последствия и выстраивать поступки в соответствии с реальностью. При депрессивных расстройствах мотивационный и волевой уровни оказываются блокированы, что приводит к снижению активности, избеганию действий или неспособности их инициировать. При тревожных состояниях поведение становится чрезмерно регламентированным, ритуализированным или избегающе-защитным, что отражает дисфункцию аффективного и когнитивного уровней одновременно. Расстройства личности проявляют системную нестабильность поведения: оно становится импульсивным, непредсказуемым, противоречивым, неустойчивым, что свидетельствует о дискоординации между когнитивными схемами, эмоциональными реакциями и мотивационными процессами.

Особое значение имеет взаимодействие личностного и сознательного уровней в акте поведения. Личностный уровень задаёт устойчивые

предпочтения, ценности и доминанты, определяющие направление действий. Сознательный уровень обеспечивает рефлекссию, осознание мотивов, анализ последствий и возможность торможения импульсивных тенденций. Таким образом, поведение является зеркалом степени зрелости личности. В формировании поведения решающее значение имеет также интегративная подсистема — структура «Я», обеспечивающая устойчивость идентичности, чувство авторства действия и способность субъекта воспринимать собственное поведение как осмысленное и согласующееся с внутренними целями.

Акт поведения можно рассматривать как временную структуру, содержащую в себе прошлое, настоящее и будущее. Прошлое присутствует в виде памяти, навыков, привычек и паттернов реагирования. Настоящее задаётся актуальными переживаниями и сенсорными данными. Будущее присутствует в виде предвосхищения, прогноза и ожидаемого результата. Таким образом, поведение является временной интеграцией всех уровней психической системы, что превращает его в главный индикатор системной целостности. Если хотя бы один уровень оказывается нарушен, поведение теряет свою адаптивность, становится хаотичным, стереотипным, ригидным или, напротив, чрезмерно податливым внешним обстоятельствам.

В рамках МКБ 10/11 именно поведенческие признаки часто становятся ключевыми критериями диагностики. Однако традиционные классификации описывают поведение как совокупность отдельных симптомов, тогда как системный подход позволяет видеть за ними фундаментальные механизмы нарушения интеграции уровней. Такое понимание открывает новые возможности диагностики и терапии: работа с поведением становится не коррекцией отдельных реакций, а восстановлением системной связности, функциональных связей и целостной саморегуляции психики. Поведение, в этом смысле, является не только внешней манифестацией внутренней деятельности, но и инструментом, через который психическая система может быть восстановлена, перестроена и интегрирована.

Феноменологическая структура сознания

Сознание традиционно рассматривается как центральный феномен психической жизни, однако в системной модели оно получает особый статус — интегративного уровня, обеспечивающего синтез, координацию и осмысленность всех психических процессов. Сознание не является автономной субстанцией или мистической данностью, но представляет собой emergent-функцию, возникающую из взаимодействия подсистем и уровней психики. В этом смысле феноменологическая структура сознания отражает то, каким образом психическая система организует переживания, мысли, действия и образы в единое поле субъективности.

Феноменология сознания показывает, что оно состоит из нескольких взаимосвязанных компонентов: актуального переживания, направленного внимания, содержания мыслительного потока, внутреннего наблюдателя и чувства

«Я», выступающего как центр субъективной перспективы. Эти элементы не существуют раздельно, но образуют динамическое единство, позволяющее субъекту воспринимать мир, интерпретировать происходящее, удерживать собственную биографию и принимать решения. Сознание одновременно является частью потока психики и механизмом её рефлексивного схватывания, что подчёркивалось как в феноменологической традиции и экзистенциальной психологии [1], так и в отечественной культурно-исторической школе [2].

В феноменологической структуре сознания можно выделить несколько уровней, не как анатомических или функциональных зон, а как слоёв субъективного опыта. На поверхности находится:

- 1) текущее переживание, формируемое восприятием и эмоциональными реакциями. Это содержание всегда динамично: оно непрерывно изменяется под влиянием внешних стимулов и внутренних процессов. Его фундаментальная особенность заключается в селективности: в каждый момент времени в сознание попадает лишь малая часть информации, тогда как основная её масса обрабатывается подсознательными и предсознательными механизмами. Эта селективность формируется как на сенсорном уровне, так и на уровне значений, определяемых личностной структурой.
- 2) Второй слой сознания — это внимание как организующий принцип субъективного поля. Внимание не является самостоятельным процессом, но представляет собой механизм распределения ресурса сознания, определяющий, какие элементы опыта будут осознаны, какие будут вытеснены на периферию, а какие вовсе не войдут в поле субъективности. В психопатологии нарушение внимания, например его патологическая фиксация или, напротив, рассеянность, приводит к искажению всего сознательного опыта, что наблюдается при тревожных расстройствах, депрессии, синдроме дефицита внимания, психозах и органических нарушениях.
- 3) Третьим слоем является мыслительный поток — поток значений, возникающих на стыке когнитивного, эмоционального и мнемического уровней. Мыслительный поток обладает временной структурой: он ориентирован в прошлое через память, в настоящее через анализ ситуации и в будущее через прогнозирование. Именно здесь формируются планы, решения, интерпретации, гипотезы, страхи и ожидания. В норме этот поток организован, логически связан, подчинён цели и способен к торможению. Однако при системных нарушениях он утрачивает связность, становится разорванным, ускоренным, замедленным или навязчивым, что наблюдается при маниакальных, шизофренических, обсессивных и тревожных состояниях.
- 4) Четвёртый слой феноменологии сознания — это внутренний наблюдатель, или способность к рефлексии. Рефлексия позволяет субъекту воспринимать собственные переживания как объект, анализировать свои действия, понимать мотивы и осознавать последствия. Она играет ключевую роль в обеспечении саморегуляции и личностной ответственности. При этом рефлексия не равна мышлению: это особая форма актов, направленных на самого себя. В психопатологии утрата или деформация рефлексии ведёт к

тяжёлым нарушениям самосознания, что проявляется в деперсонализации, дереализации, нарушениях чувства авторства и феноменах «сделанности», описанных в классической психопатологии [3].

- 5) Пятый, наиболее глубокий компонент феноменологической структуры сознания — чувство «Я». Этот центр субъективности обеспечивает непрерывность опыта, согласование внутренних состояний и идентичность личности. «Я» является не объектом, а организующим принципом всей психической системы, интегрирующим переживания в единую биографическую линию. В системе психики «Я» не сводится к когнитивной схеме или набору верований; оно представляет собой устойчивую структуру, удерживающую психическую систему как целое. Нарушения структуры «Я» наблюдаются при шизофрении, пограничных расстройствах личности, тяжёлых травматических состояниях, а также при органических поражениях мозга. Эти нарушения приводят к распаду переживаний, утрате авторства действия, ослаблению чувства живости и связи с собственным телом.

Феноменология сознания тесно связана с неврологической основой, однако ни одна из современных нейробиологических моделей не исчерпывает всего богатства субъективного опыта. Нейрофизиология отражает механизмы корреляции, тогда как сознание как интегративная функция отражает организацию опыта. В отечественной психофизиологии, начиная с работ Лурии, сознание рассматривалось как результат системной организации мозговых функций, при котором высшие корковые блоки обеспечивают интеграцию сенсорных, эмоциональных и когнитивных процессов [4]. Такая модель находит прямое продолжение в системной концепции психики, где сознание выступает не топологической структурой, а функцией объединения уровней.

Феноменологическая структура сознания делает возможным существование психической системы как целостности. Именно сознание обеспечивает способность человека удерживать связи между уровнями психики, выстраивать планы и прогнозы, анализировать собственное поведение и регулировать эмоции. Оно же является главным инструментом психотерапии: любое терапевтическое воздействие, будь то когнитивное, психодинамическое или экзистенциальное, является процессом перестройки структуры сознания — изменения способов восприятия, переработки и интерпретации опыта. Сознание является «точкой сборки» всей психической системы, и в этом заключается его фундаментальная роль в модели системной психиатрии.

Список литературы

- [1] Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии. — М.: Академический проект, 2011. — 414 с.
- [2] Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса. — М.: Смысл, 2005. — 416 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [4] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

Глава 8. Сознание как интегративная функция системы

Саморефлексия

Саморефлексия представляет собой одну из центральных интегративных функций сознания, обеспечивающую способность субъекта обращаться к собственным переживаниям, мыслям, мотивам и действиям как к объектам наблюдения и анализа. В системной модели психики саморефлексия выступает не просто когнитивным навыком, но механизмом вторичного порядка, благодаря которому психическая система получает возможность осознавать собственные процессы, контролировать их и перестраивать. Она является тем уровнем внутренней работы, который превращает психику в саморегулирующуюся и самоизменяющуюся систему.

Саморефлексия формируется на пересечении когнитивных, эмоциональных, личностных и мнемических подсистем и имеет сложную структуру. В её основе лежит способность субъекта выделять собственные состояния из общего потока переживания, придавать им смысл и оценивать их в свете личных норм, ценностей и целей. Это делает рефлексия не только механизмом самопознания, но и инструментом моральной, поведенческой и эмоциональной регуляции. В философско-психологической традиции саморефлексия связывалась с понятием «внутренней речи», «внутреннего диалога», «мысленного наблюдателя» и «самосознания» [1], однако в системной модели она рассматривается как механизм, объединяющий множество уровней психической организации.

С феноменологической точки зрения саморефлексия проявляется в способности человека занимать позицию наблюдателя по отношению к своим собственным психическим актам. Это выражается в том, что мысль становится объектом мысли, эмоция — объектом переживания, мотив — объектом анализа. Тем самым саморефлексия создаёт разрыв между непосредственным состоянием и оценкой этого состояния, что является предпосылкой для изменения поведения, коррекции установки или перестройки системы значений. Этот разрыв носит динамический характер: он может усиливаться в ситуациях напряжения, кризиса или психотерапии, а может ослабляться при рутинной деятельности, аффективных вспышках или патологических состояниях.

Нейропсихологическая перспектива позволяет рассматривать саморефлексию как сложный процесс, основанный на взаимодействии префронтальной коры, ассоциативных зон и систем, обеспечивающих автобиографическую память и построение внутренней модели «Я» [2]. Однако эти корреляты объясняют лишь биологическую сторону феномена. В системной психике саморефлексия — это функция, позволяющая субъекту связывать информацию о собственном прошлом, текущем состоянии и прогнозируемом будущем, обеспечивая так называемую «временную интеграцию». Без неё невозможны осмысленное целеполагание, моральная оценка, ответственное действие и любое изменение собственной психической структуры.

Личностный аспект саморефлексии проявляется в том, что она направлена не только на отдельные состояния, но и на устойчивые характеристики личности: убеждения, ценности, привычные модели поведения. В этом смысле саморефлексия близка к понятию «метапозиции»: способности видеть себя в перспективе, оценивать свой жизненный путь, осуществлять пересмотр идентичности. Именно поэтому развитая саморефлексия является важнейшим фактором психического здоровья и зрелости. Она позволяет человеку удерживать психологическую устойчивость, адаптироваться к изменениям и восстанавливать связь между уровнями психики, нарушенную стрессом, травмой или патологическими процессами.

В психопатологии саморефлексия страдает по-разному, и характер её нарушений тесно связан с типом системного дефекта. При деперсонализационно-дереализационных нарушениях она гипертрофирована, что приводит к болезненной самонаблюдательности, утрате спонтанности, отчуждению собственных переживаний. При тревожных расстройствах саморефлексия принимает навязчивый, руминативный характер, замыкая субъекта в циклах оценок и сомнений. При шизофрении нарушается сам структурный механизм различения «Я» и «не-Я», вследствие чего рефлексивные процессы становятся патологическими: мысли представляются как чужие, действия — как навязанные, а переживания — как созданные внешней силой [3]. Это отражает фундаментальное нарушение интегративной функции сознания, при котором саморефлексия перестает быть механизмом регулирования и превращается в источник патологических переживаний.

Широкая клиническая значимость саморефлексии заключается в её ключевой роли в психотерапии. Любая терапевтическая школа — когнитивно-поведенческая, психодинамическая, экзистенциальная опирается на усиление, корректировку или перестройку механизмов саморефлексии. Терапия является процессом осмысления переживаний, выявления автоматических мыслей, анализа конфликтов, интерпретации опыта и реконструкции идентичности. Таким образом, психотерапия прямо работает с сознательным интегративным уровнем психической системы, и саморефлексия в этом процессе выступает главным инструментом восстановления системной целостности.

Саморефлексия является одной из важнейших функций, обеспечивающих смысловую, временную и личностную непрерывность психической системы. Она делает субъект способным понимать себя, строить жизненный путь, удерживать внутреннюю связь между прошлым, настоящим и будущим. Будучи высшей интегративной функцией сознания, саморефлексия является также фундаментом свободы — свободы от автоматизмов, импульсов, внешних влияний и внутренних конфликтов. Она превращает психическую систему из объекта детерминации в активного участника саморегуляции.

Список литературы

- [1] Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — М.: Питер, 2002. — 720 с.
- [2] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.

Мысленный поток

Мысленный поток представляет собой феномен, через который субъективное сознание проявляет свою непрерывность и динамичность. Это феноменологическое течение мыслей, образов, смыслов, оценок и воспоминаний, возникающее и сменяющее друг друга в контексте текущего состояния психической системы. С точки зрения системной модели психики мысленный поток является отображением работы интегративного уровня, связывающего когнитивные, аффективные, мнемические и мотивационные элементы в единый континуум. Он показывает психику в состоянии актуальной активности — в режиме «здесь и теперь», когда различные подсистемы взаимодействуют, конкурируют и объединяются в единую линию субъективного опыта.

Феноменологически мысленный поток можно описать как последовательность смысловых единиц, возникающих в сознании не только в ответ на внешние стимулы, но и по внутренним причинам, связанным с потребностями, эмоциями, памятью и личностными структурами. Содержание этого потока формируется одновременно «снизу вверх» — под влиянием сенсорики, аффективных импульсов и автоматических мыслей, и «сверху вниз» — через действие волевых установок, целей, централизованного контроля и личностных смыслов. В результате мысленный поток становится не просто набором мыслей, но картиной того, как функционирует вся психическая система.

Исторически понятие мысленного потока развивалось в рамках философии сознания и классической психологии. Уильям Джеймс определял мысль как «поток сознания», подчёркивая её непрерывность и изменчивость [1]. Однако в современной психологии и психиатрии понятие мысленного потока приобретает более структурное значение. Оно позволяет рассматривать сознание не как пассивную сцену, а как активный процесс организации информации. В этом смысле мысленный поток — это операциональное выражение интегративной функции сознания, наблюдаемое в непрерывной работе внимания, оценок, суждений и воспоминаний.

Системная интерпретация мысленного потока подчёркивает его зависимость от состояния связей внутри психической системы. Когда связи между уровнями функционируют согласованно, мысленный поток становится целостным, контекстуально связанным и смыслово непротиворечивым. Он проявляет внутреннюю логичность, движение от одного содержания к другому, способность поддерживать тему и удерживать перспективу. Это отражает работу интегративного уровня, который обеспечивает феномен самотождественного сознания и позволяет субъекту ориентироваться в собственных переживаниях и внешнем мире.

Однако эта интегративная работа может нарушаться, и в таких случаях структура мысленного потока становится ключевым диагностическим маркером. В депрессивном состоянии мысленный поток приобретает ригидность,

однообразие и самоуничижительность, что объясняется сниженностью мотивационно-волевых и когнитивных связей. При тревожных расстройствах он ускоряется, становится хаотичным, наполненным катастрофическими сценариями, отражая доминирование аффективно-мотивационных элементов над когнитивными. При маниакальных состояниях поток мыслей может быть ускоренным, скачущим, теряющим внутренние логические связи — феномен, известный в психопатологии как «скачка идей», который МКБ 10/11 рассматривают как ключевой симптом маниакального эпизода.

Шизофренический спектр нарушений демонстрирует наиболее глубокие повреждения мысленного потока. Здесь нарушается не только скорость или насыщенность мысли, но и сама структура контекстуальной связности. Мысль утрачивает внутреннюю опору, появляются разорванность, резонерство, символизм, ассоциативные скольжения и паралогичность. Эти феномены отражают дефект интегративного уровня психической системы: разрываются связи, связывающие отдельные когнитивные, аффективные и личностные элементы в единое целое. В этом смысле шизофреническое расстройство представляет собой клиническую модель распада системной организации мысленного потока.

В норме мысленный поток выполняет несколько важных функций. Он обеспечивает непрерывную оценку ситуации и планирование действий, является средством интеграции прошлого опыта в текущий момент, поддерживает эмоциональную самоорганизацию и служит инструментом построения личностного смысла. В системе психики мысленный поток является тем механизмом, который позволяет субъекту вести диалог с собой, строить предвосхищения, формировать ожидания, разрабатывать планы и анализировать ошибки. Он связывает мгновения опыта в непрерывную линию субъективного времени. Через мысленный поток психическая система интегрирует информацию о мире и о себе, превращая отдельные акты восприятия, мышления и памяти в единую жизненную историю.

Психотерапевтическая работа с мысленным потоком основана на его осмыслении, регулировании и структурировании. Когнитивно-поведенческая терапия работает с содержанием потока, выявляя автоматические мысли и когнитивные искажения. Психодинамическая терапия исследует латентные мотивы, проявляющиеся в мысленном потоке через ассоциации. Практики осознанности направлены на изменение отношения к мысленному потоку, позволяя наблюдать его без слияния и избегания. В каждом из этих подходов поток мыслей рассматривается как важнейшая диагностическая и терапевтическая реальность.

Таким образом, мысленный поток является не просто феноменом субъективного опыта, но критически важной функцией психической системы, связывающей многочисленные подсистемы в единый процесс. Его структура и динамика отражают состояние сознания, глубину интеграции уровней психики, степень зрелости личности и характер патологических нарушений. Изучение мысленного потока представляет собой ключ к пониманию того, как психическая система удерживает внутреннюю целостность и как эта целостность нарушается при различных психических расстройствах.

Расстройства сознания при нарушениях системы

Понимание расстройств сознания в контексте психической системы предполагает рассмотрение сознания не как изолированного феномена, а как интегративного уровня, объединяющего деятельность всех остальных подсистем психики. Сознание в этой модели выступает как функция, обеспечивающая синхронизацию, согласование и объединение сенсорных, эмоциональных, когнитивных, мнемических и личностных процессов в единое поле субъективного опыта. Поэтому любое нарушение сознания — от количественных изменений уровня бодрствования до глубоко качественных изменений структуры самосознания — следует рассматривать как следствие системного дефекта: расстройства уровней, связей или интегративного механизма.

Традиционно психопатология сознания описывалась через противопоставление количественных и качественных нарушений, однако в рамках психической системы эти два вида расстройств предстают как различные проявления единого процесса — деградации системной интеграции. Количественные нарушения, такие как оглушение, сомнолентность или сопор, отражают ослабление системной энергии, снижение её способности поддерживать согласованную работу подсистем. Качественные же нарушения, включая делирий, онейроидное помрачение, сумеречные состояния и синдром отчуждения психических актов, представляют собой сбой структуры связей, приводящий к фрагментации сознания и утрате единства субъективной реальности.

Наиболее простым выражением системного дефекта являются количественные нарушения сознания. Оглушение представляет собой состояние, при котором психическая система функционирует на минимально достаточном уровне: снижается восприимчивость сенсорных входов, ослабевает работа когнитивного уровня, замедляется интегративная деятельность. Потеря способности удерживать произвольное внимание и выполнять целенаправленные действия обусловлена тем, что связность между уровнями, прежде всего, между сенсорной и когнитивной подсистемами становится недостаточной. При более выраженном снижении уровня сознания, например в сопоре, системная активность настолько ослабевает, что сохраняются лишь древние, автономные реакции, которые не требуют интеграции высших уровней. Таким образом, количественные нарушения выявляют зависимость сознания от энергетических ресурсов всей психической системы.

Качественные нарушения, напротив, демонстрируют, что сознание может быть нарушено и при сохранном общем «энергетическом фоне», если страдает структура связей. Делириозное помрачение сознания характеризуется тем, что психическая система теряет способность интегрировать сенсорные, когнитивные и мнемические сигналы в единый контекст. Восприятие становится

фрагментарным и искаженным, мыслительный процесс — разорванным, а эмоции — чрезмерно реактивными. В результате внешняя реальность утрачивает устойчивость и превращается в лабильную, изменчивую, часто угрожающую среду. Ключевой механизм делирия — распад горизонтальных связей между когнитивным, эмоциональным и сенсорным уровнями, вследствие чего сознание не может стабилизировать содержание опыта.

Особое место занимает онейроидное состояние, при котором нарушается вертикальная интеграция между уровнем сознания и глубинными слоями психической системы, прежде всего — уровнем памяти и личностных структур. Сознание заполняется образами, не связанными с текущей реальностью, но обладающими внутренней логикой и сценической организованностью. Это показывает, что при онейроиде сохраняются связи внутри мнемического уровня, но нарушаются связи между ним и внешней реальностью. Из-за этого система переключается на автономный режим функционирования, подобный сновидному. В терминологии системного подхода онейроид — это частичный захват интегративного уровня автономными подсистемами, утратившими связь с актуальным сенсорным входом.

Сумеречное помрачение сознания представляет собой нарушение принципа целостности и непрерывности сознания. В системной модели это означает, что психика на время переходит в альтернативную конфигурацию связей, функционируя фрагментарно, дискретно, без связи с предшествующим или последующим состоянием. Амнезия по завершении эпизода подтверждает, что интегративный уровень был выключен, и психическая система не осуществляла консолидацию опыта. Такие состояния демонстрируют способность психики временно перестраивать систему связей, в результате чего сознание теряет временную протяжённость и самоидентичность.

Качественно иные, но также системные нарушения представлены феноменами отчуждения дереализацией и деперсонализацией. При этих состояниях сохраняется формальная ясность сознания, но нарушается переживание «связанности» между компонентами психического опыта. Дерееализация отражает сбой в связывании сенсорных данных с эмоционально-аффективным уровнем; деперсонализация — утрату связи между личностным уровнем и когнитивной деятельностью. Таким образом, сознание остается структурно сохранным, но теряет способность интегрировать переживание «я» как субъекта. В системных терминах эти состояния являются расстройствами интегративного уровня при сохранности остальных подсистем.

Множество расстройств сознания сопровождает психозы, прежде всего шизофренического спектра, где нарушается не только содержательная часть сознания, но и сам механизм интеграции. Разорванность мышления, бредовые конструкции, неадекватность аффекта — всё это проявления дезорганизации связей внутри системы. Психотическое нарушение сознания не сводится к наличию бреда или галлюцинаций; оно заключается в принципиальной утрате способности психической системы обеспечивать согласование когнитивного, аффективного и мнемического уровней. В результате содержание сознания становится

автономным, замкнутым, самопорождающимся. МКБ 10/11 рассматривают такие нарушения как фундаментальное расстройство референтности психических актов, что полностью согласуется с системной интерпретацией.

Тяжелые органические расстройства, включая деменции, делирии и некоторые экзогенно-органические состояния, представляют собой модель системного распада сознания. Здесь нарушаются как уровни психики, так и связи между ними. Деменция демонстрирует постепенную деградацию мнемического и когнитивного уровней, в результате чего интегративное ядро сознания не может поддерживать внутреннюю непрерывность субъективного опыта. Делирий — пример острого системного сбоя, сопровождающегося нарушениями всех уровней сразу: сенсорных входов, когнитивной обработки, аффективного тона и временной организации.

В целом расстройства сознания представляют собой наиболее очевидный и глубокий показатель нарушения работы психической системы. Их феноменология подтверждает, что сознание является именно интегративной функцией, а не автономным процессом. Нарушения сознания — это всегда нарушения системной целостности. Они показывают, что психическая система обладает уровневой структурой, сетью связей и механизмом интеграции, и что расстройства психики можно эффективно анализировать, опираясь на системный подход.

Глава 9. Память и биография как системное ядро личности

Ось, образующая историю личности

Память в структуре психической системы представляет собой не просто одно из функциональных образований, но фундаментальную осевую подсистему, обеспечивающую тождественность личности во времени. В отличие от когнитивных процессов, которые ориентированы на обработку текущих стимулов, память формирует длительную временную протяжённость психической жизни и тем самым создает основу для истории субъекта. Биография, в этой связи, является не внешним описанием событий, а внутренним продуцированием единой линии жизни, через которую психическая система интегрирует прошлое, настоящее и потенциальное будущее.

В классической психологии память трактовалась как совокупность механизмов запоминания, хранения и воспроизведения информации. Однако внутри психической системы память имеет качественно иной смысл: она становится структурным центром, связывающим разные уровни психики в единое целое. Именно благодаря памяти эмоциональные переживания обретают устойчивый контекст, когнитивные процессы включаются в историю субъекта, а личностные черты получают непрерывность, необходимую для формирования идентичности. В этом смысле память не является одним из уровней системы, но организует ось, вокруг которой разворачивается психическая жизнь.

Ось памяти формируется не только за счёт накопления содержания опыта, но и за счёт того, каким образом психическая система выстраивает связи между отдельными эпизодами. Эти связи отражают способность системы интегрировать разрозненные события в последовательность, обладающую внутренней логикой и смыслами. Психика соединяет элементы прошлого не механически, а селективно, исходя из значимости, эмоциональной насыщенности, когнитивной интерпретации. Таким образом, биография не является точной копией фактической хроники. Она представляет собой «осмысленную историю», которая формируется в соответствии с внутренним устройством личности и отражает её структурные характеристики.

Особое значение оси памяти для психической системы проявляется в клинической практике. Любое устойчивое изменение личности связано с изменением структуры биографии — как она вспоминается, интерпретируется, переосмысливается. Например, при депрессивных расстройствах память становится биографически «суженной»: пациент утрачивает доступ к позитивным или нейтральным воспоминаниям, и его ось смещается в сторону негативных смыслов, формируя восприятие собственной жизни как неуспешной или лишённой ценности. В случае тревожных расстройств биография приобретает акцентированную структуру, в которой доминируют травматичные или угрожающие события. При шизофреническом спектре нарушается не столько содержание биографии, сколько способность к её целостной интеграции: биография перестает быть «линией» и превращается в набор разрозненных, слабо связанных фрагментов.

Тем самым память формирует основу личностной оси не только в норме, но и в патологии. Психические расстройства нередко становятся нарушениями системного порядка именно потому, что они затрагивают способность психики удерживать непрерывную временную структуру. Это особенно заметно в органических процессах. При деменции разрушается сам механизм осевой интеграции: биография распадается в обратном хронологическом порядке, утрачиваются сначала недавние, затем более ранние воспоминания. Такой регресс отражает деградацию связей между уровнями системы, а не просто убывание «запаса информации». Утрата оси памяти влечет за собой утрату самотождественности личности, что подтверждает её фундаментальное системное значение.

Ось памяти является центральной не только для личностной идентичности, но и для сознания. Сознание, по сути, представляет собой активное поле актуализации элементов биографии, через которые субъект понимает происходящее и самого себя. Без постоянного подтягивания биографического материала к текущему моменту сознание теряет объемность, а переживание — глубину. Поэтому ось памяти следует рассматривать как структурный каркас интеграции сознания. И наоборот, любые нарушения сознания неизбежно затрагивают память, поскольку без осевой биографической последовательности психическая деятельность не может быть осмысленной.

Особая роль памяти в психической системе связана с тем, что она обеспечивает два ключевых механизма: стабилизацию структуры личности и адаптивную реконструкцию опыта. Стабилизация проявляется в способности психики удерживать устойчивые элементы идентичности — взгляды, ценности, мотивы, эмоциональные предпочтения. Реконструкция, напротив, делает возможным переосмысление опыта, изменение образа себя и динамическую перестройку биографии. Благодаря этому биография не является фиксированной конструкцией, а постоянно развивается, отражая как внутренние процессы, так и внешние события.

Таким образом, ось памяти образует историческое ядро личности, связывая уровни психической системы и обеспечивая непрерывность субъективного существования. Она превращает психическую систему в самотождественный, длительно организованный процесс, который способен не только воспринимать и реагировать, но и хранить свою собственную историю. Это позволяет рассматривать память как центральный системообразующий механизм, без которого психика не может быть целостной ни в норме, ни тем более в патологии.

Как анамнез отражает строение системы

Анамнез в клинической практике традиционно рассматривается как совокупность сведений о жизни пациента, его развитии, перенесённых заболеваниях, событиях, предшествующих дебюту расстройства, и факторах, влияющих на его состояние. Однако при системном подходе значение анамнеза существенно выходит за рамки простого описания внешних обстоятельств. Он превращается в окно, позволяющее увидеть внутреннее строение психической системы, её

уровневую организацию, связность, устойчивые и нарушенные элементы. С этой точки зрения анамнез представляет собой не вспомогательный материал, а диагностический инструмент, позволяющий выявить архитектуру психики в её динамике.

Психическая система проявляет себя в анамнезе прежде всего через то, каким образом субъект выстраивает и рассказывает собственную биографию. Способ построения жизненного повествования отражает структуру связей между уровнями системы: эмоциональным, когнитивным, личностным и интегративным. Человек, обладающий гармоничной и связной психической системой, как правило, способен представить повествование, в котором события логически взаимосвязаны, эмоционально дифференцированы, а причинно-следственные отношения представлены ясно. Напротив, разорванные, противоречивые или несогласованные элементы анамнеза свидетельствуют о нарушении внутренних связей, что особенно заметно при расстройствах шизофренического спектра, диссоциативных состояниях или выраженных личностных дисгармониях.

Особое значение в структурном анализе анамнеза имеет соотношение между содержанием и формой биографического повествования. Клинически важно не только что рассказывает пациент, но и как он это делает. Диссоциация формы и содержания — один из ключевых индикаторов системных нарушений. Так, при депрессивных состояниях системная ось памяти смещена в сторону отрицательных интерпретаций, что проявляется в однотипной, эмоционально монотонной реконструкции прошлого. При тревожных расстройствах биография характеризуется чрезмерной детализацией угрожающих событий, что отражает доминирование аффективного уровня над когнитивным. В органических процессах наблюдается истощение биографической последовательности, когда память теряет способность удерживать события в устойчивой временной структуре, что делает анамнез фрагментарным и недостоверным.

Анамнестическое интервью позволяет выявить, как разные уровни психической системы включаются в работу биографии:

- ✓ Эмоционально-аффективный уровень проявляется в окраске воспоминаний, их интенсивности и значимости для субъекта.
- ✓ Когнитивный уровень — в способности пациента к анализу, обобщению, сопоставлению фактов и структурированию жизненной линии.
- ✓ Личностный уровень — в содержательных темах, повторяющихся мотивах, устойчивых чертах, определяющих выборы и решения пациента.
- ✓ Интегративный уровень «Я» — в способности удерживать целостное представление о себе по ходу биографического рассказа, не утрачивая последовательности и самоидентичности.

Таким образом, анамнез становится формой проявления системной архитектуры психики. Его структура отражает качество связей между уровнями, степень устойчивости личностного ядра и способность к интеграции опыта. В этом заключается принципиальная клиническая ценность анамнеза, которую недооценивают при редукционистских подходах. Анамнез является моделью

психической системы, выраженной в форме биографического нарратива, и именно поэтому он позволяет диагностировать системные нарушения на ранних этапах. Внимательное изучение анамнеза предоставляет сведения не только о прошлом пациента, но и о том, каким образом функционирует его психика в настоящем, а значит, позволяет прогнозировать её динамику и адаптационные возможности.

Особое место занимает анализ анамнеза в рамках МКБ 10/11, где акцент делается на многофакторности, включающей биологические, психологические и социальные компоненты. Однако системный подход расширяет этот принцип, показывая, что важна не просто сумма факторов, а способ, которым психическая система интегрирует их в собственную структуру. Иными словами, два пациента с одинаковыми внешними обстоятельствами могут иметь совершенно разные психические системы, что определяется тем, как их биография включена в внутреннюю осевую организацию личности. Поэтому анамнез является не только описанием жизненного пути, но и функциональной моделью работы психической системы.

Системный анализ анамнеза позволяет рассматривать биографию как структурное зеркало психики, в котором отражены её уровни, связи, дефекты и компенсаторные механизмы. Это делает анамнез неотъемлемой частью диагностики, которая, в отличие от поверхностного сбора данных, приобретает глубокий клинико-системный характер. Следовательно, анамнез должен рассматриваться как один из ключевых инструментов выявления внутренней структуры, динамики и нарушений психической системы, что подтверждает его фундаментальное значение в современной психиатрии.

Роль прошлого в организации психики

Влияние прошлого на психическую систему не ограничивается формированием устойчивых воспоминаний, определяющих идентичность субъекта. Прошлое становится основой функциональной архитектоники психики, поскольку каждая новая ситуация соотносится системой с уже имеющимся опытом, формируя характерные паттерны реагирования. В этом смысле прошлое не существует как замкнутый исторический пласт, а выступает активным компонентом текущего функционирования, определяя как возможности адаптации, так и уязвимости. Именно поэтому биография является тем структурным ядром, вокруг которого организуются все уровни психической системы, и именно через неё можно проследить, как формируется стиль переживания, познания и поведения.

Важнейшим механизмом системной связи прошлого и настоящего является способность психики к переносу и трансформации опыта. Система не воспроизводит прошлое в неизменном виде, но постоянно перерабатывает его, делая возможным появление новых смыслов, которые, в свою очередь, оказывают влияние на дальнейшее развитие. Это особенно заметно в процессе психотерапии, когда переосмысление значимых событий меняет функциональное распределение связей внутри системы, позволяя пациенту выстраивать новые модели

реагирования. Тем самым прошлое является не фиксированным набором впечатлений, а динамической структурой, подверженной пересборке в зависимости от актуального состояния и возможностей интегративного уровня «Я».

В то же время патологические изменения психической системы нередко связаны с нарушением переработки прошлого. При депрессивных расстройствах система фиксируется на определённом типе воспоминаний, которые утрачивают гибкость и подвергаются ригидному воспроизведению. При тревожных расстройствах прошлое «нагружается» угрожающими смыслами, что приводит к гипертрофированному вниманию к потенциальной опасности в настоящем. При посттравматических состояниях отдельные фрагменты прошлого становятся автономными генераторами аффекта, выпадая из общей биографической последовательности, что отражает нарушение связности между когнитивным и аффективным уровнями. В шизофреническом спектре происходит радикальное искажение оси времени: прошлое может утратить свою последовательность, смешиваясь с фантазийными элементами, или стать недоступным для интеграции, что приводит к утрате целостной биографической идентичности.

Особое значение имеет то, каким образом прошлое формирует личностный уровень психической системы. Стабильность личностных характеристик является результатом длительной консолидации опыта, включающего социальные, эмоциональные и когнитивные взаимодействия. Индивид учится предсказывать последствия собственных действий, сформировав личностные сценарии, основанные на успешных или неуспешных моделях поведения. Эти сценарии впоследствии определяют его способность к адаптации, выбор стратегий, направление интересов и предпочтений. Таким образом, личность, как уровень системы, представляет собой продукт длительной биографической самоорганизации, в которой прошлое является ключевым детерминирующим фактором.

Системная роль прошлого особенно ясно проявляется в формировании структуры «Я». Идентичность возникает как результат работы интегративного уровня, синтезирующего события прошлого в единый, относительно непрерывный нарратив. Эта интеграция обеспечивает чувство самотождественности, позволяющее человеку воспринимать себя как одного и того же субъекта в разные моменты жизни. Утрата или деформация этой интеграции неизбежно приводит к нарушениям структуры «Я», которые могут проявляться в деперсонализации, расщеплении идентичности, диссоциации или в особенности мышления, описанной Ясперсом как «разрушение внутренней связи психических процессов». В этом смысле прошлое не только формирует личность, но и удерживает её состоятельность, являясь центральным узлом системной организации.

Важно отметить, что в МКБ 10/11 неоднократно подчёркивается значение анамнестических факторов в этиологии и феноменологии психических расстройств. Однако системный подход расширяет эти положения, демонстрируя, что прошлое не выступает внешним причинным фактором, а является внутренней частью архитектуры психики. Оно встроено в систему как структурный уровень, влияющий на связность, динамику и устойчивость всей психической

деятельности. Таким образом, роль прошлого выходит далеко за рамки этиологического параметра и становится частью онтологии психической системы.

Понимание прошлого как системного основания психики позволяет выстраивать клинические интервенции, направленные не только на симптоматическое облегчение, но и на перестройку структуры связей, определяющих функционирование пациента. Психотерапия, ориентированная на реконструкцию биографии, становится, по существу, вмешательством в системную архитектуру, способствуя развитию интегративных процессов. Фармакотерапия, в свою очередь, может поддерживать способность системы перерабатывать опыт, ослабляя патологическое воздействие аффективных или когнитивных искажений, которые делают прошлое недоступным для гибкой интеграции.

Таким образом, прошлое является не только хроникой, но и фундаментом, обеспечивающим структурную целостность психической системы. Оно определяет личность, организует восприятие настоящего, формирует способность к будущему и служит тем осевым принципом, без которого система утрачивает связность и способность к адаптации. Именно поэтому биография — в её клиническом, феноменологическом и системном аспектах — должна рассматриваться как один из важнейших инструментов понимания психики.

IV ЧАСТЬ. ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Глава 10. Развитие психической системы

Детско-подростковый возраст

Развитие психической системы в детско-подростковом возрасте представляет собой сложный, многослойный процесс, в котором последовательно формируются и дифференцируются базовые уровни психики, описанные ранее. Наиболее важно то, что развитие ребёнка не является простым линейным наращиванием функций. Психика складывается как система, в которой каждый уровень созревает не изолированно, а во взаимодействии с другими уровнями, формируя новые формы связности и интеграции. Именно поэтому возрастные этапы детства и подростковости должны рассматриваться не столько через призму отдельных психических процессов, сколько через динамику становления архитектуры психической системы в целом.

В младенческом возрасте определяется фундамент системы — сенсорный уровень, который создаёт первичную карту мира и тела. Ребёнок не просто получает сенсорные впечатления, но накапливает материал для первичных интегративных структур, позволяющих отделить «внешнее» от «внутреннего». Именно здесь возникает исходная форма того, что впоследствии превратится в структуру «Я»: первичное переживание собственной телесной целостности, возникающее из согласованной работы сенсорных подсистем. Отечественная школа психологии, начиная от Выготского и продолжая Элькониным и Запорожцем, подчёркивала, что психическое развитие на ранних этапах невозможно без включённости ребёнка в среду, где социальный опыт становится источником формирования высших психических функций [1].

Сенсорный опыт быстро дополняется эмоционально-аффективными структурами. Именно эмоции становятся первым регулятором поведения, формируя базу для будущего мотивационно-волевого уровня. В первые годы жизни эмоциональная регуляция зависит от взрослого; затем она постепенно интериоризуется и начинает строиться на собственных когнитивных и мнемических ресурсах ребёнка. Эта зависимость от интериоризации поддерживает тезис о том, что психическая система развивается как совокупность уровней, на разных стадиях имеющих различную степень автономности.

К трём-четырёх годам формируются первые элементы когнитивного уровня — наглядно-образное мышление, простейшие формы причинно-следственных связей, способность удерживать цель действия. Однако эти когнитивные структуры ещё не являются самостоятельными регуляторами поведения и полностью определяются аффективно-мотивационными доминантами. Только к школьному возрасту когнитивный уровень приобретает относительную самостоятельность, что позволяет ребёнку переходить к словесно-логическому мышлению, описанному Выготским как качественный скачок в развитии высших психических функций [1].

Мнемический уровень развивается параллельно когнитивному, но имеет собственную внутреннюю логику. У ребёнка преобладает произвольная память, основанная на яркости впечатлений, эмоциональной насыщенности и повторяемости ситуаций. Лишь в подростковом возрасте возможно формирование произвольной мнемической активности, предполагающей сложные интегративные процессы — осознание цели, структурирование материала, удержание стратегии запоминания. Эти особенности памяти становятся одним из важнейших индикаторов зрелости всей системы, поскольку от того, каким образом ребёнок организует опыт, зависит дальнейшее формирование личности.

Подростковый возраст знаменует собой этап радикальной перестройки связей внутри психической системы. Прежде всего меняется соотношение уровней: эмоционально-аффективные процессы становятся более интенсивными, усиливается мотивационно-волевая активность, тогда как когнитивный и интегративный уровни ещё не достигли окончательной зрелости. Это приводит к специфическому феномену функционального дисбаланса, хорошо известному клиницистам: подросток способен к высокому уровню абстрактного рассуждения, но одновременно демонстрирует слабый контроль импульсов, эмоциональную неустойчивость и зависимость поведения от ситуативно значимых стимулов.

Данная несогласованность объясняется неоднородностью темпов созревания различных уровней системы. Нейробиология развития показывает, что созревание префронтальных областей коры, отвечающих за интеграцию, контроль и саморегуляцию, отстаёт от созревания лимбических структур, определяющих эмоциональную реактивность. С точки зрения системной модели психики это означает временный разрыв вертикальных связей между эмоциональным и интегративным уровнями. Именно этот разрыв является источником типичных подростковых кризисов, конфликтов, нарушений поведения и временной неустойчивости структуры «Я», которая ещё не способна выполнять функцию стабилизации внутреннего опыта.

Особое значение имеет формирование личностного уровня. Подростковый возраст — это время первоначальной сборки стабильной идентичности. Индивид пробует разные формы поведения, меняет группы принадлежности, моделирует будущие роли и создаёт образы себя в будущем. Это системное формирование идентичности часто сопровождается временной диссоциацией смыслов, колебаниями самооценки, ощущением внутренней неопределённости. В отечественной психологии эта фаза была описана как период кризиса и интенсивного развития самосознания, когда «чувство взрослости» становится центром внутренней динамики [2].

Формирование сознательного уровня в подростковом возрасте связано прежде всего с развитием рефлексии. Подросток впервые начинает видеть себя как объект собственного сознания, способен анализировать мотивы, переживания и последствия поведения [3]. Однако рефлексия ещё неустойчива, часто становится чрезмерной или, наоборот, затруднённой. Это объясняется тем, что интегративный уровень только начинает выполнять свои функции, а система в целом находится в состоянии активного переструктурирования.

Важно подчеркнуть, что в детско-подростковом возрасте психическая система чрезвычайно чувствительна к внешним воздействиям. Факторы среды, семейная динамика, особенности воспитания, травмирующие события, социальная поддержка и образовательная среда формируют основные траектории развития [4]. Согласно как МКБ-10, так и МКБ-11, именно детско-подростковый возраст является критическим для возникновения большинства психических расстройств, что отражает общую закономерность: незрелость системы повышает её уязвимость перед нарушениями связей, уровней и интегративных функций.

Таким образом, развитие психической системы в детско-подростковом возрасте представляет собой последовательную, но неоднородную во времени динамику, где каждый уровень созревает в собственном темпе, но при этом постоянно взаимодействует с другими уровнями. Итогом этого периода должно стать формирование относительной автономности уровней, укрепление вертикальных и горизонтальных связей, появление устойчивой структуры личности и постепенное становление интегративного уровня, обеспечивающего целостность и стабильность психической системы [5].

Список литературы

- [1] Выготский Л.С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2017. — 512 с.
- [2] Эльконин Д.Б. Психология развития. — М.: Издательство МГУ, 1989. — 256 с.
- [3] Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. — М.: Наука, 1960. — 412 с.
- [4] Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1990. — 368 с.
- [5] Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. — М.: Просвещение, 1979. — 144 с.

Взросление

Переход от подросткового возраста к периоду взрослости представляет собой качественную перестройку психической системы, в которой завершается созревание основных уровней, стабилизируются вертикальные и горизонтальные связи, формируются устойчивые механизмы саморегуляции и окончательно складывается личностная идентичность. Взросление не сводится к биологическому созреванию; напротив, именно психологическая структура становится определяющей в формировании зрелой психической системы, способной к автономии, адаптации и внутренней интеграции.

Если в подростковом возрасте психическая система характеризуется дисбалансом — временным преобладанием эмоционально-аффективных и мотивационных процессов над когнитивным и интегративным уровнями — то взросление является этапом выравнивания и укрепления этих связей. Одним из ключевых изменений становится становление устойчивого интегративного уровня, который начинает выполнять функцию системного центра, обеспечивающего

согласование опыта, переработку противоречий и стабилизацию поведения. Данное изменение неоднократно описывалось в отечественной психологии как формирование способности к внутреннему плану действий и развитой рефлексии, которые позволяют человеку строить сложные программы поведения и удерживать долгосрочные цели [1].

Взросление представляет собой этап, когда когнитивный уровень достигает максимальной зрелости. Развиваются абстрактные формы мышления, способность к дедукции, критическому анализу, прогнозированию и сложным операциям с символическими структурами. Однако ещё важнее то, что когнитивные процессы начинают играть роль регуляторов поведения, подчиняя себе аффективные импульсы и разрозненные мотивации. Это превращает когнитивный уровень в один из центральных механизмов самоконтроля, что отражено и в клинической практике: большинство форм нарушений саморегуляции у взрослых связано с дефектами когнитивно-волевой сферы, а не с эмоциональной незрелостью, характерной для подростков.

Мнемический уровень также претерпевает важные изменения. Взрослый человек характеризуется способностью к произвольному управлению памятью, стратегическому запоминанию, выработке индивидуальных когнитивных стилей, позволяющих эффективно перерабатывать и структурировать информацию. Но ещё значимее то, что биографическая память начинает выполнять функцию опорного каркаса личности, обеспечивая стабильность самовосприятия и чувство непрерывности собственного существования. Биография превращается в структурный компонент психической системы, становясь одним из условий формирования устойчивой самоидентификации. Эта идея, встречающаяся у Л.С. Выготского в контексте высших психических функций, получает системное развитие в отечественной клинико-психологической традиции, рассматривающей жизненную историю как опору для формирования зрелой личности [2].

На мотивационно-волевом уровне взросление проявляется в способности к построению долговременных целей, выбору жизненных стратегий и устойчивому следованию внутренним решениям. Формирование волевой регуляции является одним из ключевых индикаторов зрелой психической системы. Воля перестаёт быть реакцией на внешний стимул или эмоциональное состояние и превращается в механизм, поддерживающий деятельность, основанную на личностных принципах и ценностях. Именно здесь происходит переход от внешне обусловленной мотивации к внутренне опосредованной, что было подробно описано в трудах отечественных исследователей психологии личности [3].

Эмоционально-аффективный уровень во взрослом возрасте также приобретает новые свойства. В отличие от подросткового периода, характеризующегося реактивностью и нестабильностью, у взрослого человека эмоции становятся более дифференцированными и поддаются произвольному контролю. Развивается способность осознавать собственные переживания, управлять эмоциональными реакциями, устанавливать и поддерживать эмоциональные связи с другими людьми. В клиническом контексте именно в этом периоде становится видимой разница между нормальной эмоциональной динамикой и

патологическими аффективными нарушениями: зрелая психическая система способна выдерживать широкий спектр эмоций, не разрушая внутреннюю интеграцию [4].

Особое значение в процессе взросления имеет становление личностного уровня. Идентичность, переживаемая подростком как нестабильная и подвижная, постепенно упорядочивается и консолидируется. Человек формирует относительно устойчивое представление о себе, своём месте в мире, системе ценностей и жизненных приоритетах. Взрослая личность не является статичной, однако её вариативность ограничена рамками внутренне согласованной структуры. Именно на этом этапе возникает зрелая структура «Я», выполняющая функции интеграции, саморефлексии и регуляции поведения.

Сознательный уровень также достигает развития, позволяющего индивиду поддерживать высокий уровень рефлексии, метакогнитивного контроля и осознанности собственных ментальных процессов. Сознание приобретает способность к сложным формам самонаблюдения, обеспечивая гибкость поведения и способность адаптироваться к меняющимся условиям. Это связано с созреванием интегративного уровня психической системы, который становится способным удерживать большие объёмы информации, согласовывать противоречивые мотивы и синтезировать различные аспекты опыта в единую линию жизни. Именно эта способность обеспечивает адаптивность взрослой психической системы в различных социальных и профессиональных контекстах.

Зрелость психической системы в период взросления имеет важное значение для понимания психопатологии. Большинство расстройств, которые проявляются в этот период, связано не с незрелостью уровней, а с нарушениями связей между ними. Психозы, тревожные расстройства, депрессии и расстройства личности проявляются прежде всего как дефекты интегративных механизмов, а не как недостаточность отдельных функций. Это подчёркивает ключевой принцип системной модели: зрелость функций не гарантирует устойчивость системы, если нарушена связность.

Таким образом, взросление представляет собой период достижения максимальной функциональной зрелости психической системы, в котором завершается формирование связности уровней, укрепляется структура личности и устанавливается устойчивое функционирование интегративного уровня. Зрелая психическая система становится способной не только к адаптации, но и к развитию, позволяя человеку выстраивать сложные формы поведения, субъектность и персональную жизненную стратегию [5].

Список литературы

- [1] Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Смысл, 2005. — 352 с.
- [2] Выготский Л.С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 432 с.
- [3] Асмолов А.Г. Психология личности. — М.: Академия, 2001. — 416 с.

- [4] Брушлинский А.В. Психология субъекта. — М.: Институт психологии РАН, 1994. — 256 с.
- [5] Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2000. — 720 с.

Психологическое созревание

Психологическое созревание представляет собой не просто продолжение взросления, а его качественный внутренний этап, в котором психическая система достигает той степени интеграции, которая позволяет человеку функционировать как автономный, самоопределённый и устойчивый субъект. В отличие от взросления, связанного преимущественно с формированием структур и уровней психики, психологическое созревание предполагает становление той внутренней целостности, которая делает эти структуры взаимосвязанными, согласованными и направленными на достижение стабильного личностного бытия.

Созревание психики не совпадает с биологической зрелостью. Организм может быть полностью сформирован, а личность — оставаться незрелой, что неоднократно подчёркивалось в отечественной психологии и философской антропологии. Психологическая зрелость достигается лишь тогда, когда внутренние процессы становятся управляемыми, а система — саморегулирующейся. Это означает, что человек способен не только реагировать на требования среды, но и активно преобразовывать свою жизнь в соответствии с внутренними принципами, ценностями и целями.

Одним из центральных признаков психологического созревания является формирование устойчивой структуры «Я». Она перестаёт быть динамическим, колеблющимся и реактивным образованием, каким она была в подростковом возрасте, и превращается в относительно стабильный центр переживания, принятия решений и оценки опыта. Данный центр выполняет функции интеграции, обеспечивая согласование уровня переживания, уровня когнитивной обработки, волевой регуляции и личностно-ценностной ориентации. В отечественной психологической традиции этот процесс понимается как становление субъектности — способности человека быть автором собственных действий и смыслов.

Созревание психики выражается также в развитии рефлексии как высшей функции интегративного уровня. Рефлексия становится не только средством анализа собственных мыслей и чувств, но и инструментом регулирования поведения, оценки последствий решений, корректировки жизненных стратегий. Человек учится удерживать внутреннее пространство диалога с собой, что позволяет ему преодолевать импульсивность и действовать в соответствии с долгосрочными намерениями.

Существенным показателем психологической зрелости является способность к эмоциональной регуляции. Зрелая психическая система отличается тем, что эмоциональные реакции становятся более тонкими, нюансированными и поддающимися контролю. Человек способен выдерживать интенсивные эмоции без разрушения внутренней структуры, интегрировать переживаемые состояния в биографический опыт, осмыслять их и использовать как источник развития. В

зрелой психике эмоции перестают быть хаотическими импульсами и становятся частью сложной смысловой и когнитивной динамики.

На мотивационно-волевом уровне созревание проявляется в способности не только ставить цели, но и удерживать их, перестраивать при необходимости, распределять ресурсы и действовать последовательно. Воля, описанная в классической отечественной психологии как структура, опосредующая выбор и реализацию действий, становится основой саморегуляции личности. Психологически зрелый человек способен превратить собственные намерения в устойчивые программы поведения и сохранять их вопреки внешним трудностям и внутренним колебаниям.

Когнитивный уровень также претерпевает изменения, связанные с созреванием. Мышление становится не только более абстрактным, но и более внутренне свободным. Зрелая личность способна удерживать альтернативные точки зрения, анализировать сложные смысловые конфликты, избегать категоричности и воспринимать многообразие жизненных ситуаций. Существенным показателем зрелости является способность к метакогнитивному контролю, позволяющая отслеживать собственные когнитивные ошибки, корректировать интерпретации и постепенно освобождаться от автоматизмов мышления.

Особого внимания заслуживает роль биографической памяти в процессе психологического созревания. На этом этапе не только формируются новые воспоминания, но и происходит глубокая переработка уже накопленного опыта. Биография перестает быть набором отдельных эпизодов и превращается в связный, структурированный и осмысленный нарратив, формирующий внутреннюю идентичность. Человек начинает воспринимать свою жизнь как единую линию, где прошлое, настоящее и будущее соединены смысловыми узлами. Этот процесс, называемый автобиографической интеграцией, становится существенным признаком зрелой психической системы.

Созревание проявляется также в сфере межличностных отношений. Зрелая психика способна к построению устойчивых, глубоких и взаимно регулирующих связей. Человек входит в отношения не для компенсации собственных недостатков, а для взаимного роста, обмена опытом и эмоционального взаимодействия. Способность видеть другого как отдельного субъекта, сохранять автономию и одновременно поддерживать близость — один из важнейших показателей зрелой личности, отражающий интегративную работу всей психической системы.

Важным аспектом психологического созревания является согласование внутренних уровней психики. Созревшая система обладает качеством внутренней связности: эмоции согласованы с мышлением, мотивы — с ценностями, решения — с биографическим опытом. Именно эта согласованность делает возможным устойчивое функционирование и психологическую устойчивость. В условиях нарушений созревания наблюдаются несогласованные структуры, когда, например, когнитивный уровень достигает зрелости, а эмоциональный остаётся незрелым, что приводит к диссонансу и формированию предрасположенности к патологии.

Таким образом, психологическое созревание является этапом завершённого системного формирования психики, в котором укрепляется интегративный уровень, формируется зрелая структура личности, устанавливается устойчивое функционирование когнитивных, эмоциональных и волевых процессов, а биография превращается в основание идентичности. Этот этап определяет дальнейшую устойчивость психической системы, её способность к адаптации, её сопротивляемость патологии и её внутреннюю свободную субъектность.

Дисгармонии развития

Дисгармонии развития представляют собой отклонения в становлении психической системы, при которых отдельные её уровни, подсистемы или связи созревают неравномерно, асинхронно или в противоречии друг с другом. Это не всегда означает патологию; напротив, большинство индивидуальных различий коренится именно в специфическом ритме и характере созревания психики. Однако определённая степень дисгармонии может становиться предпосылкой формирования различных психических расстройств, снижать адаптивность и приводить к хроническим нарушениям структуры личности.

В отличие от грубых задержек развития, дисгармонии не являются тотальными. Они локализованы в отдельных узлах структуры психической системы и проявляются преимущественно в виде рассогласования уровней и функций. Наиболее типичным является разрыв между зрелостью когнитивного уровня и незрелостью эмоционально-аффективного, что часто наблюдается у подростков и молодых взрослых. Человек может обладать вполне сформированными интеллектуальными способностями, способностью к абстрактному мышлению, рефлексии и сложным формам познания, однако оставаться эмоционально неустойчивым, импульсивным и неспособным к адекватной регуляции чувств. Подобная диспропорция приводит к тому, что когнитивные структуры не выполняют функцию интеграции, а наоборот — усиливают внутренний конфликт, делая эмоции более острыми и труднопереносимыми [1].

Другим распространённым типом дисгармонии является несоответствие между развитием волевой сферы и сложностью мотивационно-смысловых образований личности. У ряда людей формируется богатый внутренний мир, глубокие эмоции, широкий диапазон переживаний, многослойная система ценностей, однако способность к саморегуляции, к последовательному достижению целей и поддержанию поведения остаётся ограниченной. В результате возникает своеобразная «личностная хрупкость», при которой внутренняя насыщенность не находит устойчивого выражения во внешних действиях. Такая дисгармония может становиться основой зависимого, избегающе-амбивалентного или астенического типа личности, формируя соответствующую предрасположенность в рамках МКБ 10/11 [2].

Особое значение в структуре дисгармоний имеет разрыв между личностным уровнем и интегративным уровнем психики. Если структура «Я» остаётся слабой, неустойчивой или неоформленной, то даже достаточно развитые

эмоциональные, когнитивные и волевые процессы оказываются плохо организованными. Человек переживает множество внутренних импульсов, но не может собрать их в цельную систему. Это приводит к трудностям самоопределения, к колебаниям жизненных ориентиров, к нестабильности самооценки и невозможности принять устойчивую идентичность. Характерным примером является состояние «диффузии идентичности», описанное в клинической психологии, которое может становиться предпосылкой пограничных расстройств личности [3].

Важную роль в генезисе дисгармоний играют и биографические события. Психическую систему можно рассматривать как самоорганизующийся комплекс, нуждающийся в последовательности, поддержке и определённой степени предсказуемости внешней среды. Хаотичное или травматическое окружение в детстве приводит к тому, что отдельные компоненты психики созревают ускоренно, тогда как другие остаются задержанными. Например, дети из эмоционально неблагополучных семей часто проявляют преждевременную когнитивную зрелость — умение рационализировать, предугадывать, анализировать, — но остаются эмоционально незащищёнными, демонстрируя клинические признаки хронической тревоги, преобладание защитных механизмов и нарушения регуляторных функций.

Существуют формы дисгармоничного развития, обусловленные нейробиологическими факторами. При ряде органических состояний онтогенез психики идет по типу «мозаичности», что отмечалось отечественными психиатрами, описывавшими феноменологию задержек и искажений психического развития [4]. В таких случаях наблюдается фрагментарное развитие отдельных функций при относительной сохранности других, что приводит к выраженному расхождению между реальными возможностями человека и требованиями среды.

Дисгармонии развития оказывают влияние на межличностные отношения и социальное функционирование. Системная психика, созревающая равномерно, обеспечивает способность гибко адаптироваться к социальным нормам, устанавливать глубокие и устойчивые связи, выдерживать эмоциональные и когнитивные нагрузки. Дисгармоничная психика склонна к формированию защитных стратегий, направленных на компенсацию слабых звеньев: чрезмерная рационализация прикрывает слабую эмоциональную регуляцию, идеализация — внутреннюю пустоту, внешняя адаптивность — отсутствие устойчивого внутреннего центра. Такие стратегии нередко приводят к накоплению напряжения и усилению внутреннего конфликта, что в зрелом возрасте может служить основанием для формирования невротических, а затем и личностных расстройств.

Наконец, дисгармонии развития следует рассматривать в динамике. Они не являются статичными и могут компенсироваться при наличии благоприятных условий. Психическая система обладает пластичностью, позволяющей выравнять уровни, укреплять связи, развивать интегративные функции. Психотерапия, поддерживающая среда, осмысленный биографический опыт и постепенное становление субъектности способны корректировать дисгармоничное развитие, снижать риск патологических исходов и формировать более зрелую психическую структуру.

Дисгармонии развития, таким образом, представляют собой важнейший клинико-системный феномен, лежащий между нормой и патологией. Их понимание позволяет не только прогнозировать возможные направления формирования личностных и эмоциональных расстройств, но и разрабатывать методы ранней психопрофилактики, основанные на укреплении слабых уровней психики, гармонизации связей и поддержании интегративного уровня системы.

Список литературы

- [1] Выготский Л.С. Проблема возраста. — М.: Педагогика, 1984. — 256 с.
- [2] Леонгард К. Акцентуированные личности. — М.: Медицина, 1981. — 335 с.
- [3] Кернберг О. Пограничные расстройства личности и патологический нарциссизм. — М.: Класс, 2000. — 496 с.
- [4] Сухарева Г.Е. Клиническая психопатология детского возраста. — М.: Медицина, 1974. — 432 с.

Глава 11. Адаптация и стресс

Системные механизмы адаптации

Адаптация психической системы представляет собой сложный многоуровневый процесс, обеспечивающий согласование внутренних структур личности и внешних условий существования. В отличие от сугубо биологического понимания адаптации, в котором акцент делается на реакциях организма на нагрузку, адаптация психики является преимущественно системным процессом, охватывающим все уровни психической организации: от сенсорных реакций и эмоциональных ответов до когнитивных интерпретаций, личностных установок и интегративных форм самосознания. Именно эта многослойность придаёт психической адаптации особую гибкость, но одновременно делает её уязвимой перед перегрузками, внутренними конфликтами и длительными стрессовыми воздействиями [1].

В системном смысле адаптация представляет собой постоянное стремление психики поддерживать целостность, связность и внутренний баланс при изменении внешних условий. В каждый момент времени психическая система стремится к согласованию трёх ключевых параметров: уровня возбуждения, смыслового поля и структуры «Я». Если эти параметры приходят в несоответствие, запускаются адаптивные механизмы различной глубины, направленные на восстановление равновесия. Простейшие из них проявляются в виде элементарных эмоциональных или моторных реакций, более сложные — в перестройке когнитивных схем, стратегий поведения или в формировании новых личностных позиций.

Особую роль в адаптации играет эмоционально-аффективный уровень. Он обеспечивает первичное отражение значимости происходящего и формирует базу для более сложных адаптивных актов. Именно эмоции первыми реагируют на угрозу или изменение, после чего включаются когнитивные механизмы, призванные интерпретировать ситуацию, уточнить её смысл и предложить возможные стратегии реагирования. В этом смысле эмоции можно рассматривать как «пусковой механизм» адаптации, который активирует соответствующие подсистемы психической организации [2].

Следующий важный компонент адаптации связан с когнитивным уровнем, который обеспечивает осмысление происходящего, оценку обстоятельств, прогнозирование последствий и формирование моделей поведения. Когнитивные структуры играют ключевую роль в переработке стрессовой информации: они позволяют дифференцировать реальные угрозы от мнимых, выработать план действий и снизить эмоциональную нагрузку за счёт рационального структурирования опыта. При нарушении когнитивных функций адаптация становится фрагментарной, а стресс — дезорганизующим фактором.

Личностный уровень определяет устойчивые способы реагирования и характерные формы адаптивного поведения. Личность задаёт рамки интерпретации событий, определяет ценностные ориентиры и формирует

предпочтительные модели взаимодействия с окружающим миром. Например, тревожно-избегающая личность будет реагировать на стресс преимущественно стратегиями ухода, тогда как гипертимная — активным преодолением. Эти личностные фильтры оказывают значительное влияние на эффективность адаптации, поскольку определяют не только стиль поведения, но и саму архитектуру внутренних связей психической системы [3].

Интегративный уровень, связанный с функцией самосознания, выполняет контролирующую и объединяющую роль. Он обеспечивает рефлексивный контроль, позволяет осмысливать собственные переживания, корректировать стратегии реагирования и осознавать границы между внутренним и внешним. При стрессовых воздействиях именно интегративный уровень выступает главным фактором устойчивости, поскольку позволяет системе не распадаться на разрозненные реакции, а сохранять внутреннюю целостность. Клинические наблюдения показывают, что ослабление интегративного уровня является критическим фактором, повышающим риск развития психопатологических состояний, особенно при хронических стрессах [4].

Психическая адаптация включает в себя также механизмы компенсации и перестройки связей внутри системы. Если определённый уровень оказывается перегруженным или повреждённым, другие уровни могут временно брать на себя его функции. Это явление описывалось как в отечественной нейропсихологии, так и в клинической психиатрии, где выявлялись многочисленные примеры функциональных перестроек, направленных на восстановление устойчивости. Например, усиление рационализации у эмоционально ранимого человека представляет собой попытку компенсировать слабость аффективной регуляции за счёт когнитивного контроля. Подобные компенсаторные процессы являются неотъемлемой частью адаптации, хотя при их чрезмерности могут переходить в невротические или патологические формы.

Наконец, важнейшим компонентом адаптации является формирование и коррекция смыслов. Психика реагирует не столько на сами события, сколько на их значение, вписанное в индивидуальную биографию. Поэтому адаптация невозможна без участия смысловой организации личности. Именно здесь раскрывается уникальная роль памяти и биографии, которые задают контекст, определяют возможные интерпретации и обеспечивают непрерывность «истории Я». Таким образом, адаптация — это не только реакция на настоящее, но и активное соотнесение текущего опыта с прошлым и будущим, с внутренней системой ценностей, с представлением о себе и мире.

В совокупности эти механизмы создают сложную, динамичную и многоуровневую систему, обеспечивающую согласование психики с окружающей действительностью. Нарушение любого из них — эмоционального, когнитивного, личностного или интегративного — ведёт к снижению адаптационных возможностей, повышению уязвимости к стрессу и, в конечном счёте, к развитию психопатологических состояний.

Список литературы

- [1] Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979. — 123 с.
- [2] Изард К.Э. Психология эмоций. — СПб.: Питер, 2007. — 464 с.
- [3] Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. — М.: Академия, 2008. — 592 с.
- [4] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1962. — 512 с.

Перегрузки, истощение, срывы

Психическая адаптация, являясь внутренним механизмом поддержания системного равновесия, может оказываться под давлением нагрузок, превышающих функциональные возможности психики. В таких случаях система вступает в состояние напряжённой компенсации, которая при длительном воздействии или чрезмерной интенсивности стрессора начинает истощаться. Перегрузка психической системы отражает ту грань, на которой внутренние ресурсы перестают соответствовать требованиям внешней среды, и где адаптация становится неэффективной или деструктивной.

Перегрузка возникает тогда, когда объём поступающих стимулов, их интенсивность или значимость превышают возможности сенсорного, эмоционального, когнитивного и интегративного уровней переработки. На начальной стадии это проявляется как напряжение, мобилизация ресурсов, усиление контроля и рост активации. Однако психическая система не может пребывать в этом состоянии бесконечно. Постепенно мобилизационные механизмы начинают работать на пределе, что приводит к снижению гибкости, узости реакций, потере вариативности и переходу от творческого, открытого типа реагирования к ригидному и механическому. Именно эта ригидизация является одним из первых признаков перегрузки, поскольку указывает на уменьшение адаптивного диапазона системы [1].

Истощение является следующей фазой, характеризующейся постепенным истощением регуляторных ресурсов и разрушением согласованности между уровнями психики. Эмоционально-аффективный уровень становится лабильным, реакции — чрезмерными или, напротив, блокированными, когнитивная переработка теряет свою ясность и структуру. Для истощения характерно нарушение координации между эмоциональным и когнитивным уровнями: эмоции перестают соотноситься с реальностью, а мышление — выполнять интегрирующую функцию. Человек становится более уязвимым к вторичным стрессорам, усиливается субъективное чувство перегруженности, снижается способность к произвольной регуляции.

Личностный уровень в условиях истощения начинает проявлять эмоциональные и поведенческие реакции, которые ранее были характерны для более ранних этапов развития. Восстанавливаются примитивные формы защиты, усиливаются страхи, появляется склонность к избеганию или импульсивности. При хроническом истощении наблюдается ослабление личностного ядра, ухудшается чувство идентичности, возрастает внутренняя уязвимость. В клинической практике это часто проявляется развитием невротических расстройств, тревожно-

депрессивных состояний, снижением стрессоустойчивости и ухудшением способности к социальной адаптации [2].

Если истощение продолжается, психическая система достигает состояния срыва. Срыв представляет собой точку, в которой система временно или постоянно теряет способность поддерживать свою внутреннюю связность и целостность. Это не просто нарушение адаптации, а глубокая дезорганизация, которая может затрагивать все уровни — от аффективных реакций до интегративных механизмов сознания. Именно на уровне срыва возможны острые клинические манифестации: панические атаки, истерические эпизоды, депрессии с суицидальными тенденциями, обострения психотических процессов, расстройства поведения.

Срыв часто обусловлен не только интенсивностью стрессора, но и особенностями структуры психической системы. Системы с недостаточной интеграцией, слабой волевой регуляцией, неустойчивыми личностными структурами или нарушенной связностью между уровнями более уязвимы. Здесь проявляется клинический закон: психика, в которой связи уже ослаблены, легче разрушается под воздействием нагрузки, даже если сама нагрузка не является чрезмерной по абсолютным параметрам. В этом смысле срыв всегда отражает не только внешний фактор, но и специфическую внутреннюю архитектуру психики [3].

Особое значение имеет влияние хронических стрессов, которые действуют не одномоментно, а постепенно изменяют системную динамику. В условиях хронического напряжения психическая система вступает в фазу долговременной дезадаптации: постоянная гиперактивация эмоциональных центров нарушает когнитивный контроль, перерабатывает смысловые структуры, формирует устойчивую негативную модель мира. Такой паттерн соответствует системному феномену, описываемому как «адаптационная перестройка», при которой система начинает функционировать иначе, чем в состоянии нормы. Подобная перестройка встречается при профессиональном выгорании, хронических тревожных расстройствах, затяжных депрессиях. Клинически она сопровождается стойким снижением мотивации, нарушением когнитивной продуктивности, эмоциональной опустошенностью и утратой способности к восстановлению [4].

Переход адаптации в дезадаптацию всегда связан с нарушением интегративного уровня сознания. Когда сознание утрачивает способность удерживать единство восприятия, мышления, эмоций и действий, психическая система фрагментируется. Человек теряет способность к саморегуляции, становится заложником реакций, не осознаёт их происхождения, не может выстроить адекватную стратегию взаимодействия с миром. Нарушение интегративного уровня является тем предельным моментом, после которого адаптация перестаёт быть возможной: срыв становится клиническим фактом.

Таким образом, перегрузка, истощение и срыв — это не отдельные феномены, а последовательные стадии, отражающие прогрессирующее разрушение адаптационных механизмов психической системы. Их понимание имеет фундаментальное значение для клинической психиатрии, поскольку позволяет выстраивать индивидуализированные, системно ориентированные подходы к

диагностике, профилактике и терапии, учитывающие структуру и динамику психической системы каждого пациента.

Список литературы

- [1] Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979. — 123 с.
- [2] Немов Р.С. Психология. Кн. 1. — М.: Просвещение, 1994. — 368 с.
- [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [4] Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. — СПб.: Питер, 2004. — 352 с.

Психосоматические соответствия

Психосоматические соответствия представляют собой закономерные параллели между состоянием психической системы и функциональными изменениями в соматических структурах организма. Эти соответствия не являются прямой причинностью в узком биомедицинском смысле, а отражают системные механизмы, связывающие эмоционально-аффективные, когнитивные и регуляторные процессы с деятельностью внутренних органов, автономной нервной системы и иммунного ответа. В отличие от ранних психосоматических моделей, объяснявших соматические расстройства исключительно психологическими конфликтами, современный системный подход рассматривает психосоматику как проявление общей динамики целостного организма, в котором психика выступает неотъемлемым интегративным уровнем регуляции [1].

Психическая система, находящаяся под воздействием стресса, активирует комплекс биологических механизмов, направленных на обеспечение адаптации. Они включают в себя гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, симпатическую нервную систему, регуляцию сердечно-сосудистого тонуса, модуляцию иммунной активности. Эти механизмы, являясь биологическим фундаментом адаптации, одновременно оказываются чувствительными к эмоциональному напряжению, когнитивным интерпретациям стрессора, структуре личности и способности сознания интегрировать переживаемое. Таким образом, психосоматические реакции являются не побочными эффектами, а внутренними проявлениями общей системной организации.

Хронический стресс нарушает согласованность между психическими уровнями и биологическими механизмами регуляции. Эмоционально-аффективный уровень, находящийся в состоянии длительной гиперактивации, поддерживает постоянное возбуждение симпатической нервной системы, что приводит к устойчивому повышению уровня адреналина и кортизола. Эти гормональные изменения постепенно перестраивают функционирование сердечно-сосудистой и эндокринной систем, формируя предрасположенность к гипертонии, нарушениям сердечного ритма, метаболическим дисфункциям. В этом смысле психосоматические расстройства являются формой адаптационной перестройки, в которой соматические проявления становятся частью долговременной реактивности системы [2].

Особенно значимую роль играют когнитивные процессы — интерпретации, оценка значимости событий, субъективное восприятие угрозы. Они определяют характер стрессового ответа и его интенсивность. Негативная когнитивная схема, склонность к катастрофизации или фиксации на телесных ощущениях усиливает соматические реакции, тогда как способность к рефлексии, саморегуляции и когнитивной переработке снижает их выраженность. Таким образом, когнитивный уровень выступает посредником между эмоциональной реакцией и соматическим ответом, формируя ту структуру, в которой психосоматические симптомы возникают, закрепляются или исчезают.

Личностный уровень играет определяющую роль в устойчивых психосоматических соответствиях. Исследования показали, что такие личностные особенности, как перфекционизм, ригидность, гиперответственность, склонность к подавлению эмоций, формируют характерный психосоматический профиль. Эти особенности ведут к хронической внутренней напряжённости, ограничению эмоциональной разрядки, блокированию аффективных процессов. В таких условиях соматическая система начинает выполнять функцию компенсации, выражая напряжение через телесные структуры. Клинически это проявляется в форме гипертонической болезни, язвенной болезни, бронхиальной астмы, функциональных кишечных расстройств и других состояний, описанных в классических психосоматических исследованиях [3].

Особое место занимает роль интегративного уровня сознания, который связывает различные компоненты психической системы в единое целое. Когда интегративный уровень нарушен, возникает феномен «психической диссоциации», при котором эмоциональные или когнитивные процессы перестают находить выражение в осознанной форме и переключаются на соматический канал. Человек перестаёт понимать свои переживания, но продолжает их чувствовать телесно. Это состояние лежит в основе алекситимии, являющейся ключевым фактором психосоматогенеза. Алекситимический субъект, испытывая напряжённость, не способен осознать свой эмоциональный конфликт и выразить его словесно, вследствие чего организм начинает реагировать телесными симптомами, которые становятся единственным доступным способом выражения аффекта [4].

Психосоматические соответствия также демонстрируют значительную зависимость от биографического опыта. Травмы детства, хронические эмоциональные дефициты, модели семейных взаимодействий и пережитые стрессовые ситуации формируют устойчивые пути реагирования, закреплённые в памяти. Эти пути становятся predispositionами для соматических проявлений, особенно в условиях повторяющихся стрессовых воздействий. Таким образом, психосоматические расстройства являются не только реакцией на актуальное состояние, но и выражением всей истории психической системы, отражённой в памяти и структуре личности.

Системное понимание психосоматики позволяет рассматривать соматические проявления как закономерный продукт взаимодействия всех уровней психики. Соматические симптомы являются частью общей динамики и не могут

быть поняты вне контекста личностной структуры, эмоционального состояния, когнитивных процессов и биографического опыта. В этом состоит принципиальное отличие системной психосоматической модели от редукционистских подходов: она подчеркивает, что психика и тело образуют единый комплекс, в котором процессы взаимно обусловлены и взаимно регулируются. Развитие психосоматической симптоматики — это не случайность, а проявление системного закона: любое нарушение в одном уровне приводит к изменению функционирования всей системы.

Список литературы

- [1] Александров Ю.И. Психосоматические связи: нейронные механизмы и психическая деятельность. — СПб.: Питер, 2015. — 288 с.
- [2] Судаков К.В. Системные механизмы стресса. — М.: Медицина, 2007. — 384 с.
- [3] Яхин К.К., Менделевич В.Д. Психосоматическая медицина. — Казань: Медицина, 2003. — 412 с.
- [4] Неменский Л.М. Алекситимия и психосоматика. — М.: Институт психологии РАН, 2012. — 256 с.

Глава 12. Нарушения психической системы: клинико-системный анализ

Дефект уровня

1. Дефект уровня: клинический аспект

Клиническое понимание дефекта уровня традиционно формировалось в русской психиатрической школе задолго до возникновения системного подхода, однако фактически описывало именно иерархическую структуру психики. Уже у Снежневского, Кербикова, Виноградова и позднее у Нуллера последовательно прослеживается идея о том, что психические симптомы и синдромы возникают не только как качественные нарушения отдельных функций, но и как выпадение или грубое ослабление определённых уровней организации психической деятельности [1]. Тем не менее, отсутствие теоретической модели психики как системы не позволяло видеть эти нарушения как последовательные и закономерные структурные дефекты; они рассматривались преимущественно как феноменология болезни. В рамках настоящей монографии дефект уровня понимается как частичное или полное нарушение функционирования конкретного уровня психической системы, приводящее к невозможности выполнения им своих типичных задач и порождающее каскадные вторичные нарушения на смежных уровнях.

Клиническая традиция различает дефекты количественного и качественного порядка. Количественный аспект проявляется в снижении активности уровня — например, при депрессивной заторможенности, астеническом истощении или алгической фиксации внимания. Качественный аспект выражается в изменении структуры уровня — так, при шизофренической патологии когнитивный уровень утрачивает внутреннюю логическую организованность, что ведёт к дезинтеграции мышления вплоть до паралогии и разорванности. Однако системная модель обнаруживает, что эти качественные нарушения представляют собой фактически формы дефекта уровня, при которых сам уровень утрачивает способность производить согласованные и интегрируемые системные результаты.

В клиническом плане дефект уровня наиболее отчётливо проявляется в тех случаях, когда ослабление одной функциональной зоны приводит к формированию характерного синдромального рисунка. Например, при поражении сенсорного уровня (органические поражения коры, интоксикации, эпилепсия) возникают расстройства восприятия — от гиперпатии и сенестопатий до истинных галлюцинаций и дереализационных явлений. Эти феномены описаны как нарушения перцептивной обработки, но в системной перспективе они отражают несостоятельность нижнего уровня в обеспечении достоверности данных, на основе которых строится вся надстройка психической организации.

При дефекте эмоционально-аффективного уровня клиническая картина определяется утратой тонуса аффективной регуляции. Депрессивные состояния представляют собой не просто снижение настроения, а глубокую ослабленность

аффективного уровня, что приводит к невозможности обеспечения мотивационно-волевых процессов энергией и побуждением. В маниакальных состояниях наблюдается противоположный феномен — патологическое усиление данного уровня, которое также является формой дефекта, но уже по типу гиперфункции. Таким образом, дефект уровня может проявляться и как недостаточность, и как чрезмерность, что особенно соответствует классическим представлениям о фазовых аффективных расстройствах [2].

Дефект мотивационно-волевого уровня клинически проявляется апатико-абулическими состояниями, снижением побуждений, потерей автономной активности. При этом когнитивные функции могут оставаться относительно сохраненными, однако их результат становится оторванным от поведения. Пациент способен рассуждать, но не способен действовать; способен понимать, но не способен реализовывать понимание. Это один из наиболее точных примеров дефекта уровня: нарушение мотивационно-волевой подсистемы приводит к диссоциации между надлежащим функционированием когниций и реальным поведением.

Когнитивный уровень является наиболее сложным для клинической диагностики дефектов, поскольку его нарушения пересекаются с мнемическими, аффективными и личностными расстройствами. Тем не менее, классическая психопатология выделяет ряд состояний, где дефект когнитивного уровня является центральным механизмом. Это прежде всего шизофренические расстройства, в которых мышление утрачивает способность к целенаправленности, последовательности и критической саморегуляции [3]. Эти нарушения традиционно описывались как расстройства мышления, однако с системной позиции представляют собой недостаточность уровня, обеспечивающего весь процесс обработки, интеграции и трансформации информации.

Дефект мнемического уровня проявляется более очевидно: амнестические синдромы, фиксационная амнезия, прогрессирующие формы органической деградации. Тем не менее, и в этих случаях клиническая традиция фиксировала феномены, не имея общей системной модели: например, при болезни Альцгеймера нарушаются не только память и обучение, но постепенно — вся когнитивная интеграция. Дефект уровня памяти запускает каскад нарушений всей психической системы, поскольку мнемический уровень является хранителем временной структуры субъективного опыта.

Личностный уровень в клинике проявляет дефект через деформацию устойчивых установок, ценностно-нормативных структур и механизмов социального взаимодействия. Расстройства личности, особенно пограничные и диссоциальные формы, демонстрируют дефект личностного уровня как отсутствие внутренне согласованной системы регуляции поведения. Это не столько эмоциональная нестабильность, сколько структурная недостаточность уровня, ответственного за формирование стабильного «Я» и его жизненных координат [4].

Дефект сознательного уровня описан преимущественно в неврологии и клинической психиатрии: делирий, аменция, оглушение, сумеречные состояния. Однако во всех этих состояниях присутствует ключевой признак дефекта уровня:

нарушается способность системы поддерживать целостное поле субъективности. Сознание перестаёт быть интегратором, что приводит к распаду внимания, фрагментации восприятия, утрате самотождественности.

Наконец, дефект интегративного уровня — наиболее глубокая форма патологии, проявляющаяся в тяжёлых психозах, кататонических состояниях, глубокой шизофренической дезинтеграции. Это не просто нарушение отдельных функций, а структурный распад связей между уровнями, при котором система теряет способность к целостности. В таких состояниях симптомы разных уровней становятся взаимно несогласованными, возникает феноменологический «хаос», который К. Ясперс описывал как «непонятное» в психопатологии [5].

Клинический дефект уровня, таким образом, всегда проявляет себя не только на уровне отдельных симптомов, но как своеобразная форма структурного обрушения или недоразвития определённого пласта психической организации. Именно поэтому одно и то же заболевание — например, психотическое расстройство — может иметь различные клинические профили в зависимости от того, какой уровень психики оказался поражён первично. Это объясняет феномен полиморфизма, на который указывали классические авторы, и создаёт возможность системного объяснения различий между типами течения, синдромами и вариантами клинической картины.

II. Дефект уровня: системный аспект

Системный анализ дефекта уровня позволяет выйти за границы описательной психопатологии и рассмотреть нарушения не как набор феноменов, а как структурные изменения в самой архитектуре психической системы. Если клинический взгляд фиксирует прежде всего феноменологию — симптомы, синдромы, динамику течения, — то системный подход выявляет те механизмы, которые обеспечивают стабильность уровня в норме и нарушаются в патологии. Это делает дефект уровня не просто частью болезненного процесса, но внутренним параметром работы системы, аналогичным сбою в модуле сложной многослойной структуры.

Психическая система обладает вертикальной организацией уровней, каждый из которых выполняет собственную задачу, создаёт собственный тип данных и передаёт его в надлежащие сферы. В норме каждый уровень является устойчивым образовательно-функциональным блоком, характеризующимся относительной автономностью и одновременно открытостью для влияний сверху и снизу. Дефект уровня возникает тогда, когда эта автономность нарушается, и уровень перестаёт выполнять свои функции либо выполняет их в искажённом виде. Системно это означает потерю уровня как надёжного узла в цепочке обработки, интеграции и регуляции психических процессов.

Системное значение дефекта уровня определяется тремя ключевыми характеристиками. Во-первых, любая неспособность уровня к саморегуляции автоматически приводит к перераспределению нагрузки на соседние уровни. Например, при снижении эффективности аффективного уровня функции

эмоциональной стабилизации переходят на личностный или когнитивный уровень, что приводит к гиперрационализации или к попыткам компенсировать аффективный вакуум через сверхценные убеждения. Подобные перераспределения создают специфические клинико-системные профили, которые ошибочно воспринимаются как первичные симптомы той или иной болезни.

Во-вторых, дефект уровня разрушает вертикальные связи, обеспечивающие целостность системы. В системной модели психики вертикальные связи — это механизмы, через которые уровни передают друг другу параметры возбуждения, значения, мотивационные импульсы, когнитивные модели, способы интерпретации событий. Дефект уровня делает эти связи асимметричными или нестабильными. Если, например, когнитивный уровень утрачивает способность к интеграции поступающих данных, личностный уровень начинает функционировать на основе обрывочных, фрагментарных структур. Это объясняет не только возникновение бреда, но и его устойчивость: личностный уровень фиксирует дефект когниции в виде новой структуры, которую затем невозможно изменить, поскольку её источник — уровень, утративший способность к переработке.

В-третьих, дефект уровня влияет на системные круги обратной связи, которые обеспечивают способность психики адаптироваться, корректировать ошибки и возвращаться к устойчивому функционированию. Каждому уровню соответствует свой тип обратной связи: сенсорный уровень регулируется через соответствие внешним стимулам, аффективный — через биоритмическую и гомеостатическую саморегуляцию, когнитивный — через коррекцию ошибок и проверку гипотез, личностный — через социальное подтверждение и саморефлексию. Дефект уровня нарушает работу этих контуров. Например, при маниакальном состоянии нарушается аффективно-гомеостатическая обратная связь: система перестаёт получать корректирующие сигналы о чрезмерной активации, и уровень начинает существовать автономно, вне регулирующего воздействия других уровней. Это объясняет парадокс мании: она не корректируется ни внешними обстоятельствами, ни внутренней логикой функционирования системы, поскольку сам уровень, нуждающийся в коррекции, потерял способность её воспринимать.

Особое значение имеет понятие системной уязвимости. Каждый уровень имеет собственную точку биологической и функциональной хрупкости, и дефект уровня возникает именно в тех областях, где напряжение превышает адаптационные возможности. В системной психиатрии эта уязвимость становится аналогом биологического риска, но переносится с генетики и физиологии на саму структуру психики. Например, личностный уровень уязвим к травматическим событиям ранней жизни, а когнитивный — к дисбалансам передачи информации, вызванным органическими нарушениями. Сенсорный уровень более чувствителен к токсическим воздействиям и epileptogenic раздражению, а аффективный — к циклическим и сезонным колебаниям биоритмов. Дефект уровня возникает там, где нагрузка на точку уязвимости превышает возможности компенсации.

Системная картина делает понятным феномен, хорошо известный в клинике: при ухудшении какого-либо уровня соседние уровни начинают проявлять компенсаторные, но патологические формы активности. Так, при сниженной активности мотивационно-волевого уровня личностный уровень может формировать сверхконтроль, ригидные нормы и чрезмерное самонаблюдение. Когнитивный уровень в таких случаях начинает работать в режиме гиперрефлексии, создавая иллюзию усиленной интеллектуальной деятельности. Но эта активность не только не компенсирует дефект, а, напротив, формирует вторичные нарушения, усиливая дисбаланс системы.

Таким образом, системный аспект дефекта уровня проявляется в том, что нарушение одного уровня нарушает работу всей структуры, создаёт паттерны перераспределения функций, искажает работу вертикальных связей и ломает механизмы обратной связи. Психическая система перестаёт быть иерархически организованной; вместо этого возникает патологическая конфигурация, в которой одни уровни становятся гиперактивными, другие — гипоактивными, а связи между ними не обеспечивают согласованной динамики. Именно эта потеря согласованности является системной сущностью дефекта уровня и фундаментальным механизмом формирования психопатологии.

III. Интегрированная модель дефекта уровня

Интегрированная модель дефекта уровня позволяет рассматривать патологические процессы не как единичные сбои, а как сложные структурные изменения, затрагивающие всю вертикаль психической системы. В традиционной психопатологии дефект уровня обычно описывается через клинические симптомы — нарушение восприятия, снижение когнитивной активности, аффективное уплощение или распад волевой регуляции. Однако с системной точки зрения эти феномены отражают не просто повреждение конкретной функции, а потерю способности уровня участвовать в общей динамике психики, его выпадение из структуры взаимных влияний и регуляций, что делает симптом лишь внешним проявлением глубокой системной деформации.

В интегрированной модели учитывается, что каждый уровень психической системы обладает тремя фундаментальными свойствами: автономностью, интегрированностью и адаптивностью. Автономность позволяет уровню выполнять свои функции независимо от колебаний соседних уровней. Интегрированность обеспечивает включённость уровня в вертикальные и горизонтальные связи. Адаптивность создаёт возможность изменения функционирования уровня в зависимости от внутренних и внешних требований. При дефекте уровня нарушается сразу несколько из этих характеристик, что делает патологию многообразной и полисистемной. Не существует изолированных дефектов: нарушение автономности неминуемо приводит к нарушению интегрированности, а снижение адаптивности — к утрате способности уровня поддерживать системное равновесие.

Интегрированная модель также предполагает, что уровни психики взаимосвязаны не линейно, а сетью взаимных регуляций, каждая из которых может компенсировать или усугублять дефект. Например, когнитивный уровень способен на некоторое время поддерживать функционирование аффективного уровня, формируя рациональные интерпретации событий и стабилизируя эмоциональный фон. Однако при глубоком аффективном дефекте когнитивная компенсация становится невозможной, и тогда когнитивный уровень начинает продуцировать патологические структуры — бредовые объяснения, катастрофические интерпретации или псевдовольевые построения. Это показывает, что адаптивная перестройка системы имеет свои пределы, и выход уровня из строя становится причиной вторичных, но закономерных системных нарушений.

Важное место в интегрированной модели занимает понятие системного резонанса. Это феномен, при котором дефект одного уровня вызывает цепную нестабильность в других уровнях, формируя патологическую динамическую конфигурацию. Например, при дефекте сенсорного уровня, как это бывает при органических галлюцинозах, информационный поток становится хаотичным, что приводит к перегрузке когнитивного уровня, который пытается упорядочить неупорядочиваемое. Это вызывает бредовые интерпретации, которые затем фиксируются личностным уровнем как новая ось значений. Таким образом, дефект низшего уровня создаёт каскад нарушений по всей вертикали системы, а итоговое состояние определяется не только первичным дефектом, но и той конфигурацией, в которую перестраивается система под его воздействием.

Интегрированная модель позволяет также объяснить, почему в клинике наблюдаются стойкие структурные изменения психики, которые сохраняются даже после устранения первичного фактора. Системная инерция — важнейшее свойство психической системы — объясняет, что после длительного функционирования в условиях дефекта уровень перестаёт возвращаться к нормальному состоянию, поскольку новые связи, возникшие в ходе адаптации, стабилизируются как патологическая структура. Это особенно заметно при хронических психозах: когнитивные и личностные системы уже не возвращаются в нормальное состояние, потому что образовали стойкие патологические связи, в которых дефект уровня функционирует как часть новой системы, а не как временное нарушение.

Интегрированная модель также делает понятным феномен скрытых дефектов. В клинике нередко наблюдают ситуации, когда уровень функционирует формально удовлетворительно, но при нагрузке становится неспособным поддерживать системную стабильность. Такие скрытые дефекты связаны с тем, что обратные связи уровня работают ограниченно: уровень способен поддерживать равновесие в условиях низкой сложности, но разрушает систему при повышении требований. Это объясняет внезапные декомпенсации при неврозах, срывы при пограничных расстройствах и быстрый переход от стабильности к кризису при личностной патологии.

В целом интегрированная модель дефекта уровня показывает, что каждый дефект — это не «поломка функции», а изменение системных взаимосвязей. Психическая система теряет способность перераспределять нагрузку, поддерживать

вертикальную связанность и обеспечивать внутреннее равновесие. Дефект уровня приводит к формированию патологической системы, в которой новые связи стабилизируют ненормальное состояние, делая его устойчивым и малодоступным для терапевтического воздействия.

Именно поэтому системная психиатрия требует перехода от симптомно-центричного к структурно-динамическому мышлению, где задача врача состоит не в устранении отдельных симптомов, а в восстановлении системной архитектуры психики, её уровней и связей. Такое понимание дефекта уровня открывает путь к новому типу диагностики и к новым клиническим стратегиям — тем, что будут подробно рассмотрены в последующих главах книги.

IV. Клинические примеры дефекта уровня

Клинические проявления дефекта уровня многогранны, и их истинная природа становится ясной только тогда, когда наблюдаемые симптомы рассматриваются через призму системной организации психики. В традиционной психиатрии дефект уровня фиксируется скорее как нарушение отдельной функции: галлюцинации — как сбой восприятия, бред — как нарушение мышления, эмоциональная тупость — как дефицит аффекта. Однако системная модель позволяет увидеть, что эти феномены являются не просто нарушениями отдельных психических модальностей, а выражением системного сбоя уровня, который перестал выполнять свою роль в общей архитектуре психики.

Рассмотрим несколько типовых клинических конфигураций, каждая из которых иллюстрирует определённый тип дефекта уровня и характер системных последствий.

✓ Дефект сенсорного уровня: органический галлюциноз

В классическом органическом галлюцинозе восприятие теряет способность фильтровать и согласовывать сенсорные данные, в результате чего сенсорный уровень создаёт собственный поток образов, не соотнесённых с реальностью. Этот феномен нельзя сводить к «ложным восприятиям»: он отражает распад той части психической системы, которая отвечает за первичное упорядочивание входящих сигналов. Нарушение сенсорного уровня приводит к тому, что когнитивный уровень вынужден интерпретировать хаотический поток сигналов, формируя вторичные патологические конструкции. Так появляются бредовые объяснения, которые не являются первичным дефектом, а представляют собой попытку когнитивной подсистемы придать смысл аномальной сенсорике.

Системная модель демонстрирует, что в подобных случаях именно сенсорный уровень является первичным очагом дефекта, тогда как бред — это вторичная реакция более высоких уровней, вовлекаемых в процесс стабилизации системы. Такое понимание объясняет устойчивость патологических интерпретаций даже после редукции галлюцинаций: когнитивный уровень успел перестроиться, образовав новые патологические связи, что делает необходимым не

только купирование сенсорных феноменов, но и восстановление когнитивной архитектуры.

✓ Дефект эмоционально-аффективного уровня: эндогенная депрессия

В эндогенной депрессии центральным является дефицит эмоционального уровня, который утрачивает способность генерировать аффективный тонус, необходимый для функционирования всей системы. Аффективный уровень перестаёт выполнять роль посредника между внешними воздействиями и внутренней регуляцией, что приводит к своеобразному "обесточиванию" психики. Когнитивный уровень оказывается в условиях отсутствия эмоциональной обратной связи, что приводит к формированию специфической структуры мышления: ригидной, замедленной, с тенденцией к фиксированным негативным интерпретациям. Таким образом, когнитивные симптомы депрессии — не самостоятельное нарушение, а следствие поломки эмоционального уровня.

Системная модель позволяет понять, почему при тяжёлой депрессии возникают соматические и вегетативные нарушения: аффективный уровень является ключевым компонентом межсистемных связей между психикой и телесными регуляторами. Дефект уровня вызывает снижение активности интегративной системы, что проявляется в нарушении сна, снижении аппетита, эндокринных изменениях. Поэтому депрессия в системном смысле — это не «расстройство настроения», а многоуровневая дезинтеграция с первичным узловым дефектом.

✓ Дефект когнитивного уровня: шизофренический мыслительный распад

В случаях шизофренического процесса когнитивный уровень теряет способность выполнять функции объединения, фильтрации и структурирования данных, что приводит к распаду мышления, ассоциативной разорванности и появлению феноменов «разрыхления» когнитивных связей. В системной перспективе это означает, что уровень перестаёт функционировать как центр смыслообразования. Личностный уровень лишается поддерживающей структуры, что приводит к вторичной деформации «Я», утрате границ, ослаблению саморефлексии.

Важно, что системная модель объясняет, почему в шизофрении наблюдаются нарушения сразу нескольких психических сфер: дефект когнитивного уровня приводит к невозможности удерживать связь между уровнями, и система распадается на автономные фрагменты, каждый из которых функционирует независимо. Так возникают феномены психической автоматизации, нарушенные чувства авторства, ощущение воздействия, «вкладывание» мыслей. Эти явления не могут быть поняты вне системной логики, поскольку являются прямым следствием утраты когнитивного уровня способности координировать вертикальные связи.

✓ Дефект личностного уровня: расстройства личности

При личностных расстройствах дефект уровня проявляется в виде недостаточности той подсистемы, которая отвечает за устойчивость внутренней

структуры «Я», за самоотнесение и регуляцию поведения. Системная модель позволяет увидеть, что личностный уровень играет роль «центра тяжести» психической системы, и его дефект приводит к нестабильности всей структуры, включая эмоциональный, волевой и когнитивный уровни. Например, при пограничном расстройстве личности эмоциональный уровень становится непредсказуемым, поскольку лишён личностной регуляции; когнитивный уровень утрачивает способность к устойчивому самовосприятию; волевой уровень становится реактивным и импульсивным.

Такая конфигурация объясняет, почему классическая симптоматическая терапия часто оказывается недостаточной: личностный уровень является узловым, и его дефект требует реструктуризации, а не устранения отдельных симптомов. Системная логика показывает, что личностное расстройство — это нарушение архитектуры всей системы с первичным узловым дефектом центра.

V. Диагностические критерии дефекта уровня в системной психиатрии

Диагностика дефекта уровня в рамках системной модели психической организации требует отхода от традиционной нозологической логики, ориентированной преимущественно на феноменологию отдельных симптомов. В отличие от этого подхода, системная психиатрия рассматривает нарушение уровня как структурный сбой в определённой части психической системы, приводящий к цепи вторичных изменений на смежных уровнях и в межуровневых связях. Поэтому диагностические критерии должны фиксировать не только непосредственное качество симптомов, но и характер их распространения, иерархию, динамику и степень вовлечения структуры «Я».

Ключевым принципом диагностики дефекта уровня является анализ системной несостоятельности. Симптомы рассматриваются в качестве проявления дефицита той подсистемы, которая перестала выполнять свою функцию, тогда как вторичные нарушения трактуются как компенсаторные или реактивные. Это позволяет отличить, например, когнитивный дефект от псевдокогнитивных нарушений, возникающих при эмоциональных или личностных расстройствах. Таким образом, диагностика дефекта уровня требует комплексной оценки функционирования всей системы, а не отдельной функции.

Для выявления дефекта уровня необходимо учитывать несколько характеристик: степень автономности симптомов, глубина нарушения, характер связи симптомов с системными процессами, а также устойчивость и специфичность проявлений. Дефект уровня всегда демонстрирует признаки первичности: симптомы носят автономный характер, обнаруживаются вне зависимости от контекста и не редуцируются под влиянием мотивационных, эмоциональных или социальных факторов. Они обладают внутренней логикой, которая определяется не личностью, а разрушением конкретной психической подсистемы. Это позволяет проводить различие между симптомами уровня и симптомами, возникающими в рамках нарушения связей.

Второй диагностический признак заключается в утрате функциональной целостности уровня, проявляющейся в виде недоступности определённых психических операций. Например, при дефекте когнитивного уровня пациент утрачивает способность к логической координации мыслей независимо от настроения, желания или контекста ситуации. При дефекте эмоционального уровня способность к переживанию аффекта оказывается фундаментально нарушенной и не может быть восстановлена усилием воли или логической коррекцией. При сенсорном дефекте пациент воспринимает галлюцинаторные стимулы как позицию реальности, поскольку сенсорный уровень утратил функцию первичной фильтрации. Этот критерий отличает дефект уровня от функциональных нарушений, при которых структура остаётся сохранной, а нарушения обусловлены перегрузкой или дисбалансом.

Третьим диагностическим критерием является влияние дефекта на вертикальные и горизонтальные связи внутри системы. Нарушение уровня вызывает «провал» в цепочке психических процессов, что проявляется в дисфункциях других уровней, находящихся выше или ниже поражённого участка. Например, дефект эмоционального уровня приводит к вторичной когнитивной ригидности, поскольку когнитивные операции требуют эмоциональной модуляции. Дефект когнитивного уровня вызывает дерализацию и изменение качества самосознания, поскольку сознательный уровень лишается связующего каркаса. Это позволяет диагностировать локализацию дефекта по характеру межуровневых нарушений и видеть в клинической картине структурную логику, а не совокупность несвязанных симптомов.

Четвёртый критерий связан с устойчивостью нарушений во времени. Дефект уровня имеет тенденцию к стабильности, поскольку является структурным нарушением системы. Его интенсивность может изменяться, но качество остаётся неизменным. Это отличает дефект уровня, например, от симптоматики тревоги, которая может иметь выраженные колебания и зависимость от внешних обстоятельств. При дефекте уровня колебания проявлений не меняют самой структуры нарушения: галлюцинаторный опыт, когнитивный распад или аффективное обеднение сохраняют свою первичную форму. Таким образом, временная стабильность симптоматического ядра служит важным диагностическим маркером.

Пятый критерий касается вовлечения структуры «Я». Поражение уровня всегда отражается на самосознании, поскольку нарушает привычный маршрут интеграции психических сигналов. При дефекте когнитивного уровня нарушается способность к смысловой саморефлексии; при дефекте эмоционального уровня «Я» обнаруживает себя пустым, отчуждённым, лишённым эмоциональной окраски; при сенсорном дефекте «Я» оказывается втянутым в галлюцинаторную реальность. В каждом случае структура «Я» испытывает давление дефекта, поскольку перестраивается в условиях нарушенной системной архитектуры. Этот критерий позволяет отличать дефект уровня от поверхностных или ситуационных симптомов, которые не затрагивают основу самосознания.

Диагностика дефекта уровня в системной психиатрии предполагает также обязательное сопоставление клинических данных с нейропсихологическими и инструментальными методами. Дефект уровня нередко имеет объективные корреляты в виде функциональных изменений на уровне нервной системы, что позволяет уточнить глубину и локализацию нарушения. Однако системная модель предостерегает от прямого отождествления психического уровня с нейронным субстратом: соответствие является функциональным, а не анатомическим. Психический уровень может быть нарушен без видимого органического поражения, если системные связи оказываются дестабилизированными, например, при шизофреническом процессе или тяжёлых личностных расстройствах.

В совокупности перечисленные критерии формируют основу диагностического алгоритма, позволяющего выявлять дефект уровня как системное нарушение. Диагностика основывается не на феноменологии, а на понимании того, какая часть психической системы утратила свою функциональную состоятельность, как это отражается на связи уровней, и каким образом проявления заболевания формируют структуру клинической картины. Такой подход обеспечивает качественно новую точность диагностики, поскольку позволяет обнаруживать первичный очаг нарушения, а не бороться с его вторичными следствиями.

VI. Разграничение дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции

Различение дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции является ключевой методологической задачей системной психиатрии. Традиционная нозологическая модель описывает расстройства как совокупность симптомов, но не фиксирует структурную логику их возникновения. Это приводит к смешению различных типов нарушений, когда одинаковые феноменологические признаки трактуются как одно и то же состояние, несмотря на их принципиально разную природу. Системная модель позволяет устранить это смешение, анализируя не просто симптомы, а место происхождения дефекта в архитектуре психической системы.

Дефект уровня представляет собой первичное нарушение одной из подсистем психики, что приводит к выпадению специфической функции. Дефект связи, напротив, нарушает передачу, координацию и трансформацию информации между уровнями, сохранив при этом их базовую структуру. Дефект интеграции относится к феномену, при котором рушится способность системы объединять результат работы отдельных уровней в единое поле сознания или «Я». Поэтому разграничение этих дефектов требует анализа направленности нарушения, его глубины, устойчивости, а также характера изменений, наблюдаемых в связях между уровнями.

Основное отличие дефекта уровня заключается в первичной несостоятельности определённой подсистемы. При дефекте связи уровень сохраняет способность функционировать, но утрачивает способность координироваться с другими уровнями, из-за чего возникают феномены разорванности, несогласованности и дискоординации. Например, при шизофреническом процессе дефект связи

приводит к утрате функционального сцепления между когнитивными и аффективными компонентами мышления, в результате чего логическая структура остаётся частично сохранной, но эмоциональная модуляция теряется, что проявляется в виде резонёрства или «бессодержательного многословия». При этом сами когнитивные операции не разрушены полностью, как при дефекте уровня.

Дефект интеграции имеет более глобальный характер. Он касается не отдельных подсистем, а механизма, который объединяет их работу. Интегративный уровень обеспечивает чувственное единство, временную протяжённость, личностную значимость и направленность субъективного поля сознания. При дефекте интеграции нарушается способность психики удерживать целостность опыта, что приводит к состояниям распада самосознания, глубокой деперсонализации, дефрагментации психической активности или утрате способности к произвольному построению внутреннего мира. В отличие от дефекта уровня и дефекта связи, нарушение интеграции является тотальным и затрагивает всю систему сразу.

Разграничение этих типов дефектов особенно важно в связи с тем, что их феноменология может быть схожей. Например, нарушение мышления может быть следствием дефекта уровня (когнитивная несостоятельность при органическом поражении), дефекта связи (разорванность мышления при шизофрении) или дефекта интеграции (распад структур сознания при тяжёлой эндогенной катастрофе). В каждом случае наблюдаются нарушения логики, последовательности или целостности мышления, однако они имеют различные механизмы возникновения. Поэтому клиницист должен уметь выделять именно системную природу нарушений, а не ограничиваться фенотипическими описаниями.

Ключевым критерием разграничения является характер устойчивости нарушения. Дефект уровня проявляет высокую стабильность, поскольку связан с уничтожением или радикальным изменением конкретной функции. Дефект связи характеризуется неустойчивыми, «скользящими» проявлениями, поскольку проблема заключается в связи между уровнями: иногда она активируется, иногда нарушается. Это объясняет непостоянство симптомов, наблюдаемое при шизофрении, пограничных состояниях и некоторых диссоциативных расстройствах. Дефект интеграции отличается тотальной устойчивостью и глобальностью: он захватывает всю психическую систему, лишая её способности к объединению частей в целое.

Ещё одним отличительным признаком является характер влияния дефекта на структуру «Я». При дефекте уровня «Я» пытается адаптироваться к выпадению функции и строит компенсаторные формы поведения. При дефекте связи «Я» испытывает дискоординацию и ощущение внутренней хаотичности. При дефекте интеграции «Я» теряет свою целостность, превращается в множество фрагментов или ослабевает до состояния «пустоты». Эти различия имеют принципиальное значение для клинической диагностики, поскольку позволяют определить тяжесть и направление системного повреждения.

Разграничение трёх типов дефектов также важно для планирования терапии. При дефекте уровня восстановление соответствующей функции может

потребовать фармакологического или нейропсихологического воздействия. При дефекте связи приоритетом становится восстановление координации между уровнями через психотерапевтические и структурные методы работы. При дефекте интеграции первостепенной задачей является формирование новой архитектуры самосознания, использование методов, позволяющих пациенту «собрать себя», таких как феноменологически ориентированная терапия, глубинная работа с телом, восстановление временной и аффективной непрерывности опыта.

Таким образом, методологическое разведение дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции позволяет создать максимально точную систему клинического анализа, выходящую за рамки классических нозологических категорий. Системный подход обеспечивает не только описание симптомов, но и выявление их структурного происхождения. Это позволяет видеть внутреннюю логику расстройства, понимать, какую часть системы поражает заболевание, и создавать терапевтические стратегии, направленные на восстановление системной целостности.

VII. Клинические примеры дефекта уровня: системная интерпретация

Анализ клинических примеров является ключевым компонентом системной психиатрии, поскольку позволяет продемонстрировать, как структурные нарушения уровней психической системы проявляются в реальных случаях. В отличие от традиционного описательного подхода, сосредоточенного на симптомах и их феноменологической констатации, системная интерпретация стремится выявить место происхождения нарушения в архитектуре психики. Это позволяет понять, какой именно уровень подвергся первичному поражению, как изменились его функции и каким образом эти изменения отражаются в поведении, мышлении, эмоциональной сфере и структуре «Я» пациента. Ниже приводятся примеры, демонстрирующие специфику дефекта уровня в различных клинических ситуациях.

Первый пример касается сенсорного уровня, где наблюдается первичный дефект сенсорной обработки. Пациент с острым органическим помрачением сознания демонстрирует грубые нарушения ориентировки, невозможность устойчиво фиксировать внимание и удерживать элементарные сенсорные впечатления. Его восприятие фрагментарно и нестабильно, предметы теряют постоянность формы, пространства и контуров. Он может смотреть на лицо врача и не узнавать его через несколько секунд, описывая увиденное как «сменяющиеся картинки». В системном смысле мы наблюдаем разрушение базового уровня, на котором строятся все последующие уровни психики. Это не дефект связи между уровнями: когнитивные операции невозможны не из-за их дискоординации, а из-за отсутствия исходного сенсорного материала. Такое состояние указывает на тяжёлое поражение сенсорного уровня, характерное для делирия, острой интоксикации, тяжёлых метаболических нарушений или структурных поражений головного мозга.

Второй пример отражает дефект когнитивного уровня. Пациент с умеренной и выраженной деменцией по МКБ-10 (F00–F03) и МКБ-11 (6D70–6D8Z) демонстрирует постепенное, но устойчивое разрушение когнитивных операций: абстрагирование, логические переходы, последовательное планирование, рабочая память. При беседе он теряет способность удерживать тему, заменяет сложные когнитивные схемы стереотипными выражениями, не воспринимает многокомпонентные инструкции. При этом эмоционально-аффективный уровень может оставаться относительно сохранным; пациент реагирует на интонации, проявляет эмоциональную отзывчивость, способен различать настроение собеседника. В системной логике это типичный дефект уровня: когнитивная подсистема разрушается структурно, а её функции снижаются независимо от состояния связей с другими уровнями. Компенсация ограничена и неустойчива, поскольку остальные уровни не способны заменить выпавшие операции. Этот пример показывает, что дефект уровня приводит к относительно равномерному и необратимому снижению функций соответствующей подсистемы.

Третий пример демонстрирует дефект эмоционально-аффективного уровня. Пациент с тяжёлой рекуррентной депрессией по МКБ-10 (F33) и МКБ-11 (6A71) описывает утрату способности переживать радость, удовольствие, интерес и эмоциональную насыщенность мира. Его когнитивная сфера при этом формально сохранна: он способен рассуждать, анализировать, понимать ситуацию. Однако каждое его рассуждение окрашено в негативные аффективные тона, что приводит к тотальной переинтерпретации реальности в свете сниженного аффекта. В системной модели это нарушение уровня, поскольку аффективная подсистема утратила способность генерировать адаптивную эмоциональную модуляцию. Симптомы, такие как ангедония, тоска и эмоциональная анестезия, являются прямым следствием структурного дефекта уровня, а не следствием нарушения связей или интеграции. Компенсация возможна, но ограничена, так как когнитивный уровень пытается объяснить происходящее, но не способен заменить базовую аффективную регуляцию.

Четвёртый пример относится к личностному уровню и демонстрирует качественное изменение мотивационных и ценностных структур. У пациента с органическим изменением личности после черепно-мозговой травмы (МКБ-10 F07.0; МКБ-11 6D81) наблюдается грубая модификация устойчивых личностных установок: утрата прежних интересов, изменение моральных критериев, снижение социальной чувствительности, импульсивность. При разговоре он может демонстрировать сохранность когнитивных функций, но его поведение становится социально неадаптивным, импульсивным и лишённым прежней ценностной ориентации. В системной модели это прямой дефект уровня: личностная подсистема повреждена, её структурные элементы — мотивационные блоки, ценностная ось, устойчивые формы саморегуляции — разрушены. Это не отражает нарушения связей между уровнями, а именно структурное изменение самой подсистемы, что делает компенсацию крайне ограниченной.

Пятый пример демонстрирует дефект мотивационно-волевого уровня. Пациент с кататонической ступорозной симптоматикой (МКБ-10 F20.2; МКБ-11

6A20.1) сохраняет способность к восприятию и элементарной когнитивной обработке, что подтверждается краткими ясными высказываниями в интервалах между ступорозными эпизодами. Однако он полностью утрачивает способность инициировать произвольное движение, высказывание или действие. Это не нарушение связей: когнитивные и сенсорные уровни остаются относительно сохранёнными. Это не дефект интеграции: сознание не распалось. Это именно дефект уровня — мотивационно-волевого, который структурно выпал из общей системы. Пациент смотрит, понимает, но не может начать действие, что является точным клиническим эквивалентом разрушения уровня.

Каждый из приведённых примеров демонстрирует различный тип дефекта уровня, и вместе они показывают, что эта категория является фундаментальной для системной диагностики. Первичное разрушение уровня приводит к выпадению функций, которые никакими другими уровнями заменить невозможно. Именно это делает дефект уровня структурно отличным от дефекта связи и дефекта интеграции, что является ключевым положением системной психиатрии.

VIII. Клинические примеры дефекта уровня в сравнении с дефектом связи и дефектом интеграции

Для того чтобы различие между дефектом уровня, дефектом связи и дефектом интеграции стало действительно прозрачным, необходимо рассматривать клинические ситуации, в которых внешняя симптоматика напоминает друг друга, но системный механизм принципиально разный. Именно в этих «пограничных местах» традиционная психиатрия часто теряет дифференцирующую мощь, тогда как системная модель позволяет выстроить чёткую и аналитически воспроизводимую картину.

✓ Распад мышления: шизофрения против органического поражения

Классический пример — сравнение нарушений мышления при шизофрении и органическом поражении мозга. В обоих случаях наблюдаются разорванность высказываний, неадекватные ассоциации, нарушение логической последовательности. Однако системный механизм различен.

При органическом поражении (МКБ-10 F06; МКБ-11 6D70–6D7Z) нарушается уровень когнитивной подсистемы. Пациент утрачивает способность к операционному мышлению: снижается объём рабочей памяти, нарушаются элементарные процессы сравнения, удержания, абстрагирования. Его речь бедна, но не парадоксальна; ассоциации поверхностны, но не патологически символичны. Это прямой дефект уровня.

При шизофрении (МКБ-10 F20; МКБ-11 6A20) когнитивные операции сами по себе могут быть сохранены, но связи между уровнями нарушены: мыслительный процесс начинает работать «изолированно» от личности, эмоций, контекста и прагматики. Бредовые конструкции формируются потому, что

мыслительный процесс не интегрируется с реальностью и аффективной модуляцией. Это чистый дефект связи.

Таким образом, внешне сходная дезорганизация мышления происходит по двум различным механизмам: в первом случае разрушается сам уровень, во втором — его связи.

✓ Снижение активности: депрессия против кататонии

Пациенты с тяжёлой депрессией и кататоническим синдромом могут демонстрировать почти полную утрату активности. Но системный механизм принципиально иной.

В депрессии снижение активности обусловлено дефектом уровня аффективной регуляции. Мотивационно-волевая сфера формально сохранна, когнитивная — также. Однако отсутствие аффективных импульсов делает невозможным запуск волевых актов. Пациент говорит: «Я бы мог встать, но не могу заставить себя».

В кататоническом ступоре (МКБ-10 F20.2; МКБ-11 6A20.1) мотивационный импульс формируется, но порушен уровень волевой реализации: запускающее звено разрушено. Пациент говорит: «Я бы хотел встать, но тело не слушается». Это дефект уровня воли.

Отличие от дефекта интеграции:

В диссоциативном ступоре (МКБ-10 F44.2; МКБ-11 6B60) ни аффективный уровень, ни волевой не разрушены. Но система в целом распадается на «несвязанные» фрагменты сознания; интегративный уровень не удерживает единый акт поведения. Это дефект интеграции.

Три состояния — одинаковый феномен «не могу двигаться», но три разных системных механизма.

✓ Галлюцинации: шизофрения против делирия

В обоих случаях пациент слышит «голоса», но психическая система нарушена по принципиально разным схемам.

В делирии нарушается сенсорный уровень: восприятие дезорганизовано, сигналы искажаются, формируются ложные перцептивные образы. Голос — это продукт дефекта уровня.

В шизофрении нарушение касается интеграции речевого и самосознающего уровней. Внутренняя речь пациента не маркируется как «моя», она распадается на автономные фрагменты. Голос — продукт дефекта интеграции, а не восприятия.

Это ключевой системный дифференциально-диагностический критерий: галлюцинации при делирии являются следствием сенсорного нарушения, при шизофрении — следствием нарушения интеграции.

✓ Расстройства личности против негативных симптомов шизофрении

Пациенты с эмоциональной холодностью, сниженной социальной инициативой и слабой волевой регуляцией могут создавать впечатление «плоского аффекта» и «аволюции».

При шизофрении (негативные симптомы) нарушается уровень мотивационно-волевой активности: структурно исчезает способность к энергетизации действий.

При расстройствах личности (МКБ-10 F60; МКБ-11 6D10–6D1Z) нарушается конфигурация связей внутри личностного уровня, а не сами уровни. Человек способен к воле и эмоциям, но они распределены между системными компонентами хаотично. Это дефект связи, а не уровня.

✓ Суицидальные действия: депрессия против расстройств личности

В обоих случаях есть риск для жизни, но системный механизм снова различается.

В депрессии первичным является дефект уровня аффективной регуляции, что приводит к изменённому переживанию ценности собственной жизни.

В пограничном расстройстве личности первичен дефект интеграции «Я»: боль, импульсивность, нарушения связей с объектами привязанности приводят к поведению, которое является реакцией на дезорганизацию структуры. Это позволяет системной психиатрии объяснять риск суицидального поведения различными механизмами, а не одной категориальной формулой.

IX. Диагностические критерии дефекта уровня: системная модель для клинического применения

Выделение дефекта уровня в структуре психической системы требует одновременной опоры на феноменологию, нейропсихологию и общую закономерность организации живых систем. В отличие от категориальных диагнозов, которые отвечают на вопрос «к какому расстройству это ближе», системная модель формулирует принципиально иной диагностический запрос: «что именно в системе нарушено». Дефект уровня означает, что один из базовых функциональных слоёв психики — сенсорный, аффективный, когнитивный, волевой, мнемический, личностный или сознательный — теряет способность выполнять свои функции в рамках общей организации психики. Это нарушение носит тотальный, массовый характер и затрагивает фундаментальные процессы данного слоя.

✓ Признак тотальности нарушения внутри уровня

Первый и основной критерий дефекта уровня — одинаковая выраженность нарушения всех процессов, характерных для соответствующего уровня. Сенсорный дефект затрагивает все формы восприятия: зрение, слух, тактильность, схему тела. Когнитивный дефект распространяется на логические операции, внимание, рабочую память, абстракцию. Дефект воли делает невозможной реализацию любых поведенческих актов, включая элементарные. Такой характер повреждения является центральным: уровень как функциональная

подсистема перестаёт быть рабочим модулем психической системы и теряет способность обеспечивать вход, переработку или выход информации. Клинически тотальность проявляется в том, что симптом не локализован, не «выборочен», а пронизывает всю феноменологию уровня, формируя единообразный профиль нарушения.

- ✓ Нарушение уровня сохраняется независимо от содержания психической деятельности

Дефект уровня проявляется стабильностью вне зависимости от тематики, эмоциональной вовлечённости, мотивации или контекста общения. При когнитивном дефекте пациент одинаково плохо решает бытовые задачи, аналитические задачи, социально-эмоциональные вопросы. При дефекте аффективного уровня эмоциональная плоскость сохраняется и по отношению к значимым, и к нейтральным объектам. Если снижение активности объясняется отсутствием инициативы только в неприятных ситуациях, это не дефект уровня; если же инициатива исчезает во всех сферах, мы наблюдаем системный признак уровня. Такая неспецифичность делает дефект уровня аналогом «системного поражения» в неврологии — не частного симптома, а разрушения узловой функциональной зоны.

- ✓ Нарушение уровня не компенсируется другими уровнями

Системный признак уровня — неспособность других слоёв психики компенсировать дефект, даже если они сохранены. При нарушении когнитивного уровня воля не может восстановить целенаправленное поведение. При дефекте аффективного уровня личность не создаёт субъективных смыслов, которые могли бы заменить утраченную эмоциональную модуляцию. При дефекте сенсорного уровня когнитивные стратегии не способны достроить картину мира, потому что отсутствуют сами входные данные. Этот критерий отличает дефект уровня от дефекта связи, где именно компенсация через соседние уровни позволяет временно удерживать психическую деятельность.

- ✓ Наличие фундаментального дефицита операционности

Уровень психики можно рассматривать как совокупность базовых операций. Когда уровень повреждён, операции прекращают быть работоспособными. При сенсорном уровне исчезает способность различать, выделять, идентифицировать объект. При когнитивном — исчезает способность удерживать логическую структуру. При волевом — исчезает способность преобразовывать внутренний импульс в действие. В отличие от нарушения связи, где операции сохраняются, но не взаимодействуют, при дефекте уровня операции сами по себе перестают функционировать. Клинически это проявляется снижением скорости психических процессов, грубой ошибочностью в элементарных задачах, невозможностью даже с помощью подсказок выполнить базовые операции — так же, как при повреждении отдельного модуля мозга.

✓ Феномен «плоского» или однообразного профиля

В норме уровень демонстрирует богатство вариаций. Когнитивный уровень характеризуется изменчивостью мышления, аффективный — множественностью эмоциональных оттенков, сенсорный — различением тонких сигналов. При дефекте уровня наблюдается феномен «плоской плоскости»: исчезает вариативность, содержание становится однообразным, реакции — типичными, предсказуемыми, монотонными. Это свойство чрезвычайно важно, поскольку отличает системный дефект уровня от ситуативных, реактивных и личностных изменений, которые всегда проявляются избирательностью.

✓ Распад уровня сопровождается специфическим типом клинической дезадаптации

Каждый уровень психики обслуживает фундаментальный тип адаптации:

- 1) сенсорный — ориентировочный;
- 2) эмоциональный — реактивно-защитный;
- 3) когнитивный — аналитический;
- 4) волевой — исполнительный;
- 5) мнемический — интегративно-исторический;
- 6) личностный — смысловой;
- 7) сознательный — метарегуляторный.

Когда уровень поражён, соответствующий тип адаптации исчезает. Пациент с дефектом когнитивного уровня не способен планировать, оценивать, сравнивать. Пациент с дефектом аффективного уровня не способен использовать эмоции для адаптивной реакции. Пациент с дефектом волевого уровня не способен к целенаправленным действиям. Такой профиль отсутствия адаптивных возможностей является самым устойчивым диагностическим признаком дефекта уровня.

✓ Стойкость и низкая вариабельность нарушений во времени

Дефект уровня характеризуется стабильностью. Даже при колебаниях общего состояния глубина нарушения остаётся примерно одинаковой. При волевом дефекте пациент не проявляет эпизодических вспышек активности; при когнитивном дефекте не возникает периодов ясности. Это отличает дефект уровня от дефекта связи, где симптомы часто флюктуируют в зависимости от ситуации, и от дефекта интеграции, где возможны резкие смены состояния, сознания, переживания «Я». Стойкость и предсказуемость — ключевая характеристика уровня как поражённой структуры.

✓ Наличие нейропсихологических соответствий

Хотя системная модель не сводит психику к мозгу, она признаёт, что дефект уровня обычно сопровождается нейробиологической коррелятностью. При дефекте когнитивного уровня могут выявляться нарушения лобно-подкорковых связей; при дефекте сенсорного уровня — дисфункция первичных сенсорных

зон; при дефекте аффективного — дезорганизация лимбических структур. Важно, что нейропсихологический профиль не является обязательным, однако его наличие усиливает уверенность в диагнозе системного дефекта уровня. И напротив: при нарушениях связи или интеграции нейропсихология обычно не выявляет выраженных очаговых или модульных изменений.

Х. Инструменты клинического различения дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции

Одной из наиболее значимых задач системной психиатрии является ясное и надёжное разграничение трёх фундаментальных типов системных нарушений психической организации: дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции. Несмотря на то, что феноменология психопатологических состояний традиционно описывается в рамках классификационных систем МКБ 10/11, в клинической практике многие состояния плохо вписываются в формальные критерии, поскольку классификации описывают синдромы и симптомы, но не структуру их возникновения. Системная модель, напротив, даёт возможность определить, какая часть психической системы нарушена — подвергнут ли разрушению базовый уровень, нарушены ли проводящие пути между уровнями или повреждена интегративная подсистема, обеспечивающая целостность сознания и «Я».

Для практического применения модели необходимо разработать специфические клинические инструменты, позволяющие врачу уверенно различать тип нарушения на основании наблюдаемой феноменологии, динамики симптомов, особенностей адаптации и реакции личности. Эти инструменты включают феноменологические критерии, методы функционального интервью, наблюдение за структурой психических актов, оценку реактивности психики при нагрузках, анализ системной устойчивости и вариабельности, а также сопоставление полученной картины с нейропсихологическими данными. В совокупности они образуют своеобразный «диагностический ключ», позволяющий видеть за отдельными симптомами структуру системного нарушения.

✓ Феноменологический профиль как первый инструмент различения

Феноменология является первичным слоем клинического наблюдения, но в рамках системной модели она приобретает новое значение. При дефекте уровня феноменология «плоская», однообразная и тотальная: каждый психический акт, относящийся к повреждённому уровню, нарушен одинаковым образом. Это отличие особенно важно. Напротив, при дефекте связи феноменология гетерогенна: часть функций уровня сохранна, часть — нарушена, при этом нарушения возникают преимущественно на переходах между уровнями. При дефекте интеграции феноменология может быть чрезвычайно изменчивой, порой парадоксальной, с быстрыми сдвигами состояния сознания, структуры переживания «Я», временных и логических связей. Применение феноменологического профилирования позволяет уже на уровне первичного интервью выделить направление системного нарушения.

✓ Оценка операционности психических актов

Любой психический акт — восприятие, эмоциональная реакция, мыслительный процесс, волевое действие — представляет собой работу сразу нескольких уровней. Однако ведущим всегда выступает один. Если ведущий уровень не способен выполнять свои операции, то любой акт, опирающийся на него, становится невозможным. Это и есть диагностический признак дефекта уровня. При дефекте связи операции уровня сохранены, но невозможна их координация. В то время как при дефекте интеграции операции и связи могут быть сохранены, но общее управление и структура сознания становятся фрагментарными, нестабильными и внутренне противоречивыми. Наблюдение за тем, какие операции невозможны даже при поддержке врача, а какие — возможны при структурировании, позволяет отличить уровень от связи и интеграции.

✓ Тест нагрузки: реакция системы на усложнение

Системная диагностика предполагает обязательное наблюдение того, как психика реагирует на усложнение ситуации. Тест нагрузки может быть когнитивным, эмоциональным, сенсорным или социальным. При дефекте уровня нагрузка не меняет картину — пациент столь же неоперационален при простой и сложной задаче. При дефекте связи небольшая нагрузка вызывает резкое усиление нарушений — психика теряет координацию. При дефекте интеграции нагрузка приводит к распаду структуры сознания, изменению модальности переживаний, появлению феноменов дереализации и дезорганизации Я. Таким образом, реактивность на усложнение является одним из ключевых инструментов клинического различения.

✓ Динамическое наблюдение за вариабельностью симптомов

Продолжительное наблюдение, будь то в течение одного интервью или в процессе нескольких консультаций, позволяет выявить степень вариабельности симптомов. Дефект уровня проявляет устойчивость: нарушения остаются однородными. Дефект связи — нестабильность: симптоматика может исчезать и вновь появляться при разных ситуациях. Дефект интеграции — резкость переходов и скачкообразность: от периодов относительной собранности до эпизодов фрагментации сознания. Этот инструмент особенно полезен в дифференциации пограничных состояний, депрессий с когнитивным блоком и начальных форм психотических расстройств.

✓ Анализ адаптационных механизмов

Психическая система в норме адаптируется к нагрузкам через согласованную работу всех уровней. При дефекте уровня один тип адаптации полностью отсутствует: пациент не может ориентироваться (сенсорный уровень), реагировать (аффективный), оценивать (когнитивный), действовать (волевой), удерживать историю (мнемический). При дефекте связи адаптация возможна, но нестабильна — пациент «проваливается» между уровнями. При дефекте интеграции

адаптация непрерывно нарушается в результате фрагментации. Наблюдение за способами, которыми пациент пытается адаптироваться, позволяет точнее определить место дефекта.

✓ **Выявление компенсаторных стратегий**

Наличие компенсаторных механизмов является критическим инструментом дифференциации. При дефекте уровня компенсация невозможна. При дефекте связи компенсация возможна и часто выражена: пациент использует другие уровни для обхода нарушенного канала, например, интеллектуализирует эмоции или эмоционализирует когниции. При дефекте интеграции компенсации носят хаотичный характер и не удерживаются. Этот инструмент позволяет выявлять и латентные формы системных нарушений.

✓ **Корреляция феноменологии с нейропсихологическими данными**

Хотя системная психиатрия не является редукционистской, сопоставление клинических данных с нейропсихологическим профилем позволяет уточнить локализацию дефекта. При дефекте уровня чаще всего выявляются чёткие нейропсихологические паттерны. При дефекте связи наблюдаются нарушения функциональных контуров. При дефекте интеграции — расстройства, связанные с глобальными сетевыми нарушениями. Корреляция усиливает диагностическую точность и позволяет сформировать системный диагноз.

XI. Клинико-системные примеры дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции

Системная модель психической организации требует не только теоретического, но и эмпирического подтверждения. Особую ценность для развития системной психиатрии представляют клинические наблюдения, демонстрирующие, как именно проявляет себя нарушение уровня, нарушение связи или нарушение интеграции в реальных психических актах, в динамике поведения, в адаптационных стратегиях, в реакции на нагрузку и в структуре переживаний. Клинические виньетки, приведённые ниже, не преследуют цели типологии или классификации; напротив, они иллюстрируют, что системные дефекты могут лежать в основе различных нозологических форм, и что именно системный подход позволяет увидеть общность в клинически разнородных состояниях. Каждая виньетка построена таким образом, чтобы показать характер дефекта и логику его развёртывания, не описывая «симптомы», а демонстрируя работу или неработу психической системы как целого.

✓ **Дефект уровня: клинический пример**

Пациентка Н., 42 лет, бухгалтер, обратилась по настоянию мужа из-за «полной неспособности воспринимать происходящее» после перенесённого тяжёлого соматического заболевания. Её феноменология представляла собой характерное проявление сенсорного уровня, оказавшегося структурно

недостаточным. Она жаловалась, что образы «не удерживаются», формы «тут же распадаются», а окружающая реальность воспринимается «как плоская», «не имеющая глубины». При попытке сфокусировать взгляд на каком-либо объекте она испытывала чувство визуального распада: «Я вижу, но не могу понять, что вижу». При этом когнитивные операции в их чистом виде — логические рассуждения, счёт, оперирование абстракциями — оставались сохранными, однако эти операции оказывались полностью оторванными от восприятия.

Разговор с пациенткой выявил полную неоперационность сенсорного уровня: при простой просьбе «посмотрите на этот стакан и опишите его» она начинала говорить не о форме, а о возможных категориях, к которым мог бы принадлежать предмет; вместо описания кадров визуальной фиксации она переходила к рассуждению о значении вещей в жизни человека. Таким образом, когнитивный уровень пытался компенсировать дефект сенсорного уровня путём «абстрактного замещения», однако компенсация делала переживание ещё более отчуждённым. Динамическая проба — увеличение нагрузки через предъявление более сложных сенсорных стимулов — не изменила структуру нарушения: пациентка так же не могла вызвать операционность первичного уровня.

Системный анализ показывает, что данная феноменология не является когнитивным расстройством, не является эмоциональным блоком, не является феноменом интегративного распада. Это именно дефект уровня — в данном случае сенсорного — который делает невозможным нормальный акт восприятия, и все более высокие уровни психической системы оказываются вынуждены работать с «пустой матрицей».

✓ Дефект связи: клинический пример

Пациент М., 27 лет, программист, обратился с жалобами на внезапные приступы «эмоциональной разобщённости», возникающие преимущественно в социально сложных ситуациях. Вне стрессов он демонстрировал высокую когнитивную и эмоциональную сохранность, описывал чувства детально, адекватно интерпретировал состояния других людей и давал связные рассуждения о собственных реакциях. Однако при необходимости быстро перейти от эмоционального восприятия к когнитивной обработке он начинал испытывать ощущение резкого внутреннего разрыва: «Как будто я чувствую одно, а думаю совсем другое»; «Я не успеваю соединять».

При наблюдении была отчётливо видна сохранность эмоционального уровня (он ярко испытывал чувства), сохранность когнитивного уровня (логика рассуждений не нарушалась), однако переход между уровнями был нарушен: эмоции не поднимались в когнитивную сферу, а мыслительные схемы не включали эмоциональные сигналы. Попытка увеличить нагрузку через обсуждение значимых эмоциональных тем приводила к усилению дефекта: пациент начинал говорить «словами без чувств» или «чувствами без слов». Это была не алекситимия, не эмоциональная тупость, не расстройство мышления; это была несостоятельность канала связи между двумя уровнями.

Системный анализ показывает, что данный тип расстройства не может быть объяснён ни повреждением эмоционального уровня (он функционирует), ни когнитивного (он тоже функционирует), ни интегративного центра (пациент сохраняет непрерывность сознания, структуру Я и саморефлексию). Это дефект связи — нарушение проводимости между уровнями, создающее феномен «психической диссинхронизации».

✓ Дефект интеграции: клинический пример

Пациентка К., 34 лет, дизайнер, была госпитализирована после приступов резкой внутренней дезорганизации, сопровождавшихся чувством «распадающегося Я». В периодах относительного благополучия она демонстрировала высокую эмоциональную и когнитивную чувствительность, глубокие рефлексивные способности, яркие переживания и творческие идеи. Однако в стрессовых ситуациях возникали эпизоды фрагментации: пациентка внезапно теряла непрерывность восприятия собственной личности, появлялось ощущение «как будто меня много», мыслительный поток становился многослойным, иногда противоречивым, а эмоциональные реакции — несопоставимыми с ситуацией. Она говорила: «Я знаю, что это мои мысли, но они как будто идут из разных мест внутри меня». Это сопровождалось дезорганизацией поведения, временной дезориентировкой и эпизодами дереализации.

При динамическом наблюдении было видно, что ни один уровень психики не разрушен полностью: пациентка могла логически рассуждать, различать эмоции, воспринимать стимулы, формулировать волевые намерения. Однако интегративная система, обеспечивающая единство сознания и связность актов, не удерживала эти процессы в единой структуре. Под нагрузкой происходил резкий скачок — от относительной собранности к дезинтеграции. Это была не шизофрения в классическом смысле, не истерическая диссоциация, не деперсонализация как симптом. Это был дефект интеграции — системное нарушение центрального механизма, обеспечивающего непрерывность психической системы в целом.

XII. Сопоставление системных дефектов с традиционными нозологическими категориями (МКБ-10, МКБ-11) с критическим анализом

Традиционные психиатрические классификации, представленные МКБ 10/11, исторически формировались как систематизация наблюдаемых клинических феноменов, сгруппированных преимущественно по синдромологическому принципу. Нозология в том виде, в каком она закреплена в международных классификациях, отражает не строение психической системы, а статистическую структуру проявлений — фенотип, а не механизм. Это делает необходимым сопоставление системных дефектов, описанных выше, с нозологическими единицами, чтобы показать не только соответствия, но и различия уровней анализа. Такое сопоставление выявляет границы нозологического подхода и преимущества системной модели, позволяющей видеть глубинные механизмы психопатологических состояний.

При рассмотрении дефекта уровня, дефекта связи и дефекта интеграции в терминах классификаций, становится очевидно, что никакая нозологическая категория не идентична системному дефекту. Нозология является фенотипической классификацией, тогда как системная психиатрия является механизменной. Однако между ними существует зона перекрытия, позволяющая интерпретировать традиционные категории как «синдромные маски» системных нарушений.

✓ Дефект уровня в контексте МКБ 10/11

В МКБ 10/11 отсутствует категория, прямо соответствующая системному дефекту уровня. Тем не менее, отдельные состояния демонстрируют феноменологию, возникающую как следствие несостоятельности конкретного уровня психической системы. Так, сенсорные дефекты могут проявляться в структуре деперсонализационно-дереализационного синдрома, где нарушения восприятия форм и глубины создают картину «плоскости мира» или «отсутствия объёма» — однако в МКБ-11 такие состояния описаны как подкатегория диссоциативных расстройств, что не отражает истинного механизма, а лишь фенотип.

Когнитивные дефекты уровня могут наблюдаться в рамках органических расстройств (МКБ-10: F0; МКБ-11: 06), однако классификация трактует их как следствия поражения мозга, а не как сбой структурного уровня психической системы. Между тем клиническая практика показывает, что аналогичные феноменологические «когнитивные провалы» могут возникать и при функциональных состояниях, не связанных с органическим процессом, если интегративные структуры не могут стабилизировать уровень.

Эмоциональные дефекты уровня, при которых аффект оказывается неглубоким, обеднённым или нестойким, часто интерпретируются как депрессивные или аффективные нарушения (МКБ-10: F3; МКБ-11: 6A70–6A7Z). Но системная модель позволяет увидеть, что депрессия как нозология может включать в себя разные системные механизмы, и эмоциональный дефект уровня является лишь одним из возможных. Это объясняет феноменотерапевтическое разнообразие депрессий: одинаковый диагноз может прикрывать разные системные дефициты.

Таким образом, дефект уровня частично пересекается с категориями МКБ 10/11, но не совпадает с ними. Классификации фиксируют фенотип, а системный подход выявляет уровень, на котором механизм нарушен.

✓ Дефект связи в контексте МКБ 10/11

Дефект связи — нарушения вертикальных или горизонтальных взаимодействий между уровнями психической системы — в классификациях не выделяется как самостоятельный механизм, но он является одной из основных основ формирования целого ряда синдромов.

Наиболее близкими по феноменологии являются:

- тревожные расстройства
- расстройства личности
- диссоциативные расстройства
- посттравматические стрессовые расстройства

Однако каждая из этих категорий в МКБ-11 является описанием поведенческой или эмоциональной клинической картины, а не механизмов, её порождающих. Например, при генерализованном тревожном расстройстве описывается феномен «постоянного напряжения», но не поясняется, что за этим может стоять дефект связи между эмоциональным уровнем (где возникает аффективный сигнал) и когнитивным уровнем (который не успевает или не способен интегрировать аффект в мышление). В расстройствах личности описываются устойчивые паттерны переживания и поведения, но ни одна классификация не пытается объяснить, что эти паттерны могут быть результатом хронического нарушения связей между уровнями — например, между мотивационно-волевым и личностным уровнями.

В диссоциативных расстройствах МКБ-11 рассматривает феномены «утраты связи» и «снижения интеграции», но не дифференцирует дефект связи от дефекта интеграции. В системной модели это принципиально различается: дефект связи означает сохранность интегративного центра, но нарушение проводимости между уровнями; дефект интеграции означает нарушение самого центра. Таким образом, дефект связи является скрытым механизмом, который классификации лишь феноменологически регистрируют, но не концептуализируют.

✓ Дефект интеграции и его нозологические аналоги

Дефект интеграции наиболее близок к тем категориям, которые традиционно ассоциируются с тяжёлыми психическими расстройствами, особенно с психотическими состояниями. Однако системная модель показывает, что нарушенная интеграция не тождественна психозу. Интеграция — это функция, объединяющая работу всех уровней психики, обеспечивающая единство Я, непрерывность сознания, целостность переживания и согласованность поведения. Эта функция может нарушаться по степени (частичное, эпизодическое, контекстуальное расщепление) или по глубине (тотальная дезинтеграция, характерная для психоза).

МКБ-10 (F2) и МКБ-11 (6A20) описывают шизофрению и другие психотические расстройства как расстройства, характеризующиеся фундаментальным нарушением интегративных процессов. Но при этом классификации не дифференцируют:

- нарушение интеграции как первичный механизм,
- нарушение как следствие дефекта уровня,
- нарушение как результат дефекта связи.

Поэтому диагноз «шизофрения» может скрывать три совершенно различных системных состояния, которые требуют разных лечебных стратегий. Кроме того, дефект интеграции может проявляться в рамках расстройств личности (например, пограничного), эпизодических диссоциативных состояний, тяжёлых аффективных эпизодов — но не будет классифицироваться как таковой.

Системная модель позволяет вынести дефект интеграции в отдельный механизм, который может объяснять широкий спектр состояний, классифицируемых сегодня как разнородные. Такой подход делает возможной новую, механизм-ориентированную психиатрию.

XIII. Критика нозологического подхода и преимущества системной диагностики

Нозологический подход в психиатрии, сформировавшийся в конце XIX — начале XX века под влиянием Крепелина и его последователей, стал фундаментом современной клинической классификации. Его влияние закреплено в МКБ 10/11, где психические расстройства представлены как дискретные категории, обладающие относительно чёткими клиническими границами. Однако развитие когнитивных наук, нейропсихологии, феноменологической психиатрии и системной теории выявляет ряд принципиальных ограничений нозологических схем, которые становятся особенно заметными при анализе клинически сложных, «неукладывающихся» случаев, а также при длительном наблюдении пациентов с изменчивой динамикой симптомов. Системная психиатрия, напротив, предоставляет возможность рассматривать психику как архитектурно организованную, многоуровневую, динамическую систему, нарушения которой возникают не на уровне категорий, а на уровне структур и связей.

Нозология опирается на фенотипическую структуру проявлений, тогда как системный подход стремится реконструировать механизм, порождающий эти проявления. В основе нозологии лежит дескриптивный характер: диагноз фиксирует наблюдаемую феноменологию в определённый момент времени, не предлагая модели, объясняющей причинно-следственные связи между уровнями психической организации. Именно поэтому в рамках одного и того же диагноза могут сосуществовать пациенты с радикально отличающейся внутренней архитектурой нарушений. Например, депрессивный эпизод может быть следствием дефекта уровня (эмоциональной системы), дефекта связи (между аффектом и когницией), либо дефекта интеграции (когнитивно-аффективная дезинтеграция). Внешне феноменология может совпадать, но системная конфигурация будет принципиально различной, что приводит к разным прогнозам и требованию диаметрально противоположных терапевтических стратегий.

Одним из ключевых недостатков нозологического подхода является невозможность учёта динамики психической системы. МКБ оперирует статическими категориями, тогда как психопатологические процессы подчиняются законам развития и системной регуляции. Состояние пациента меняется под влиянием стрессоров, адаптационных возможностей, компенсаторных механизмов, биографических факторов. В рамках нозологии эти процессы оказываются невидимыми, поскольку классификация не содержит временного измерения. Системная психиатрия, напротив, исходит из того, что нарушение всегда является изменением — либо нарушением уровня, либо нарушением связи, либо нарушением

интеграции. Таким образом, системная диагностика является по своей природе динамической.

Другим фундаментальным ограничением нозологии является неспособность отразить континуальность психических состояний. Классификация предполагает, что существуют чёткие границы между «нормой» и «патологией», между «неврозом» и «психозом», между «расстройством личности» и «здоровой личностью». В системной модели эти границы оказываются условными: психическая система непрерывно варьирует по степени интеграции, согласованности уровней, устойчивости связей. Нарушение не является событием, а является процессом, в котором система постепенно смещается в сторону упрощения, фрагментации или дезорганизации. Именно поэтому традиционная психиатрия сталкивается с трудностями в градации «подпороговых» состояний, коморбидности и переходных форм, тогда как системная диагностика естественным образом объясняет их как изменения в параметрах связей и уровней.

Особое затруднение вызывает феномен коморбидности, широко обсуждаемый в современной психиатрии и психологии. В клинической практике нередко встречаются пациенты, соответствующие одновременно нескольким нозологическим категориям, например депрессии, тревожному расстройству и расстройству личности. Нозология вынуждена либо выделять «коморбидные» состояния, либо назначать множественные диагнозы, что приводит к утрате диагностической ясности. В системной психиатрии коморбидность перестаёт быть проблемой, поскольку она рассматривается как следствие одного или нескольких системных дефектов, которые проявляются в разных областях психической организации. Таким образом, многодиагностичность является лишь отражением многопланового проявления единых механизмов.

Нозологический подход ограничен в прогностических возможностях. Поскольку диагноз фиксирует внешнее описание синдрома, предсказать индивидуальную динамику на основании нозологии невозможно. Реальная прогностика вынуждена опираться на эмпирические данные, накопленные в конкретной клинике или у конкретного врача. Системная диагностика позволяет прогнозировать, исходя из механизма: дефект связи, плохо компенсируемый личностными структурами, будет вести к прогрессирующей тревожной дезорганизации; дефект уровня когнитивной системы при сохранной интеграции будет иметь тенденцию к стабилизации или обратимости; дефект интеграции имеет вероятность перехода в психотическое состояние при нагрузке. Таким образом, системная модель по своей природе прогностична.

Наконец, нозологический подход лишён терапевтической специфичности. Хотя существуют общие рекомендации и стандартизированные протоколы лечения для различных расстройств, нозология сама по себе не указывает врачу, на какой уровень, на какую связь или на какой механизм следует воздействовать. Эффективность лечения напрямую зависит от способности клинициста интуитивно реконструировать системную структуру нарушений. Системная психиатрия делает эту реконструкцию явной и концептуально оформленной. Терапия в системной модели становится адресной, поскольку ориентируется на устранение

или компенсацию конкретного дефекта уровня, связи или интеграции, а не на феноменологическое подавление симптомов.

Таким образом, критика нозологического подхода не сводится к отрицанию его полезности. Системная психиатрия рассматривает нозологию как важный клинический язык описания феноменов, но не как объяснительную модель психических расстройств. Нозология — это карта проявлений; системная модель — это карта механизмов. Обе карты необходимы, но без механистической карты психиатрия остаётся на уровне классификации, а не науки. Системная диагностика предлагает фундаментальную перестройку клинического мышления, позволяя врачу видеть не только симптомы, но и структуру, не только проявления, но и организационные принципы психической системы. Эта перспектива создаёт основу для новой онтологии психиатрии, где диагноз становится не ярлыком, а механизмным описанием нарушения.

XIV. Принципы построения системного диагноза

Переход от нозологической парадигмы к системному типу диагностики требует принципиально иной логики клинического мышления. Если нозологический диагноз фиксирует феноменологическое сходство симптомов с определённой клинической категорией, то системный диагноз стремится реконструировать механизм нарушения психической системы, определяя уровень, на котором возник дефект, характер нарушенной связи, степень расстройства интеграции и общую архитектуру изменений. Такой диагноз приобретает не только описательную, но и объяснительную природу, что позволяет врачу перейти от классификации к модели. Принципы построения системного диагноза формируются на пересечении феноменологической традиции Ясперса [1], отечественной клинико-психопатологической школы [2], системного анализа в биологии и психологии [3], а также нейропсихологических представлений о структурно-функциональной организации психики [4].

В основе системного диагноза лежит предположение, что психика представляет собой многоуровневую, иерархическую, динамическую систему, в которой каждый уровень обладает специфическими механизмами и функциями, а связи между уровнями обеспечивают целостность функционирования. Поэтому нарушение может проявиться либо как дефект уровня, либо как дефект связи, либо как дефект интеграции, и точное определение системного расположения дефекта становится ключевым этапом диагностики. Диагностический процесс начинается не с симптомов как таковых, а с анализа того, какой уровень системы генерирует наблюдаемое нарушение, какой уровень оказывается несостоятельным или перегруженным, и какие межуровневые связи теряют устойчивость.

Первым принципом системной диагностики является принцип **уровневой локализации**, согласно которому любая психопатологическая феноменология должна быть рассмотрена через призму своего происхождения на определённом уровне психической организации. Так, тревога может быть следствием дефекта эмоционально-аффективного уровня, но может быть обусловлена также

когнитивной гиперпродукцией угрозных смыслов или нарушением интеграции между эмоциональными и когнитивными подсистемами. Один и тот же симптом, наблюдаемый феноменологически, может быть порождён разными системными механизмами, что делает уровневую локализацию ключевым инструментом анализа.

Вторым принципом является принцип нарушения связи, согласно которому диагностическая оценка должна учитывать не только состояние уровня, но и качество его взаимодействия с другими уровнями. В системной архитектонике психики именно связи определяют возможность согласованного функционирования. Дефект связи может приводить к нарушениям, не отражающим прямой патологии уровня: когнитивная система может оставаться сохранной, но потеря её связности с аффективным уровнем приведёт к состояниям *derealization-like*, ощущению «расщепления» между эмоциями и мыслью, к феноменам отчуждения или аффективной тупости вторичного порядка. Диагностика такого рода нарушений невозможна в нозологической модели, но становится центральной в системной.

Третий принцип — принцип интегративной оценки, предполагающий анализ состояния центральной интегративной подсистемы, обеспечивающей целостность сознания, единство «Я», способность к саморегуляции и удержанию психической деятельности в организованном русле. Нарушения интеграции являются наиболее клинически значимыми, поскольку именно они определяют степень тяжести расстройств, возможность психотического разрыва, риск дезорганизации и потерю субъектной целостности. Интегративный дефект не всегда выражается в бурной феноменологии; иногда он проявляется тонкими изменениями в структуре самосознания, в снижении когерентности внутреннего нарратива, в нарушении способности удерживать мотивационное ядро или в расщеплении смысловых связей.

Четвёртый принцип — принцип динамической реконструкции, согласно которому диагноз не ограничивается фиксацией состояния в момент обследования, а включает анализ процессов, приведших систему к текущему состоянию, и прогноз дальнейшей динамики. Психические расстройства не существуют вне времени; любой дефект имеет историю формирования, попытки системы компенсировать нарушения, адаптационные и дезадаптационные этапы. Поэтому системный диагноз включает временную ось: происхождение дефекта, механизмы его стабилизации, степень уязвимости системы, возможные точки дальнейшего разрушения. Такой диагноз становится не статичным описанием, а моделью развития процесса, что повышает его прогностическую мощь.

Пятым принципом является принцип структурно-функционального соответствия, который предполагает сопоставление феноменологических данных с нейропсихологическими, биографическими, адаптационными и клинико-поведенческими маркерами. Системный диагноз строится не только на субъективных описаниях или внешнем наблюдении, но и на коррелятах, подтверждающих уровневую и связевую природу нарушения. Это не означает редукции психопатологии к нейробиологии; скорее нейропсихологические данные помогают

уточнить локализацию дефекта, в то время как феноменология описывает его проявления, а биографический анализ объясняет его генез.

Шестой принцип — принцип минимальной достаточности, согласно которому системный диагноз должен описывать только те элементы системы, которые действительно нарушены, не превращаясь в чрезмерно сложную или перегруженную конструкцию. Функция диагноза не в том, чтобы перечислить все элементы психики, а в том, чтобы точно указать, какой механизм дал сбой и как этот сбой распространяется по системе. Избыточное диагностическое описание теряет клиническую ценность; системная диагностика требует максимальной точности и лаконичности при сохранении объяснительной глубины.

Седьмой принцип — принцип клинической применимости, согласно которому системный диагноз должен напрямую коррелировать с выбором терапевтической стратегии. В отличие от нозологической модели, где терапия привязана к категории расстройства, системная модель требует точного понимания того, какое воздействие требуется системе: снижение гиперактивации уровня, восстановление дисфункциональной связи, укрепление интегративной подсистемы или реструктуризация личностных механизмов. Таким образом, системный диагноз — это не только описание, но и инструмент лечебного планирования.

Системная диагностика становится способом увидеть психическое расстройство как нарушение конструкции, а не как набор симптомов. Она формирует у врача способность мыслить структурно, видеть за феноменами механизмы, реконструировать внутреннюю архитектуру психической системы, что принципиально меняет саму практику психиатрии. Системный диагноз является шагом к созданию новой онтологии психических расстройств, основанной на механизмах, а не категориях, и к формированию клинической практики, в которой терапевтические решения выстраиваются в соответствии с архитектурой нарушения.

Системный диагноз, в отличие от классической нозологической формулы, основывается не на фиксации симптомов и их группировке в синдромы, а на определении структурных изменений внутри психической системы. В основу диагностики кладутся не внешние проявления, а внутренние нарушения уровней организации, связей, интеграции и динамики. Такой подход объединяет феноменологическую традицию психиатрии, нейропсихологию и современные системные представления о регуляции психической активности.

Построение системного диагноза требует перехода от описания симптоматики к анализу механизмов. Каждый клинический феномен рассматривается как следствие определённой конфигурации системных дефектов. Например, бред трактуется не как нозологический маркер, а как выражение дефекта интеграции сознательного уровня с когнитивным, при котором нарушаются критерии реальности и внутренней проверки. Аналогично тревога выступает не как универсальный синдром, а как следствие дисбаланса аффективного уровня и его неспособности к согласованию с волевой подсистемой.

Таким образом, центральный принцип системного диагноза — выявление того, какой уровень нарушен, какая связь утеряна или искажена, и где

происходит сбой интеграции, приводящий к феноменам, которые в традиционной психиатрии считаются симптомами заболевания. Этот подход позволяет видеть в клинической картине не набор разрозненных проявлений, а закономерный паттерн системной дисрегуляции.

Важным принципом системного диагноза является разграничение первичных и вторичных нарушений. Первичное нарушение — это исходный дефект уровня или связи, формирующий ядро расстройства. Вторичные нарушения возникают как адаптивные или защитные механизмы, направленные на компенсацию первичного дефекта. Например, при первичном дефекте интеграции личности возникает вторичное тревожное или фобическое поведение, играющее роль стабилизатора системы. В нозологической психиатрии такое поведение воспринимается как самостоятельное расстройство, тогда как системная модель позволяет понять его происхождение и определить направление терапии.

Не менее важным является принцип фиксации степени нарушения. В системной психиатрии должен учитываться не только тип дефекта, но и его выраженность, определяющая глубину расстройства и его прогноз. Выраженность дефекта проявляется в степени устойчивости нарушений, их генерализации, сопротивляемости коррекции и влиянии на функционирование других уровней. На этом основании формируются такие категории, как лёгкий, умеренный или тяжёлый дефект уровня, что позволяет объективировать тяжесть состояния помимо классических категорий МКБ 10/11.

Системный диагноз также опирается на принцип временной динамики дефекта, поскольку психическая система по самой своей природе является динамической. Нарушения могут быть эпизодическими, прогрессивными, регрессивными, колеблющимися или стабилизированными. Анализ динамики позволяет отличать, например, шизоаффективное нарушение интеграции (характеризующееся волнообразностью) от шизофренического дефекта (характеризующегося прогрессивностью), что невозможно сделать исходя только из регистра симптомов.

Таким образом, построение системного диагноза представляет собой реконструкцию всего комплекса нарушений психической системы: уровня, связи и интеграции, выраженности, динамики, компенсаций и адаптивных попыток системы. Итогом становится формула, позволяющая не только классифицировать состояние, но и определить тактику лечения, прогноз и стратегию терапевтического вмешательства.

Системный диагноз становится основой для разработки индивидуальных терапевтических протоколов, направленных на восстановление нарушенной структуры психической системы, а не только на подавление симптомов. Это делает системную модель не только теоретической, но и практической, терапевтически ориентированной дисциплиной, гармонично дополняющей нозологические классификации МКБ 10/11, а в ряде случаев — превосходящей их в глубине и объяснительной силе.

XV. Структура системного диагноза: элементы и формулировка

Системный диагноз должен представлять собой целостное описание нарушения психической системы, фиксирующее не только феноменологию клинического состояния, но и механизмы, лежащие в его основе. В отличие от нозологического диагноза, где основное внимание уделяется принадлежности состояния к той или иной рубрике МКБ-10 или МКБ-11, системный диагноз ориентирован на реконструкцию структуры дефекта. Он становится формулой, отображающей конфигурацию нарушений по трём главным осям: уровню, связи и интеграции, а также их динамическим, адаптационным и компенсаторным характеристикам.

Структура системного диагноза опирается на несколько обязательных компонентов, каждый из которых отражает определённый аспект системной дисрегуляции. Первым компонентом является указание первичного дефекта уровня, поскольку именно нарушение уровневой организации составляет ядро большинства психических расстройств. Формулировка дефекта уровня должна включать конкретное указание на тот компонент психической системы, который стал функционально недостаточным. Например, дефект когнитивного уровня при шизофреническом процессе или дефект аффективного уровня при рекуррентной депрессии.

Вторым компонентом является описание дефектных связей, которые либо утрачены, либо функционируют с искажением. Нарушение связи между уровнями часто играет более значимую роль в формировании клинической картины, чем сам по себе дефект уровня. Например, связь между аффективным и волевым уровнями может быть существенно нарушена даже при сохранности каждого из них по отдельности. В результате формируется системное состояние, выражающееся в беспомощности, астении или тревожной дезорганизации, что невозможно понять без анализа структурных отношений между уровнями.

Третьим элементом системного диагноза является степень нарушения интеграции, то есть степень дисфункции центрального механизма согласования всей психической системы. Именно дефект интеграции лежит в основе психотических состояний, тяжёлых личностных дисгармоний, глубоких нарушений сознания и ряда когнитивных расстройств. Описание интегративного дефекта фиксирует, насколько нарушена способность психической системы поддерживать устойчивое «Я», самоосознавание, целостность внутреннего опыта и наличие единой направленности психической деятельности.

Четвёртый компонент — динамика дефекта, включающая скорость его формирования, тип течения, прогрессивность, обратимость, волнообразность и резистентность к терапии. Указание динамики имеет ключевое значение, поскольку одно и то же структурное нарушение может иметь различный клинический и прогностический смысл в зависимости от своего временного профиля. Например, прогрессивный дефект интеграции в рамках шизофрении отличается по своей логике от приступообразной динамики при шизоаффективных состояниях, хотя внешне психотические феномены могут быть сходны.

Пятый обязательный компонент — адаптивные и компенсаторные механизмы. Любой дефект психической системы вызывает ответную реакцию системы на попытку восстановить утраченную целостность. Эти компенсаторные механизмы могут быть продуктивными, дезадаптивными, патологическими или псевдокомпенсаторными. Например, навязчивости часто выполняют роль компенсаторного контроля в условиях дефекта волевого уровня, а гипомания может играть роль временной компенсации интегративного дефицита. Фиксация механизмов компенсации позволяет понять функциональный смысл того, что в нозологической психиатрии называется «сопутствующими синдромами».

Шестой компонент системного диагноза — поведенческий и социальный профиль нарушений, отражающий влияние системного дефекта на функционирование в межличностной, профессиональной и бытовой сферах. Хотя данный компонент не является структурным элементом самой психической системы, он является необходимым для практического применения системной модели в клинике.

Наконец, седьмым компонентом является корреляция с МКБ 10/11, позволяющая использовать системный диагноз как дополнение, уточнение и расширение нозологического диагноза. Такая форма «двойной диагностики» обеспечивает совместимость системной модели с существующей медицинской документацией и международными стандартами здравоохранения.

Формулировка системного диагноза должна быть краткой, структурированной, но внутренне насыщенной смыслом. Она напоминает формулу нейропсихологического заключения, где каждая часть имеет функциональную и объяснительную значимость. Пример формулы может выглядеть следующим образом: «Первичный дефект когнитивного уровня с нарушением связи когнитивной и интегративной подсистем, вторичный аффективный дисбаланс, умеренный дефект интеграции, волнообразная динамика, формирование обсессивных компенсаторных механизмов, соответствие F20.0 по МКБ-10 и 6A20 по МКБ-11».

Такая формула даёт врачу не только диагноз, но и понимание структуры психической системы пациента, что позволяет выстраивать индивидуальную терапевтическую стратегию, ориентированную на восстановление уровней, связей и интегративных функций.

Дефект связи

Дефект связи представляет собой нарушение тех механизмов, которые обеспечивают взаимную согласованность уровней психической системы, их координацию, последовательность, переходы и внутреннюю логику. Если дефект уровня означает разрушение одного из фундаментальных блоков психики, то дефект связи обозначает патологию линий коммуникации между этими блоками. Нарушение связности не уничтожает сами уровни, но делает невозможной их согласованную работу. Именно поэтому дефект связи часто приводит к феноменологическим проявлениям, которые могут ошибочно интерпретироваться как

дефект самих уровней, хотя в действительности структура уровня остаётся относительно сохранной.

Мы можем представить психическую систему как многослойную организацию, где каждый уровень выполняет собственную функцию, но функционирует не изолированно, а в рамках общей архитектуры, требующей непрерывного обмена данными. Этот обмен и есть психические связи — вертикальные, горизонтальные и интегративные. Когда связи нарушаются, система не распадается полностью, как при дефекте интеграции, но и не может функционировать полноценно, как при дефекте уровня. Она приобретает качество фрагментарности, дисгармонии, разорванности.

Системное значение дефекта связи чрезвычайно велико. Он создаёт феномен психической «рассогласованности», которая может проявляться в виде парадоксальных сочетаний, нарушений соответствия между ситуацией и реакцией, нарушений сопряжённости когнитивных и эмоциональных компонентов, расщепления мотива и действия, неустойчивости Я и его функций.

Исторически проблема психической связности рассматривалась многими авторами. В. М. Бехтерев подчёркивал, что связь психических функций является важнейшим условием нормального поведения. К. Ясперс выделял «понимаемые связи» как основу психологического анализа. Леонгард описывал дисгармонии личности через нарушение связи эмоциональных, волевых и интеллектуальных компонентов. Современная нейропсихология также рассматривает связность как один из центральных принципов работы мозга, а нарушения связности — как основу расстройств сознания, мышления и поведения.

Дефект связи может возникать на разных уровнях психической системы. Он может затрагивать сенсорное сопряжение (например, при нарушениях перцептивной интеграции), эмоционально-когнитивное сопряжение (характерное для расстройств аффективной регуляции), мотивационно-волевою связность (нарушенную при шизофрении) или когнитивно-сознательную линию (играющую ключевую роль при деперсонализации и дереализации).

Феноменологически дефект связи проявляется разнообразно, в зависимости от того, какие уровни оказались «расщепленными». При нарушении связи между эмоциями и когнициями возникает эффект «холодного понимания», когда пациент интеллектуально осознаёт содержание ситуации, но не переживает его аффективно. При нарушенной связи между мотивацией и волей действие теряет внутренний импульс: пациент формирует намерения, но не может их реализовать. При нарушениях связи между памятью и сознанием возникают феномены инородности воспоминаний, ощущение чуждости собственной биографии.

Системное расщепление на уровне связей даёт основу для многих психопатологических синдромов. Разорванность мышления, например, в рамках шизофренического спектра, является типичным примером вертикального дефекта связи между когнитивным и интегративным уровнями. Тревожные расстройства, напротив, характеризуются нарушением горизонтальной связи между эмоционально-аффективным и когнитивным уровнями: переживания не соответствуют оценке ситуации или становятся чрезмерными по отношению к ней.

Особое место занимает феномен личностного расщепления — не в смысле грубого дефекта уровня личности, а как дефект связи между компонентами «Я», что проявляется в неустойчивости самоидентичности, амбивалентности, непоследовательности поведения. Это наблюдается как при расстройствах личности, так и при хроническом стрессовом воздействии, когда длительное напряжение разрушает связи быстрее, чем уровни.

Таким образом, дефект связи является самостоятельным типом системного нарушения, существенно отличным от дефектов уровня и дефектов интеграции. Его понимание позволяет интерпретировать ряд клинических феноменов в новом ключе, видеть не столько разрушение структуры психики, сколько нарушение её внутренней коммуникации, приводящее к фрагментации, диссонансу и расстройству целостного психического акта.

Феноменология дефекта связи: клинические проявления на разных уровнях психической системы.

Феноменология дефекта связи представляет собой одно из наиболее тонких и клинически богатых проявлений системных нарушений психики. Если дефект уровня разрушает содержание и функции отдельного блока психической системы, то дефект связи изменяет саму архитектуру переходов между уровнями, формируя состояние внутренней расщеплённости, несогласованности, разорванности психической деятельности. Феноменологические проявления в этом случае не являются полной утратой способностей, а отражают нарушение согласованности между ними. Это делает клиническую картину парадоксальной, противоречивой и потому часто неправильно интерпретируемой в традиционной психопатологии.

Понимание феноменологии дефекта связи требует рассмотрения каждого уровня психической системы в контексте его сопряжений с соседними уровнями, так как само нарушение проявляется не в уровне как таковом, а в промежутке между ними.

- ✓ Нарушения на границе сенсорного уровня: расстройства перцептивной связности

На уровне сенсорной обработки дефект связи проявляется прежде всего в расстройстве перцептивной интеграции. Пациент сохраняет способность воспринимать отдельные элементы сенсорного поля, но теряет возможность объединять их в целостный образ. Это состояние описывалось классиками гештальтпсихологии, которые подчеркивали роль структурности восприятия, однако в психиатрии феномен встречается преимущественно при шизофреническом спектре, интоксикационных расстройствах и неврологических состояниях.

Феноменологически пациент может сообщать о том, что предметы выглядят «разобранными», «плоскими», «не собранными вместе». Наблюдается нарушение перехода от сенсорных элементов к когнитивному осмыслению, что создаёт особую форму отчуждённости восприятия, не достигающую уровня

дереализации, но являющуюся её промежуточной формой. Важно подчеркнуть, что здесь нарушена именно связь: органы чувств функционируют, когнитивный уровень сохранён, но мост между ними становится нестабильным.

- ✓ Нарушения эмоционально-аффективной связности: рассогласование переживания и оценки

Одним из характернейших проявлений дефекта связи является разрыв между эмоциональным переживанием и когнитивной оценкой ситуации. Пациент может осознавать отсутствие опасности, понимать иррациональность страха, но продолжать переживать интенсивную тревогу. Именно эта диссоциация является фундаментом многих тревожных расстройств и панических атак, где эмоциональная реакция автономизируется и утрачивает систему взаимных коррекций с когнитивным уровнем.

В противоположных случаях эмоциональный отклик оказывается сниженным или отсутствующим при сохранной когнитивной оценке значимости события. Пациент говорит: «Я понимаю, что должен чувствовать боль, радость, страх, но этого нет». Это наблюдается при депрессии, деперсонализации, шизофрении на продромальных этапах. Таким образом, дефект связи формирует состояние, когда эмоции и мысли следуют разным траекториям, не синхронизируются, что создаёт клиническую картину внутренней двойственности, амбивалентности и чувственной пустоты.

- ✓ Нарушения мотивационно-волевой связности: разрыв между намерением и действием

Особой формой дефекта связи является нарушение сопряжения мотива и волевого импульса. Пациент может формулировать намерение, желать активности, понимать необходимость действия, но не способен перейти к реализации. Это состояние описывалось в немецкой психопатологии как абulia, но традиционное описание не отражает глубину системного механизма.

При дефекте связности мотивационно-волевой линии разрыв происходит именно на мосту между внутренним импульсом и его двигательной, поведенческой реализацией. Пациент не утратил мотив. Он не утратил волю как структуру. Он не потерял способность к движению. Но нарушена внутренняя передача: намерение перестаёт быть действием.

Клинически это проявляется как «застывание перед началом», длительные паузы, патологическая прокрастинация, феномен «психической инертности». Это может наблюдаться при шизофрении, депрессиях, астенических состояниях, посттравматических расстройствах.

- ✓ Нарушения когнитивно-сознательной связности: разрыв между мыслью и её осознанием

В наиболее тонких случаях дефект связи проявляется как нарушение связи между когнитивным процессом и его осознанием. Человек может

формировать мысль, но не переживать её как принадлежащую себе; напротив, может ощущать появление мысли без понимания её содержания.

Это создаёт феномены, описанные в классической феноменологии Ясперса как нарушения переживания активности психических процессов. Системно это является результатом того, что мозговой и психический (когнитивный) уровень функционируют, но связь с интегративным уровнем сознания нарушена. Феноменологически возникают состояния «пустой головы», задержки осмысления, нарушения автоматизма, опыт «мысли, которая не успевает стать мыслью».

✓ Нарушения связности личностного уровня: расщепление Я

Особое значение имеет дефект связи между подсистемами личности. В отличие от грубого дефекта интеграции, который ведёт к распаду единства Я, дефект связи проявляется как утрата согласованности внутри структуры Я: убеждения не связаны с мотивацией, ценности — с поведением, эмоциональный образ себя — с реальными поступками. Пациенты описывают это как внутреннюю непоследовательность, раздвоенность, противоречивость, ощущение «несобранности» личности.

В клинике расстройств личности это проявляется как импульсивность, нестабильность самоидентичности, неустойчивость решений, аффективные срывы. В норме подобные состояния наблюдаются в периоды кризиса, стресса, истощения, когда разрушаются самые тонкие уровни связности.

✓ Связи между памятью и сознанием: феномены инородности и расщепления биографического опыта

Нарушение связи между мнемическим и сознательным уровнем порождает состояние инородности воспоминаний, их эмоциональной пустоты или, наоборот, чрезмерной насыщенности. Пациент может говорить, что помнит события, но не переживает их как «свои», как будто биография принадлежит другому человеку.

Эти состояния характерны для деперсонализационных расстройств, ПТСР, диссоциативных феноменов, а также для шизофренического спектра. Здесь важно, что память сохраняется, сознание функционирует, но отсутствует связующий мост, который обеспечивал бы интеграцию воспоминания в личностную структуру.

Таким образом, феноменология дефекта связи охватывает все уровни психической системы и формирует широкий спектр клинических проявлений — от лёгкой разорванности до тяжёлой психической диссоциации. Клиническое искусство заключается в умении различать дефект уровня, дефект связи и дефект интеграции, так как терапевтическая работа в каждом случае отличается принципиально.

Механизмы возникновения дефекта связи: нейродинамические, психологические и системные факторы

Понимание природы дефекта связи требует выхода за пределы описательной психопатологии. Традиционные феноменологические описания дают нам возможность увидеть клинический результат, но не объясняют, почему именно нарушаются переходы между уровнями психической системы, почему разрушается согласованность и почему определённые виды связности оказываются уязвимыми при разных нозологических формах. Чтобы приблизиться к истокам этого сложного нарушения, необходимо рассмотреть механизмы дефекта связи в трёх плоскостях: нейродинамической, психологической и системной. Каждая из этих плоскостей отражает собственную логику причинности, но клинически они проявляются синхронно, образуя единый континуум нарушения.

✓ Нейродинамические механизмы дефекта связи

На уровне нейродинамики дефект связи возникает как нарушение передачи, синхронизации или согласованности процессов, протекающих в различных структурах мозга. Современная нейрофизиология подчёркивает роль функциональной коннективности в поддержании согласованной психической деятельности: согласованность ритмов, фазовая синхронизация, стабильность нейронных ансамблей — всё это формирует нейрофизиологический фундамент связей между уровнями психики [1].

1) Нарушение межсетевой координации

Мозг оперирует не отдельными зонами, а крупными функциональными сетями: сеть пассивного режима, исполнительная сеть, салиентная сеть и др. Нарушение их координации приводит к ситуациям, где активность одних сетей не успевает затормозиться перед включением других, или же переключение между сетями становится инертным. Это состояние лежит в основе феноменов «застывания», трудности смены психических актов, нарушения переходов от восприятия к мышлению, от эмоции к действию.

Клинически такое состояние встречается при шизофрении, ОКР, аутизме, депрессии.

2) Дисрегуляция лимбико-кортикальных связей

Эмоционально-аффективный уровень психической системы во многом опирается на взаимодействие лимбических структур и коры. Когда лимбическая реакция становится чрезмерно быстрой, мощной или автономной, а корковое торможение — замедленным, возникают феномены несогласованности эмоций и когнитивной оценки. Это и есть биологическая основа дефекта связи «эмоция — мысль», который лежит в основе тревожных и аффективных расстройств.

3) Нарушение временной интеграции

Современные исследования показывают, что нарушение временной согласованности нейронной активности приводит к феноменам фрагментации опыта, нарушению непрерывности сознания, появлению «провалов», замедления или опережения осознания происходящих мыслей. Так формируются

феномены «мыслей, не успевающих стать сознанием», состояния пустоты, прерывистости внутреннего диалога.

4) Искажение градиентов активации

Психическая система использует градиенты возбуждения — переходные уровни активации между слоями и подсистемами. Если градиент формируется неправильно, переход между уровнями становится либо чрезмерно резким, либо патологически сглаженным. Клинически это приводит к парадоксальным состояниям: человек может бурно реагировать на незначительные стимулы или, напротив, оставаться эмоционально инертным при объективно значимых событиях.

✓ Психологические механизмы дефекта связи

Психологические механизмы отражают логику внутренней динамики личности, развитие её опытов и способов переработки информации. Дефект связи на этом уровне возникает как нарушение психологической интеграции, внутреннего диалога и способности к согласованию переживаний, мыслей и поведения.

1) Нарушение внутреннего посредничества (по Л.С. Выготскому)

Переход между уровнями психической системы — это не механический процесс. Он осуществляется через систему психологических посредников: значений, смыслов, категорий, внутренних речевых форм. Если эти посредники ослаблены или разрушены, возникают разрывы между переживанием и осмыслением. Так развиваются феномены эмоциональной отчуждённости, алекситимии, когнитивно-аффективной диссоциации.

2) Психические защиты как источник дефекта связи

Некоторые формы защиты — например, вытеснение, диссоциация, интеллектуализация фактически представляют собой нарушение связей между уровнями психики. Это объясняет, почему при тревоге нарушается контакт между эмоциональным и когнитивным уровнем: защита, направленная на снижение тревоги, блокирует связь, по которой эмоция должна стать осознанным переживанием.

3) Травма как слом связующих структур опыта

Психическая травма разрушает способность системы объединять переживание и смысл. Человек сохраняет опыт, но не может интегрировать его в структуру сознания. Это формирует разрыв между памятью и личностным уровнем, что проявляется как феномены деперсонализации, флэшбэков, избегания.

Травма — это классический пример дефекта связи, возникающего как психологический механизм и переходящего в нейродинамическое и системное нарушение.

4) Нарушение личностной медиаторики

Устойчивость связей обеспечивается личностными структурами: ценностями, установками, устойчивыми смысловыми матрицами. Их ослабление при депрессии, истощении, болезненной усталости приводит к тому, что переходы

между уровнями становятся хаотичными, бессвязными, оторванными от целостного Я.

✓ Системные механизмы дефекта связи

Самое глубинное понимание дефекта связи связано с системным уровнем. Психика функционирует как многоуровневая система, где каждый уровень не автономен, а зависит от структуры связей. Нарушение одной связи приводит к перестройке всей системы.

1) Принцип системного резонанса

Когда нарушена связь между двумя уровнями, система компенсирует её усилением других связей или изменением траектории психической активности. Это объясняет, почему при дефекте связи когнитивные процессы становятся гиперактивными, эмоциональные — ослабленными или наоборот. Система ищет новый путь передачи информации, и этот путь часто оказывается патологическим.

2) Принцип конкурирующих подсистем

Разрыв связи создаёт ситуацию, в которой отдельные подсистемы начинают функционировать автономно, в режиме «параллельных психических процессов». Так возникают феномены амбивалентности, параллельных мыслей, «двойного переживания», внутреннего конфликта. Не потому, что нарушен уровень, а потому, что нарушено согласование уровней.

3) Потеря интегративного центра

Интегративный уровень психической системы обеспечивает согласование эмоционального, когнитивного и личностного процессов. При его дисфункции связи между уровнями теряют контроль, становясь либо чрезмерно жёсткими, либо, наоборот, распадаясь.

4) Нарушение принципа энергетической экономии

Психическая система распределяет ресурсы так, чтобы минимизировать затраты. При дефекте связи переходы между уровнями становятся энергозатратными, нестабильными, что приводит к астении, истощению, снижению толерантности к стрессу. Система начинает «отключать» связи как наименее приоритетные, что усугубляет нарушение.

Дефект связи в различных нозологических формах: сравнительный клинико-системный анализ

Переходя к анализу дефекта связи в рамках различных психических расстройств, важно подчеркнуть, что это нарушение никогда не является изолированным феноменом. Оно всегда отражает фундаментальное смещение динамики психической системы как целого, включающее вариации нейродинамических, когнитивных, аффективных, мотивационных и личностных процессов. Нозологические формы отличаются не наличием или отсутствием дефекта связи, а его структурным профилем, глубиной, направлением и клиническим паттерном. Поэтому системный подход позволяет не просто описывать феноменологию, но

выявлять типологию связевых нарушений в разных заболеваниях, что делает диагностику существенно более точной как в рамках МКБ-10/11.

✓ Дефект связи при шизофрении: распад интегративных контуров

Шизофрения представляет собой классический пример глубинного и структурного дефекта связи, который затрагивает практически все уровни психической системы. Его характер носит прежде всего вертикальный тип поражения: нарушается связь между уровнями «переживание — осмысление», «мышление — Я», «аффект — действие». Фундаментальное нарушение интегративного уровня, описанного К. Ясперсом как «распад связности», приводит к тому, что высшие формы сознания утрачивают объединяющую роль.

Дефект связи при шизофрении проявляется в следующих ключевых формах:

- 1) Нарушение перехода от когний к личностному уровню. Мыслительный процесс становится автономным и перестает соотноситься с Я. Возникает феномен «мыслительной отчужденности», когда мысль не переживается как собственная.
- 2) Диссоциация между сенсорным и когнитивным уровнями. Переживание перестает быть основой для смыслообразования: отсюда явления дереализации, нарушения предметного восприятия, формирование бредовых интерпретаций.
- 3) Разрушение внутреннего диалога. Внутренние голосовые и когнитивные потоки перестают интегрироваться, распадаясь на фрагменты, которые могут восприниматься как внешние.
- 4) Фрагментация временных связей. Снижение способности удерживать последовательность мыслей приводит к «симптомам распада»: разорванность мышления, ассоциативная несогласованность.

С системной точки зрения, шизофрения демонстрирует поражение центрального интегративного узла, обеспечивающего координацию верхнего уровня психической системы.

✓ Дефект связи при депрессивных расстройствах: разрыв когнитивно-аффективных контуров

В отличие от шизофрении, депрессия не демонстрирует глобального распада структур. Здесь нарушения связи носят функциональный, а не структурный характер.

Главная особенность депрессии — патологическая фиксация на одном типе связей: аффект → когниция, при резко ослабленной связи когниция → аффект.

Это создает следующий паттерн:

- 1) Аффективная доминанта. Эмоция меланхолии или тоски становится автономной и начинает определять смысловые структуры мышления. Возникает депрессивная ригидность, негативные когниции, глобализация неуспехов.

- 2) Нарушение мотивационно-волевых связей. Аффект не преобразуется в действие: сохраняется желание изменить состояние, но связь «мотивация → воля» разорвана.
- 3) Снижение интеграции с личностным уровнем. Депрессивное переживание начинает определять Я, формируя патологическую самооценку, идеи виновности.
- 4) Утрата связи времени. Будущее перестает восприниматься как открытое; цепь времени схлопывается в «застывшее настоящее», что является системным феноменом нарушения временных связей.

Таким образом, депрессия представляет собой нарушение преимущественно горизонтальных связей между эмоциональным, когнитивным и волевым уровнями.

- ✓ Дефект связи при тревожных расстройствах: разрыв между аффектом и когнитивной медиаторикой

Тревожные расстройства характеризуются чрезмерной активностью эмоционально-аффективного уровня при недостаточной когнитивной регуляции и нарушении обратной связи.

Здесь дефект связи проявляется как:

- 1) Преобладание быстрого аффективного пути. Лимбическая реактивность доминирует над корковой переработкой, что приводит к феномену «переживание без смысла» — эмоция возникает мгновенно, а осмысление не успевает активироваться.
- 2) Слабость когнитивного торможения. Разорвана связь «мысль → снижение тревоги», что делает тревогу самоподдерживающейся.
- 3) Усиление обратного аффективного контура. Система начинает функционировать в режиме положительной обратной связи: тревога вызывает интерпретации, интерпретации усиливают тревогу.
- 4) Нарушение связи с личностным уровнем. Тревога перестает восприниматься как часть Я и ощущается как «навязанная», «неуправляемая».

Тревожные расстройства — пример как функционального, так и динамического дефекта связи.

- ✓ Дефект связи при расстройствах личности: хроническое нарушение интегративных структур

В расстройствах личности дефект связи носит устойчивый, характерологически закрепленный характер. Он связан не с разрушением связей, а с их искаженной организацией, сформировавшейся в процессе развития.

Профиль таких нарушений включает:

- 1) Эмоционально-личностный разрыв. Переживания плохо интегрируются с концепцией Я, что приводит к импульсивности, нестабильности самооощущения, аффективной реактивности.

- 2) Нарушение связи между опытом и поведением. Память о последствиях не формирует адекватную модель действия; отсутствует связь «событие → вывод → изменение поведения».
- 3) Искажение горизонтальных связей. Слишком жёсткие или слишком слабые связи между когнитивными, аффективными и волевыми уровнями создают предсказуемые паттерны поведения: уход в зависимости, реактивные поступки, агрессия, избегание.
- 4) Дисфункция интегративного уровня. Структура Я не обеспечивает объединение разнородных переживаний, что приводит к фрагментации личности. Это типологический, а не эпизодический дефект связи.

- ✓ Дефект связи при зависимостях: захват связей патологическим мотивационным контуром

При аддиктивных расстройствах центральным нарушением является разрыв между мотивацией, волей и личностным уровнем.

- 1) Патологическая фиксация мотивации. Возникает замыкание мотивационного уровня на один объект — психоактивное вещество или поведение.
- 2) Утрата восходящих связей. Информация о вреде, опыте, последствиях не достигает мотивационного уровня; она не преобразуется в торможение импульса.
- 3) Разрыв «воля — действие». Регуляция поведения нарушена: волевое решение не приводит к соответствующему поступку.
- 4) Деградация личностных связей. Аддикция поглощает Я, упрощая структуру личности до уровня одномерной направленности.

- ✓ Дефект связи при органических расстройствах: нейросистемная несогласованность

Органические поражения мозга приводят к выраженным нарушениям связей, поскольку повреждаются нейрональные пути, обеспечивающие межуровневую координацию.

- 1) Сенсорные и когнитивные разрывы. Информация поступает фрагментарно и не подлежит целостной переработке.
- 2) Нарушение памяти как разрушение временных связей. Невозможность формирования последовательности событий приводит к выпадению интеграции.
- 3) Нарушение связи с личностным уровнем. Возникают эго-дефицитарные состояния, при которых личность теряет способность объединять переживания.

Органические расстройства — один из наиболее показательных примеров «жёсткого» дефекта связи.

Дефект интеграции

Понятие интеграции является ключом к пониманию психики как целостной системы. В предыдущих главах было показано, что интегративный уровень представляет собой не сумму функций, а особую организацию психической деятельности, обеспечивающую единство личности, непрерывность сознания, смысловую связность биографии и способность системы действовать как единое целое. Интеграция — это «центр» психической системы не в топографическом, а в функционально-структурном смысле, формирующий контуры самосознания, обеспечивающий внутреннюю согласованность, координацию уровней и формирование смыслов из опыта. Поэтому дефект интеграции является наиболее тяжелым видом системного нарушения, поскольку он разрушает саму архитектуру психики, а не отдельные её элементы или связи.

Исторически проблема интеграции обсуждалась в разных традициях. У Канта единство апперцепции рассматривалось как условие возможности опыта, то есть как принцип, организующий все представления в структуру «я мыслю». В феноменологии Гуссерля интеграция понималась как поток сознания, который создает непрерывность переживания, связывая элементы опыта в интенциональные единицы. Ясперс описывал интеграцию как «связность сознания» — способность к синтезу разнородных психических актов в осмысленное целое. В отечественной психологии Л.С. Выготский подчёркивал роль высших психических функций как механизмов, интегрирующих элементы поведения в культурно опосредованные структуры. В нейропсихологии А.Р. Лурии интегративные функции распределялись между разными блоками мозга, при этом их нарушение приводило к распаду сложных форм деятельности, личности, сознания.

Системное понимание интеграции объединяет эти концепции, интерпретируя интегративный уровень как центр, в котором сходятся вертикальные и горизонтальные связи, обеспечивающие три фундаментальных качества психики: целостность, непрерывность и идентичность. В этом смысле дефект интеграции выходит за пределы феноменологии и отражает разрушение структур, через которые психика организует себя как систему.

Дефект интеграции отличается от дефекта уровня тем, что не затрагивает конкретную подсистему, а разрушает их объединение. Он отличается от дефекта связи тем, что охватывает не отдельные связи, а сам механизм связывания. Если дефект уровня можно сравнить с отсутствием функции, а дефект связи — с нарушением коммуникации между функциями, то дефект интеграции — это разрушение центрального принципа организации, делающего возможным существование психики как целостного субъекта.

Клинически дефект интеграции проявляется в нарушении самосознания, временной нецелостности, редукции Я, дезинтеграции биографической линии, фрагментарности переживания, потере смысловых структур, искажении самоотношений, нарушениях рефлексии и способности к саморегуляции. Эти феномены объединяет то, что психическая система перестает функционировать как единый организм и распадается на изолированные или конфликтующие подсистемы. В тяжёлых формах это приводит к состояниям, которые традиционно описывались как глубокие психозы, диссоциативные кризы, органические

синдромы, кататонические формы, тяжёлые депрессивные ступоры и крайние варианты расстройств личности.

Системная психиатрия позволяет выделить несколько типов дефекта интеграции, каждый из которых отражает специфический механизм системного распада. Первый тип можно назвать диссоциацией интегративного уровня, когда нарушается способность центральной подсистемы удерживать единство сознания. Второй тип — фрагментация Я, при которой личностный уровень теряет свою организующую функцию. Третий — де-смысловая дезинтеграция, когда рушится система смыслов, и опыт перестает связываться в осмысленную биографическую структуру. Четвертый — временная дисинтеграция, включающая разрыв временной последовательности, утрату непрерывности и историчности Я. Пятый — регуляторная дезинтеграция, при которой исчезает способность системы координировать уровни, что приводит к разрушению поведения как целенаправленной деятельности.

Эти механизмы проявляются неоднородно в разных нозологиях, и именно анализ дефекта интеграции позволяет дифференцировать состояния, которые при поверхностном наблюдении могут казаться схожими. Например, шизофреническая дезинтеграция отличается от диссоциативной тем, что в первом случае нарушается сам механизм связывания, а во втором — связь между интегрированными блоками, которые остаются автономно структурированными. Депрессивная дезинтеграция чаще всего затрагивает смысловые и временные структуры, сохраняя личностное ядро, тогда как органическая — разрушает личностный центр как таковой. Аддиктивная дезинтеграция имеет динамический характер: интеграция подменяется патологическим центром — объектом зависимости. Тревожная дезинтеграция проявляется кратковременно, но глубоко затрагивает интегративный уровень в виде панического распада контроля и целостности переживания.

Системный анализ позволяет понять, что дефект интеграции является специфической закономерностью нарушений, которую невозможно обнаружить, если рассматривать психические функции изолированно. Он становится видимым только в контексте целостной модели психической системы, где выделены уровни, связи и интегративное ядро. Именно поэтому введение понятия дефекта интеграции является научно значимым шагом, поскольку делает возможным новое понимание психических расстройств в рамках МКБ 10/11.

Глава 13. Психический статус как отображение состояния системы

Психический статус традиционно рассматривается в клинической психиатрии как описательная процедура, фиксирующая текущее состояние психических функций пациента. В повседневной практике он воспринимается как совокупность феноменологических разделов, связанных с восприятием, мышлением, аффектом, памятью, вниманием, интеллектом и волевой сферой. Однако в рамках классической описательной парадигмы статус остается фрагментированным, поскольку он отражает состояние отдельных функций, но не принципов их взаимной организации. Именно поэтому результаты психического статуса нередко оказываются трудными для системного анализа: клиницист получает перечень нарушений, но не видит логики, определяющей их происхождение и их взаимосвязь.

Разработка модели психической системы позволяет придать психическому статусу новое клиническое значение. В этой главе статус рассматривается не как набор независимых разделов, а как отображение состояния системы в целом. Каждый раздел психического статуса становится индикатором того или иного уровня, подсистемы или связи, а совокупность наблюдаемых феноменов отражает распределение функций в системе, степень их интеграции и характер системного дефекта. Такая интерпретация не только углубляет клиническое понимание состояния пациента, но и делает психический статус инструментом оценки нарушений на уровне системной организации.

В контексте разработанной нами концепции психического уровня, подсистем и интеграции, психический статус предстает как феноменологическая «проекция» внутренней системной структуры. Он отражает работу сенсорного, аффективного, мотивационного, когнитивного, мнемического и личностного уровней, а также центральных интегративных механизмов, обеспечивающих единство сознания, континуитет биографии и целостность «Я». При таком подходе психический статус становится не описанием симптомов, а картированием системы, позволяющим судить о том, какие её элементы находятся в нормальном состоянии, какие нарушены, какие связи ослаблены и где могут локализоваться узловые точки патологии.

Классическая психиатрическая традиция, начиная от Крепелина и Блейлера, уже содержала интуитивные попытки системной интерпретации статуса, хотя понятийный аппарат был иным. Крепелинское понятие «основных расстройств мышления» отражало не столько мысль как таковую, сколько дезинтеграцию структур, обеспечивающих её связность. Блейлеровские «симптомы первого ранга» описывали не изолированные феномены, а глубинное нарушение функционирования эго-центра, ведущего к распаду структуры личности. Ясперс, рассматривая психопатологию через призму понимания и объяснения, фактически показал, что психическое расстройство нельзя сводить к перечню симптомов: оно представляет собой нарушение внутренней системной формы психики как целостности. Эти традиции формируют основу для перехода к системному взгляду, который мы развиваем в настоящей монографии.

В отечественной науке понятие психического статуса также неоднократно интерпретировалось в связи с системностью. Лурия подчеркивал, что симптом всегда является продуктом взаимодействия нескольких функциональных блоков мозга, а не изолированным нарушением. Выготский писал, что психические функции в действительности функционируют как сложные функциональные системы, и любой дефект отражает нарушение всей структуры, а не лишь одной операции. Эти идеи, соединенные с современной системной теорией и нашими предыдущими монографиями о психическом статусе и анамнезе, позволяют ввести новое понимание статуса как отображения состояния психической системы.

Психический статус, рассмотренный с системных позиций, имеет двоякую природу. С одной стороны, он отображает актуальное функционирование уровней психики: сенсорного, аффективного, когнитивного и других. С другой — демонстрирует степень их согласованности, интеграции и целостности. Например, нарушения восприятия, фиксируемые как галлюцинации, могут отражать дефект сенсорного уровня, но их системный анализ показывает, что ключевым является нарушение связи между сенсорным и когнитивным уровнями, а в более тяжелых случаях — дефект интегративного центра. Точно так же расстройства мышления становятся отражением не только когнитивных нарушений, но и ослабления горизонтальных связей между когнитивным и аффективным уровнями, нарушения вертикальных связей с личностным уровнем и дезорганизации интегративной структуры сознания.

Таким образом, психический статус становится одним из главных инструментов системной психиатрии, поскольку он позволяет фиксировать не только феноменологию, но и структуру нарушений, их системную локализацию, степень дезинтеграции, преобладающий тип системного дефекта и характер его динамики. Статус становится клиническим отображением системы, а система — теоретическим основанием для понимания статуса. Именно это взаимное соответствие дает возможность развить диагностику, основанную на системном анализе, и переосмыслить роль статуса в клиническом мышлении.

Психический статус как картирование уровней психической системы

Если классическая клиническая психиатрия рассматривает психический статус как последовательность разделов, каждый из которых фиксирует определённую группу психических феноменов, то в системной модели статус предстает как топографическая карта функционирования уровней психической системы. В каждом разделе психического статуса отражается работа определённого уровня, а совокупность разделов демонстрирует их взаимодействие, согласованность и степень интеграции. Такой подход позволяет не только описывать феномены, но и понимать их локализацию внутри системы, что значительно повышает диагностическую точность и объяснительную силу клинического анализа.

Сенсорный уровень проявляется в статусе прежде всего через данные о восприятии и его расстройствах. Галлюцинации, иллюзии, сенестопатии,

нарушения восприятия времени и пространства являются феноменологическими индикаторами состояния сенсорной подсистемы и связей между сенсорным и когнитивным уровнями. В системной интерпретации галлюцинации перестают быть лишь «чуждыми образами» и превращаются в проявление нарушения восходящей интеграции: сенсорная информация утрачивает согласование с когнитивным и цензорным контролем, что делает невозможным её корректную обработку. Таким образом, любое нарушение восприятия несет информацию о состоянии межуровневых связей, а не ограничивается характеристикой сенсорной сферы.

Эмоционально-аффективный уровень фиксируется разделами статуса, посвященными настроению, аффекту, эмоциональной реактивности и экспрессии. При системном подходе аффективные феномены рассматриваются как отражение работы уровня, регулирующего базовые эмоциональные состояния и их согласование с когнитивным и личностным слоями психики. Депрессивные, тревожные, дисфорические или лабильные состояния становятся индикаторами не только эмоциональной дисрегуляции, но и нарушений в вертикальных связях, определяющих соотношение эмоционального и когнитивного контроля. Эта логика позволяет объяснять, почему депрессии могут сопровождаться когнитивными и соматическими нарушениями, а тревожные состояния — нарушениями восприятия и внимания: все эти феномены являются вторичными проявлениями дефицита системных связей.

Мотивационно-волевой уровень отражается в оценке побуждений, стремлений, активности, произвольности поведения и степени инициативности пациента. В клиническом описании эти характеристики часто остаются «дополнительными» разделами, однако системная модель делает их центральными для понимания структуры расстройства. Аволиция, абулия, импульсивность, патологические влечения, слабость волевой регуляции или наоборот — их чрезмерная ригидность — указывают на состояние мотивационно-волевого уровня и на характер его связи с аффективными и когнитивными процессами. В системном подходе волевые нарушения рассматриваются как дефект в узле, обеспечивающем переход от переживания и мысли к действию, то есть как нарушение функциональной архитектуры всей психической системы.

Когнитивный уровень, традиционно фиксируемый в разделе мышления, приобретает в системной интерпретации особую многомерность. Расстройства мышления — разорванность, непоследовательность, резонерство, символизм, паралогика — перестают восприниматься как нарушения «потока мыслей» и становятся маркерами дисфункции уровня, обеспечивающего обработку и структуру информации. Системная модель показывает, что нарушения мышления отражают не только дефекты когнитивного уровня, но и нарушения связи с аффективным, личностным и интегративным уровнями. Так, резонерство указывает на дискоординацию когнитивного и личностного уровней, а разорванность — на дефект связи когнитивного уровня с интегративной подсистемой, обеспечивающей целостность сознания.

Мнемический уровень отображается в статусе через оценку памяти — её объема, динамики, модальности, осмысленности и произвольности. Мнемические функции образуют ось биографической преемственности, поэтому их нарушения всегда имеют системный характер. Память не является локальной функцией; она интегрирует когнитивные, аффективные и личностные процессы, формируя биографическую основу личности. Именно поэтому амнестические синдромы, фиксируемые в статусе, становятся индикаторами дефектов всей интегративной архитектуры, а не только отдельных нейропсихологических механизмов.

Личностный уровень отражается в статусе через особенности самоотношения, ценностных ориентаций, критичности, самооценки и структуры «Я». Именно здесь феноменологическое описание часто сталкивается с трудностями, поскольку личностный уровень является сложным системным образованием, включающим интеграцию всех предшествующих уровней. Расстройства личности, нарушения самосознания, снижение критичности, патологическая трансформация смыслов или деформация системы отношений свидетельствуют о нарушении целостной структуры «Я». Соответственно, в системном анализе данные раздела, посвящённого личности, становятся центральными для понимания локализации дефекта в системе.

Наконец, интегративный уровень, обеспечивающий единство сознания, непрерывность психического опыта и согласование всех уровней, проявляется в статусе наиболее опосредованно — через структуру сознания, уровень ясности, степень включенности, целостность переживания и способность удерживать связи между феноменами. Нарушения сознания, дезинтеграция когнитивного потока, разлад между мышлением и аффектом, слабость волевого контроля, утрата единства «Я» — все это является феноменологическим выражением системного дефекта интеграции. Статус, фиксируя нарушения сознания, отражает состояние центрального механизма, который обеспечивает целостность психической системы как таковой.

В результате психический статус становится системной картой, позволяющей видеть не только феномены, но и их структурные основания. При таком подходе каждый раздел статуса — это индикатор состояния уровня, а совокупность данных — отражение всей структуры системы, её связности и интеграции. Именно в этом заключается фундаментальное значение статуса для системной психиатрии.

Структурная логика психического статуса: от феноменологии к системной диагностике

Переход от феноменологического описания психических явлений к системной диагностике является ключевым шагом, который трансформирует саму природу клинического мышления. Психический статус, построенный по классической схеме, фиксирует феномены в их непосредственном, наблюдаемом проявлении, однако не раскрывает того, как они организованы внутри психической

системы. Системная модель делает следующий шаг: она не отменяет феноменологию, но переосмысливает её как симптоматику уровневых и межуровневых процессов, позволяя видеть за поверхностными явлениями их структурные основания.

Феноменология статуса — это всегда первый уровень клинического анализа, своего рода первичная топография психических явлений. Однако она не объясняет механизмы их возникновения. Например, разорванность мышления может выглядеть одинаково феноменологически у разных пациентов, но её системное происхождение будет принципиально различным: в одном случае она обусловлена дефектом интеграции когнитивного уровня, в другом — нарушением координации между аффективным и когнитивным уровнями, а в третьем — недостаточностью личностного уровня и нарушением саморегуляции. Феноменологический описательный уровень не позволяет провести эти различия, тогда как системный подход требует отличать эти механизмы принципиально.

Структурная логика психического статуса заключается в том, что каждый феномен должен интерпретироваться в контексте работы определённого уровня психической системы и его связей с другими уровнями. Такая логика делает статус не просто набором наблюдений, а инструментом моделирования состояния системы. В клинической практике это приводит к тому, что врач начинает мыслить не феноменами, а связями: он рассматривает галлюцинации не как «наличие или отсутствие образов», а как проявление нарушения интегративного контроля; эмоциональную лабильность — не как «переменчивость настроения», а как показатель слабости регуляции между аффективным и мотивационно-волевым уровнями; снижение критичности — не как «отсутствие понимания болезни», а как индикатор нарушения личностного уровня и его связи с когнитивным.

Подобная трансформация мышления делает психический статус инструментом системной диагностики, то есть диагностики, направленной на выявление зон нарушения внутри архитектуры психической системы. Системная диагностика требует от врача видеть в каждом феномене его структурное происхождение. Например, при оценке клинической картины депрессии специалист в системном подходе будет учитывать не только снижение настроения, но и характер нарушения связей между аффективным, когнитивным и мотивационным уровнями. Именно характер нарушения связи определяет клинический подтип депрессии, её динамику, степень тяжести и реактивность к терапии.

Такая структурная интерпретация феноменологии приближает клинический диагноз к реальному функционированию психической системы, делая его не формальной классификационной меткой, а отражением системной структуры расстройства. В отличие от традиционной психиатрии, где симптомы и синдромы часто описываются как наборы феноменов, системная диагностика опирается на понимание того, какие уровни поражены, какие связи нарушены и как это отражается в целостном функционировании психики. Феноменологическое описание становится средством, позволяющим выйти на уровень структурного анализа, а не самоцелью.

Важным следствием системного подхода является возможность разработки новых критериев тяжести и глубины психопатологии. В традиционной модели тяжесть определяется количеством и выраженностью симптомов, тогда как в системной модели она определяется глубиной поражения уровней и степенью нарушения интеграции. Так, наличие одного феномена, свидетельствующего о дефекте интегративного уровня (например, грубая расщеплённость сознания), может означать более тяжёлое нарушение системы, чем множественные нарушения на периферических уровнях. Психический статус в этой логике становится инструментом измерения не внешней феноменологии, а глубины системного дефекта.

Наконец, структурная логика позволяет существенно повысить точность дифференциальной диагностики. Множество клинических состояний, которые феноменологически выглядят сходно, системно различаются благодаря отличию в пораженных уровнях и связях. Это особенно важно при разграничении пограничной и психотической патологии, при анализе расстройств личности, при диагностике органических поражений и при оценке функциональных расстройств. Психический статус становится универсальным инструментом, который позволяет видеть различия между клиническими состояниями не только по феноменологии, но и по системному профилю их нарушений.

Психический статус как отображение состояния подсистем и характеристик нарушения

Понимание психического статуса через призму психической системы позволяет рассматривать каждую его часть как отражение не только функции определённого уровня, но и степени согласованности между уровнями, их взаимной компенсации и системной устойчивости. В этом смысле психический статус становится своего рода «рентгенограммой» внутренних связей психики, позволяющей реконструировать архитектуру системы в момент обследования. Так, фиксация нарушений мышления, восприятия или памяти не исчерпывает диагностическое значение симптомов, поскольку каждый из них указывает на определённый тип связи между уровнями, а также на то, каким образом система пытается сохранить целостность, вырабатывая компенсаторные или патологические формы интеграции. Это отличает системный подход от классического феноменологического описания, фиксирующего главным образом качественное изменение или выпадение функции.

Выраженность нарушений в психическом статусе при системном толковании оказывается производной от глубины поражения уровня и степени нарушения связей между уровнями, что позволяет рассматривать психопатологические феномены как элементы системного диагноза. Например, нарушения внимания, фиксируемые при тревожных расстройствах, отражают несостоятельность интегративного контроля, который должен координировать деятельность сенсорного и когнитивного уровней. В свою очередь, при депрессии изменения эмоционального уровня приводят к формированию специфического стиля

восприятия, замедлению когнитивных процессов и сужению мотивационного поля; эти нарушения становятся видимыми именно в психическом статусе, который фиксирует характер перераспределения активности между уровнями и тип системного дисбаланса.

Особую важность приобретает оценка речевых проявлений, поскольку речь является одним из главных каналов внешней репрезентации системной интеграции. Нарушения речевой координации, грамматической структуры и логической последовательности нередко выступают маркером расстройства интегративного уровня. Здесь феноменология не просто фиксирует расстройство мышления, но указывает на фундаментальный сбой в механизмах соединения когнитивного содержания с эмоциональными, мотивационными и личностными компонентами, что наблюдается при психозах, органических заболеваниях мозга и тяжелых аффективных состояниях. Таким образом, речевые нарушения в психическом статусе являются индикатором того, в каком месте системы нарушена трансляция внутренней психической динамики во внешнее поведение.

Не менее важно учитывать характеристики аффективной сферы, поскольку эмоции представляют собой базовый уровень регуляции, от которого зависит устойчивость всей психической системы. Клиническая феноменология давно описывает эмоциональную лабильность, ригидность, плоскость или напряжённость, однако в системной трактовке эти признаки приобретают более глубокое значение. Так, при тревожных расстройствах аффект занимает доминирующее положение и оказывает чрезмерное влияние на когнитивный уровень, вызывая искажения в оценке угрозы, интерпретации соматических сигналов и выборе поведения. В депрессии же сниженная аффективная активность приводит к «обрушению» мотивационно-волевого уровня, что в психическом статусе выражается в характерных признаках апатии, заторможенности, редукции инициативы и нарушении способности к волевому усилию. Поэтому анализ эмоционального состояния в психическом статусе становится инструментом оценки системной регуляции и её устойчивости.

Отдельное место в психическом статусе занимает исследование сознания. Нарушения ясности, структуры, устойчивости или направленности сознания при системном подходе интерпретируются как признаки нарушения интегративного уровня. Изменения сознания отражают неспособность системы поддерживать согласованность между множеством внутренних процессов и ориентироваться во внешнем контексте. При делириозных состояниях, например, сенсорный и когнитивный уровни утрачивают взаимную согласованность, а интегративный уровень оказывается неспособен координировать поступающие сигналы; это выражается в дезориентации, фрагментарности мышления и нестабильности восприятия. Психический статус фиксирует эти признаки, позволяя увидеть системную катастрофу, разворачивающуюся в реальном времени. Таким образом, даже классические описания расстройств сознания в отечественной психиатрии фактически являются наблюдением за стремительным разрушением системной интеграции психики, хотя этот процесс не всегда интерпретировался в системных терминах.

Не менее важной является оценка личностного уровня, который в психическом статусе отображается преимущественно через особенности самосознания, отношение к болезни, ценностные ориентации, степень критичности и характер взаимодействия с врачом. Личностный уровень может оставаться относительно сохранным даже при значительных нарушениях когнитивной или эмоциональной сферы, или, напротив, быть тяжело поражённым при клинически умеренных расстройствах. Именно анализ личностных проявлений позволяет оценить структурную устойчивость психической системы и её способность сохранять целостность в условиях нарушений. В психиатрической практике хорошо известно, что сохранность критики при психозе является благоприятным прогностическим признаком, отражающим частичную сохранность интеграции между личностным, когнитивным и сознательным уровнями. Психический статус, фиксируя эти характеристики, фактически выполняет роль инструмента диагностики системных ресурсов психики.

Таким образом, психический статус в рамках модели психической системы становится не просто клиническим описанием текущего состояния, а многомерным отражением структуры уровней, характера связей между ними и степени интеграции. В нём фиксируются и нарушения, и компенсаторные процессы, и системные перестройки, что превращает этот метод в ключевой инструмент системной психиатрии. Он позволяет врачу не только описывать симптомы, но и реконструировать логику расстройства, что открывает возможность для точного системного диагноза и более адресной терапии.

Структура психического статуса как системная карта уровней психики

Каждый раздел психического статуса отражает работу определённого уровня психической системы, и потому последовательность исследования, сложившаяся в отечественной психиатрии, не является случайной. Она исторически возникла как эмпирическое отображение того, что позднее можно сформулировать в терминах уровневой организации психики. Системная модель позволяет впервые объяснить, почему именно такая структура психического статуса стала универсальной и почему она продолжает оставаться диагностически эффективной. Каждый компонент статуса, от описания внешнего вида до анализа мышления и самосознания, представляет собой окно в работу определённого уровня системы, и совокупность этих описаний позволяет реконструировать системную динамику в целом.

Исследование восприятия является прямым доступом к сенсорному уровню психической системы. Нарушения восприятия отражают не только качество сенсорных сигналов, но и способность системы различать внешние стимулы и внутренние репрезентации. Галлюцинации при системном подходе интерпретируются как феномен, возникающий на границе сенсорного и когнитивного уровней, где внутренняя активность системы начинает ошибочно маркироваться как внешняя. Поэтому в психическом статусе важно не только наличие галлюцинаций, но и их структура, ясность, степень включённости в переживание: эти

характеристики позволяют оценить качество межуровневой интеграции и степень нарушения контроля со стороны интегративного уровня. Иллюзии, в свою очередь, свидетельствуют о нарушении взаимодействия между сенсорной и эмоциональной подсистемами, поскольку эмоциональный фон изменяет интерпретацию внешних стимулов. Так, тревога может деформировать восприятие, усиливая угрозу, а депрессия — снижать яркость и насыщенность ощущений. Восприятие в психическом статусе становится индикатором того, в каком направлении смещён общий тонус системы и какие уровни оказывают чрезмерное или недостаточное влияние друг на друга.

Анализ мышления, центрального раздела психического статуса, представляет собой исследование состояния когнитивного уровня и его связей с интегративным и эмоциональным уровнями. Нарушения мышления не являются сугубо когнитивными феноменами; напротив, они отражают системные перестройки. При шизофреническом процессе, например, расщепление мышления демонстрирует снижение способности интегративного уровня обеспечивать связь между когнитивными элементами; это проявляется в разорванности, резонёрстве, символизме и других феноменах. В депрессии же нарушения мышления носят преимущественно модально-эмоциональный характер: замедленность, трудность принятия решений, концентрации и сформированность самообвинительных тем свидетельствуют о доминировании эмоционального уровня над когнитивным. Исследуя мышление, врач фактически оценивает системную целостность: насколько содержание мыслей связано с эмоциональными и личностными компонентами, насколько последовательны когнитивные операции, сохраняется ли логическая структура и способность к обобщению.

Память в психическом статусе является отражением мнемического уровня, который выполняет уникальную системную функцию — обеспечивает непрерывность внутреннего опыта и устойчивость личностной идентичности. Нарушения памяти могут носить как структурный, так и интегративный характер. При органических процессах страдает преимущественно сам мнемический уровень, что проявляется в фиксационной амнезии, неузнаваниях, псевдореминисценциях. В функциональных расстройствах, напротив, дефект памяти часто возникает как результат нарушения интеграции: эмоциональная перегрузка или нарушение сознания препятствуют нормальному включению событий в биографический контекст. Таким образом, память в психическом статусе отражает не только способность к запоминанию и воспроизведению, но и состояние контакта между когнитивным, эмоциональным и личностным уровнями. Нарушения памяти — это всегда указатель на то, насколько система способна поддерживать свою историчность и, следовательно, личностную непрерывность.

Эмоциональная сфера в психическом статусе является прямым отображением состояния эмоционально-аффективного уровня психической системы. Клиническое описание аффекта, уровня тревоги, депрессии, лабильности или ригидности предоставляет уникальные данные о том, как система регулирует внутреннее возбуждение, распределяет психическую энергию и поддерживает адаптивность. При тревоге эмоциональный уровень доминирует, нарушая баланс и

подавляя когнитивный и волевой уровни, что приводит к переработке информации по искажённым схемам угрозы. При маниакальных состояниях эмоционально-аффективный уровень не способен к торможению, и избыток возбуждения распространяется на мотивационный и когнитивный уровни, вызывая ускорение мыслительных процессов, импульсивность поведения и снижение критики. Таким образом, эмоциональный раздел психического статуса является индикатором системного тонуса и качества регуляции, которую осуществляет интегративный уровень.

Исследование воли и мотивации отражает работу мотивационно-волевого уровня психической системы, который отвечает за направление активности, способность к длительному усилию и выбор поведения. Нарушения волевой сферы, такие как абулия, гипобулия, парабулия или повышенная импульсивность, позволяют судить о том, насколько система способна инициировать, поддерживать и контролировать действие. При депрессии мотивационно-волевой уровень оказывается подавленным эмоциональным уровнем; при гипомании — наоборот, чрезмерно активизированным. При шизофрении волевая сфера нарушается в результате дефекта интеграции: система утрачивает способность трансформировать когнитивные намерения в целенаправленное действие. Таким образом, волевое поведение в психическом статусе является ключевым индикатором системной регуляции и качества связи между личностным, эмоциональным и когнитивным уровнями.

Личностный раздел психического статуса раскрывает состояние личностного уровня психики, который представляет собой наиболее сложную и устойчивую подсистему. Именно через анализ личности врач получает данные о структуре ценностей, способах интерпретации опыта, характерологических особенностях, уровне зрелости, механизмах защиты, способности к саморефлексии и отношению к болезни. Этот уровень интегрирует биографию, память, эмоциональный опыт и когнитивные схемы, поэтому нарушения личности отражают глубинные системные нарушения. При расстройствах личности изменения носят стабильный характер и указывают на фундаментальные особенности организации психической системы. При психотических расстройствах возможны вторичные личностные изменения, возникающие вследствие разрушения интегративного уровня. Анализ личности в психическом статусе позволяет понять, насколько психическая система сохраняет устойчивость, идентичность и способность к саморегуляции.

В конечном итоге, структура психического статуса оказывается точным отражением структуры психической системы. Каждый раздел фиксирует работу определённого уровня, а совокупность данных позволяет реконструировать характер связей между уровнями, степень интеграции и устойчивость всей системы. Это делает психический статус не просто клиническим методом, а фундаментальным инструментом системной психиатрии, позволяющим врачу одновременно видеть и феноменологию, и её системный контекст. Именно поэтому психический статус занимает центральное место в диагностике: он даёт возможность увидеть внутреннюю архитектуру психики в её текущем состоянии,

выявить направления дезинтеграции и определить точки воздействия для последующей терапии.

Системная интерпретация симптомов и формирование системного диагноза на основе психического статуса

Системная модель психики позволяет переосмыслить интерпретацию симптомов, представленных в психическом статусе. В традиционной психиатрии каждый симптом рассматривается в рамках определённого синдрома или диагноза, сформированного эмпирически и на основе исторически сложившихся нозологических категорий. Однако с позиций системной психиатрии симптом не является автономным элементом; он представляет собой маркер нарушения определённого уровня или связи между уровнями психической системы. Поэтому задача врача заключается не только в описании феноменологии, но прежде всего, в выявлении системных отношений, которые приводят к появлению наблюдаемых симптомов.

Первый шаг системной интерпретации заключается в определении того, к какому уровню психической системы относится данный симптом. Нарушения восприятия указывают на сбой в работе сенсорного уровня или его связей с когнитивным и интегративным. Нарушения мышления демонстрируют дисфункцию когнитивного уровня или его интегративных механизмов. Нарушения эмоций отражают состояние эмоционально-аффективного уровня, а волевые нарушения — мотивационно-волевого. Изменения личности указывают на нарушения в структуре личностного уровня и его связи с биографической осью. Такой первичный уровень-ориентированный анализ позволяет врачу ориентироваться в том, какие части психической системы вовлечены в патологический процесс, и в каком направлении изменена системная динамика.

Когда локализация симптома определена, следующим этапом становится анализ характера нарушения: является ли оно первичным, то есть отражающим дефект самого уровня, или вторичным — возникающим вследствие нарушений на другом уровне. Например, деперсонализация может выглядеть как нарушение личностного уровня, однако системная интерпретация показывает, что в большинстве случаев она возникает в результате перегрузки или истощения интегративного уровня, вызванного чрезмерной тревогой или дезорганизацией когнитивных процессов. Аналогично, нарушения мышления при депрессии не являются когнитивным дефектом как таковым: они вторичны по отношению к доминированию эмоционального уровня и снижению энергетического обеспечения системы. Поэтому системный диагноз всегда включает разграничение первичных и вторичных нарушений, что принципиально важно для выбора терапевтической стратегии.

Особую роль в системной диагностике играет оценка связей между уровнями психики. Даже при минимальном количестве симптомов системный подход позволяет определить характер межуровневых взаимодействий и то, каким образом разрушенная или искажённая связь приводит к феноменологической

картине заболевания. Например, сочетание тревоги, нарушения концентрации внимания и телесных ощущений может указывать на дисбаланс между эмоциональным и когнитивным уровнями, когда эмоциональный уровень перехватывает управление системой, нарушая способность когнитивного уровня к регуляции. При шизофреническом процессе, напротив, характерным является разрыв между когнитивным и интегративным уровнями, что проявляется в формальных нарушениях мышления, утрате целостности «Я» и появлении феноменов, таких как открытость мыслей или внешнее управление. Таким образом, диагноз формируется не столько по количеству симптомов, сколько по качеству нарушенных связей.

Системная модель позволяет по-новому понять феномен полиморфности симптоматики при некоторых расстройствах. При тревожных и депрессивных состояниях полиморфизм возникает вследствие того, что эмоциональный уровень оказывает влияние на несколько уровней одновременно: когнитивный, сенсорный, волевой и соматический. В системных терминах это означает, что эмоциональный уровень становится доминирующим узлом, смещая равновесие всей системы. В противоположность этому при шизофреническом спектре полиморфизм является результатом первичного дефекта интеграции, приводящего к распаду связей между уровнями. Поэтому системный диагноз позволяет различить два принципиально разных типа полиморфности — регуляторную и интегративную, что невозможно в рамках традиционной синдромологии.

Формирование системного диагноза предполагает последовательное выполнение нескольких шагов. Сначала врач выделяет ведущий уровень поражения, затем определяет характер нарушений — дефицитарный, гиперактивационный или дисрегуляционный. Далее проводится анализ межуровневых взаимодействий, позволяющий понять, какие связи нарушены и как это отражается на структуре психической деятельности. После этого врач сопоставляет полученную картину с системными профилями известных психических расстройств, формируя предварительный диагноз. На заключительном этапе осуществляется оценка степени интегративного дефицита, который выступает системным маркером тяжести состояния. В совокупности эти этапы позволяют сформировать диагноз, отражающий не только феноменологию, но и структуру патологического процесса, его динамику и механизмы.

Именно на базе такого подхода становится возможным создание системных классификаций психических расстройств, в которых диагноз определяется не только клиническими проявлениями, но и характером нарушений уровней, связей и интеграции. В этом смысле психический статус становится не просто инструментом описания состояния, а полноценным аналитическим модулем, позволяющим формализовать функционирование психической системы и определить характер её разрушения. В конечном итоге системная интерпретация психического статуса делает диагностику более точной, объяснимой и воспроизводимой, что особенно важно для развития цифровой психиатрии и интеграции искусственного интеллекта в клиническую практику.

Глава 14. Анамнез как отображение истории системы

Анамнез в клинической психиатрии традиционно служил способом восстановления биографических данных пациента, хронологии событий и обстоятельств, которые предшествовали развитию заболевания или сопровождали его течение. Однако в рамках системной модели психики анамнез предстает в совершенно ином качестве — не как совокупность внешних фактов, а как нарративная матрица, отображающая историю психической системы, её структурные изменения, динамику её уровней и характер связи между ними. История пациента в этом смысле является не только биографией в бытовом понимании, но и функциональной биографией системы, отражающей её становление, адаптационные механизмы, периоды перегрузки, фазы роста, регрессивные процессы и моменты системных переходов.

В предыдущей монографии, посвящённой анамнезу жизни и заболевания, была подробно описана необходимость перехода от «биографического» к «структурно-биографическому» пониманию анамнеза, где каждый факт рассматривается через его психопатологическую значимость, а каждый период жизни пациента становится не просто этапом, но функциональным контекстом, влияющим на формирование психической деятельности в целом [1]. В настоящей книге эта идея получает дальнейшее развитие и окончательное теоретическое оформление: анамнез в системной психиатрии — это инструмент оценки истории функционирования психической системы, позволяющий реконструировать, как изменялись уровни, связи и интеграция в разные периоды существования личности.

Системный подход требует рассматривать анамнез как динамическую карту, на которой отображаются ключевые узлы биографического опыта. Эти узлы могут быть функционально нейтральными, адаптивными или травмирующими; они могут усиливать или ослаблять связи между уровнями психики, способствовать укреплению личностной целостности или, напротив, приводить к накоплению внутреннего напряжения. Поэтому информация об образовании, семейных отношениях, профессиональном пути, ценностях, ранних проявлениях характера и особенностях функционирования в стрессовых ситуациях выступает не просто сведениями, а маркерами системного развития, которые можно интерпретировать в рамках структурной и динамической модели психики.

Особое значение приобретает анализ детского и подросткового периодов, поскольку именно тогда формируются базовые межуровневые связи — эмоционально-когнитивные, мотивационно-волевые, личностно-интегративные. В норме эти связи проходят несколько фаз созревания, сменяя друг друга в соответствии с логикой психического онтогенеза. Если же в ключевые периоды развития система сталкивается с перегрузкой, дефицитом или расщепляющим опытом, процесс формирования связей может быть нарушен, что создаёт предпосылки для будущих системных дефектов. Системная психиатрия рассматривает такие нарушения не как линейные последствия травмы, а как изменение траектории развития системы, приводящее к искажению её внутренней архитектуры.

Анамнез заболевания в системном ключе также приобретает иной смысл. Его задача — выявить, какой уровень психической системы был первым вовлечён в патологический процесс, как распространялись нарушения, какие связи оказались перегружены или разрушены, и каким образом система пыталась компенсировать нарастающую дисфункцию. Вместо простой хронологии появления симптомов возникает структурная модель их развития: например, тревога, возникающая как эмоциональный сигнал угрозы, может привести к дезорганизации когнитивного уровня, усилению соматических реакций и, в конечном итоге, к истощению интегративной подсистемы. При депрессии, наоборот, первичным может быть нарушение мотивационно-волевой и энергетической динамики системы, а когнитивные и аффективные симптомы — вторичными. Анамнез позволяет выявить эти механизмы «расползания патологического процесса», что критически важно для диагностики и последующего лечения.

Системная трактовка анамнеза делает особенно важным анализ контекстов, в которых возникали ключевые эпизоды заболевания. Психическая система никогда не функционирует в пустоте: она вступает в непрерывное взаимодействие с внешней средой, и качество этого взаимодействия во многом определяет устойчивость системы. Поэтому такие элементы анамнеза, как социальные связи, семейная поддержка, профессиональная среда, значение культурных и религиозных структур, рассматриваются не как внешние обстоятельства, а как функциональные поля, влияющие на характер адаптации. Известно, что даже одно и то же событие — например, потеря работы — для разных людей имеет совершенно различное системное значение: у одних оно запускает адаптивные механизмы перестройки, у других приводит к срыву, потому что функциональная архитектура их системы не обладает достаточной гибкостью.

Таким образом, анамнез в системной психиатрии становится не просто частью клинического интервью, а методом реконструкции истории психической системы, позволяющим понять, почему она сформировалась именно так, какие факторы способствовали уязвимости, какие обеспечивали устойчивость, и как именно разворачивался патологический процесс. Он соединяет биографию с психопатологией, историю с клиникой, индивидуальный опыт с универсальными закономерностями развития психической системы. В следующей части главы будет рассмотрено, каким образом формализовать анализ анамнеза в системной модели и какие элементы становятся ключевыми системными индикаторами биографической динамики.

Структура системного анализа анамнеза

Системный анализ анамнеза предполагает переход от описательной фиксации жизненных событий к их интерпретации как элементов биографической динамики психической системы. Для этого требуется выявить, каким образом определённые обстоятельства, факты, переживания и отношения влияют на уровни психики, формируют связи между ними и определяют качество интеграции. Такой подход требует последовательного движения от поверхностного

описания к глубинной реконструкции структурных и динамических свойств системы.

Наиболее важным принципом является понимание того, что биография человека содержит два пласта информации. Первый — внешняя историческая линия, включающая факты, социальные роли, достижения и утраты. Второй — внутренняя линия, являющаяся отражением того, как психическая система переживала и перерабатывала жизненные события. Этот второй пласт и является ключевым для системной психиатрии, поскольку позволяет оценить, какие изменения происходили в эмоционально-аффективных, когнитивных, мотивационно-волевых и личностных структурах. Он прослеживается не столько в самих фактах, сколько в характере адаптации, относимости, эмоционального смысла, конфликтов и защит, которые разворачивались в ответ на жизненные воздействия.

Реконструкция внутренней линии анамнеза требует анализа «системных узлов» — событий или периодов, которые привели к перестройке связей, изменению доминирующих уровней и появлению новых квази-устойчивых состояний системы. Такие узлы могут быть связаны с ранними травмами, длительными стрессовыми ситуациями, резкими изменениями социальной среды, значимыми утратами, кризисами идентичности или нарушениями привязанности. Их идентификация позволяет понять, какие механизмы стали базовыми в последующем функционировании личности: усиление контроля, формирование избегания, снижение гибкости реагирования, развитие компенсаторных интеллектуальных структур или, напротив, формирование эмоциональной нестабильности.

Кроме того, при системном анализе анамнеза особое значение имеет оценка «мостов» — периодов, в которых система демонстрировала способность к восстановлению, интеграции или перестройке. Эти эпизоды зачастую оказываются не менее важными, чем травматические узлы, поскольку отражают потенциал системы к адаптации, который может быть использован в терапевтической работе. Например, успешный профессиональный опыт, важные межличностные отношения или эпизоды, в которых пациент демонстрировал психологическую зрелость, становятся индикаторами сохранных связей и уровней, представляющих собой точки опоры для восстановления нарушенной системной целостности.

Современная психиатрическая практика редко рассматривает анамнез как источник информации о внутренней структуре психики. Даже при внимательном сборе анамнестических данных часто остаётся неучтённым, каким образом переживания трансформировались в устойчивые внутренние конфигурации. Системный подход предлагает рассматривать личностные и биографические данные не как «фон», а как непрерывную историю функционирования психической системы, выявляя её инварианты: повторяющиеся мотивы, характерные паттерны реагирования, постоянные источники напряжения или устойчивые компенсаторные механизмы.

Анализ анамнеза заболевания в системной модели требует реконструкции динамики разворачивания патологического процесса: от первых неспецифических изменений — снижения адаптивности, нарастающей ригидности, эпизодов

дезинтеграции — до явных симптомов, описанных в рамках МКБ 10/11. Важным этапом является определение того, какой уровень был первично нарушен. Например, при шизофреническом процессе нередко первыми изменяются интегративные функции — когерентность переживания, ясность самосознания, внутреннее единство мышления [1]. При депрессивных расстройствах первичным может быть мотивационно-волевой или энергетический уровень, тогда как когнитивные проявления возникают как вторичная переработка сниженной активности или аффективного фона. При тревожных расстройствах, напротив, именно эмоционально-аффективный уровень формирует патологический ведущий контур, который затем распространяется на когнитивные операции и соматические корреляты.

Эти сведения невозможно получить только из текущего психического статуса; они требуют тщательного анализа динамики, её фазы, предвестников и контекстов. Здесь анамнез становится неотъемлемым элементом «диагностической реконструкции», позволяющей понять не только, что происходит с психической системой сейчас, но и каким образом она формировалась и преобразовывалась на протяжении всей жизни пациента. Это делает анамнез не второстепенной частью клинического интервью, а ключевым инструментом системной диагностики, позволяющим воссоздать историко-динамический профиль психической системы.

У ЧАСТЬ. ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА И КЛИНИКА

Глава 15. Диагностика на основе модели психической системы

Системные маркеры

Диагностика в традиционной психиатрии опирается на описание симптомов, их комбинаций и клинических синдромов, что приводит к классификации состояний согласно МКБ 10/11. Однако симптомоцентрический подход, несмотря на свою практическую эффективность, неизбежно теряет часть информации о внутренних механизмах психики, поскольку фиксирует внешние проявления, но не строение системы, породившей эти проявления. Системная модель психики позволяет дополнить классическую диагностику новым уровнем анализа: оценкой состояния уровней, подсистем и связей, благодаря чему появляется возможность выявлять специфические маркеры нарушения целостной работы психической системы.

Системный маркер в данном контексте представляет собой наблюдаемое явление или паттерн, который указывает на определённый тип системного нарушения и позволяет связать феноменологические признаки с уровневой или связевой структурой психики. Эти маркеры могут проявляться на любом уровне — от сенсорного до личностно-интегративного, однако их значение определяется тем, как они отражают состояние всей системы и внутренние процессы переработки информации, эмоций и мотиваций.

Важнейшим свойством системных маркеров является их относительная устойчивость. В отличие от отдельных симптомов, которые могут быстро меняться под влиянием внешних обстоятельств или терапевтических интервенций, системные маркеры отражают глубинные механизмы функционирования психики и поэтому обладают более высокой диагностической чувствительностью. Например, нарушение интегративности сознания, проявляющееся в феноменах отчуждения, распаде самости или фрагментации внутренних переживаний, часто является более значимым диагностическим индикатором, чем конкретные содержания бредовых идей или характер галлюцинаторных переживаний. Это объясняется тем, что интегративный уровень является «центральной узлом» системы, и его нарушения приводят к многообразию симптомов, наблюдаемых при шизофреническом спектре, включая нарушения мышления, эмоциональной отзывчивости, волевой активности и когнитивной регуляции.

Другим важным системным маркером является качество связности между уровнями психической системы. В психически здоровом состоянии связи между эмоционально-аффективным, когнитивным, мотивационно-волевым и личностным уровнями обладают высокой гибкостью, обеспечивая синхронность переживания, мышления, мотивации и действия. Нарушения связности могут проявляться не только через феноменологические симптомы, но и через поведенческие, коммуникативные или аффективные паттерны. Так, для тревожных расстройств характерна гиперпродукция связей между эмоционально-аффективным

уровнем и когнитивными структурами, что приводит к формированию руминаций, катастрофизации и постоянно работающих сценариев угрозы. При депрессии, напротив, связи ослабляются, что выражается в снижении побуждений, утрате энергичности и резком уменьшении диапазона эмоционального реагирования.

Системным маркером особого типа является изменение доминантного уровня, определяющего общую направленность деятельности психической системы. В норме доминирование уровней является гибким и зависит от конкретной ситуации: в опасности преобладает эмоционально-аффективный уровень, в решении сложной задачи — когнитивный, в практике целенаправленного поведения — мотивационно-волевой. При патологических состояниях доминантный уровень становится фиксированным, что приводит к устойчивым клиническим синдромам. Например, при обсессивно-компульсивном расстройстве когнитивный уровень приобретает патологически устойчивый контрольный характер, регулируя эмоциональные и поведенческие реакции, что создаёт ощущение внутренней несвободы и постоянной необходимости проверки или нейтрализации. При маниакальных состояниях доминирует энергетико-волевой и аффективный уровень, приводя к гипердинамическим, импульсивным и плохо регулируемым поведенческим паттернам.

Системными маркерами могут служить и нарушения внутренняя временной структуры психики. Биографическая, субъективно-временная организация сознания является важнейшим интегративным механизмом, и её нарушения имеют прямое клиническое значение. Так, расстройства депрессивного спектра сопровождаются «сужением будущего», потерей перспективности и временной трансформацией переживания, где прошлое приобретает чрезмерный вес, а будущее становится недоступным или отрицательно окрашенным. При шизофреническом процессе нарушается феноменологическая структура «текущего момента», что приводит к своеобразному разрыву между внутренними процессами и внешней действительностью, проявляющемуся как в формальных, так и в содержательных особенностях мышления.

Системными маркерами являются также нарушения внутреннего наблюдения — способности психической системы отслеживать собственные процессы и интегрировать их в структуру «Я». Этот механизм стоит у истоков саморефлексии и метакогнитивных функций. Проблемы внутреннего наблюдения приводят к специфическим клиническим феноменам: при тревожных расстройствах — к гиперконтролю и повышенной сенситивности, при расстройствах личности — к нестабильности идентичности и сниженной способности к устойчивому самовосприятию, при психотических состояниях — к патологическому отчуждению собственных мыслей и переживаний.

Системный подход позволяет рассматривать маркеры как взаимосвязанные индикаторы, формирующие «профиль нарушения». Такой профиль является более точным, чем симптоматическая картина, поскольку отражает не только манифестные проявления, но и глубинные структурные процессы. Он может включать изменения на нескольких уровнях — сенсорном, аффективном,

мотивационном или когнитивном, а также нарушения связей и интегративной целостности. Формирование такого профиля становится ключевым этапом системной диагностики, позволяющей перейти от традиционной нозологической классификации к выделению индивидуальных конфигураций психических нарушений.

Анализ уровней и связей

Анализ уровней и связей психической системы является ключевым этапом системной диагностики, поскольку позволяет перейти от поверхностной феноменологии к исследованию глубинной архитектуры психики, выявляя, на каком уровне возникло нарушение и какие структуры системы оказались вовлечены в патологический процесс. В отличие от традиционных подходов, где основной акцент делается на симптомах и синдромах, системная диагностика рассматривает психическое состояние пациента как результат взаимодействия уровней, от сенсорных и аффективных до когнитивных, личностных и интегративных. Такое рассмотрение позволяет обнаруживать структурные закономерности, которые недоступны при симптомоцентрическом анализе.

Первым этапом анализа является реконструкция уровневой конфигурации состояния психики. Под уровневой конфигурацией понимается распределение функциональной активности между различными этажами психической системы, её баланс, пропорция и доминирующая направленность. Это распределение можно описать как своеобразный «системный профиль», который в норме отличается гибкостью, способностью адаптироваться к обстоятельствам и своевременно перераспределять ресурсы. Например, в сложной интеллектуальной задаче ведущую роль должны занимать когнитивные и мотивационно-волевые структуры, в опасной ситуации — эмоционально-аффективные, а при осмыслении значимых жизненных событий — интегративно-личностные. Нарушение гибкости такого распределения является одним из базовых показателей системного дисбаланса и может проявляться в самых разных клинических формах.

Анализ уровней предполагает оценку их относительной силы, устойчивости и функциональной насыщенности. Под силой уровня понимается выраженность процессов, которые в нём локализуются, под устойчивостью — способность уровня сохранять свою функцию при изменении обстоятельств, под насыщенностью — богатство внутренних операций. Тревожные расстройства, в этой логике, демонстрируют усиление эмоционально-аффективного уровня, тогда как депрессивные состояния — его истощение и снижение интенсивности. При психозах нарушаются не столько отдельные уровни, сколько связи между ними, однако часто наблюдаются патологические сдвиги в сторону гипердоминирования процессов, ранее не занявших центральной позиции, что создаёт внутреннюю дисрегуляцию и когнитивный хаос.

Второй этап системного анализа заключается в исследовании связей между уровнями. Связи могут быть вертикальными, обеспечивающими восходящее и нисходящее взаимодействие структур, и горизонтальными,

связывающими процессы одного уровня между собой. Особое место занимают интегративные связи, формирующие согласованность переживания, мышления и поведения и создающие феноменологическое ядро «Я». Нарушения связей могут проявляться в клинике значительно ярче, чем нарушения отдельных уровней, особенно когда речь идёт о патологии интегративной зоны. Так, при шизофреническом спектре наблюдается характерное расщепление процессов восприятия, мышления и аффективной регуляции, что в феноменологическом анализе описывается как нарушение единства психической деятельности. Подобный феномен, впервые системно описанный в отечественной школе психопатологии [1], можно рассматривать как дефект интегративных связей, приводящий к характерному системному профилю психоза.

Важно подчеркнуть, что анализ связей не сводится к оценке их наличия или отсутствия. Он включает исследование их гибкости, направленности и силы, а также способности связывать процессы разных уровней в единую актовую структуру. При тревожных расстройствах связи между эмоциональными и когнитивными структурами приобретают гиперреактивный, форсированный характер, что приводит к непрерывной активации сценариев угрозы и формированию патологических кругов, в клинике известных как руминации и катастрофизация. При депрессии связи ослабевают: когнитивная активность теряет способность влиять на эмоциональные процессы, мотивационно-волевой уровень теряет поддержку сверху, а мнемическая сфера начинает продуцировать преимущественно негативные воспоминания, что создаёт «замкнутую систему» без выхода. В расстройствах личности нарушения связей имеют иной характер: здесь важную роль играет нестабильность горизонтальных связей внутри личностного уровня, что приводит к изменчивости самоидентификации, а также недостаточная прочность вертикальных связей, обеспечивающих интеграцию аффективного опыта и когнитивной переработки.

Особую роль в диагностике играет оценка взаимодействия между уровнями и интегративной зоной сознания. Это взаимодействие формирует феномен субъективного единства, способность человека воспринимать свои переживания как принадлежащие ему и осмыслять их в контексте биографической линии. Нарушения этого механизма лежат в основе таких феноменов, как дереализация, деперсонализация и феномены отчуждения, наблюдаемые в различных клинических группах, включая тревожные расстройства, депрессию, расстройства личности и шизофренический спектр. В системном анализе подобные симптомы рассматриваются не как отдельные клинические феномены, но как показатель дефицита интегративных связей, отвечающих за удержание целостности внутреннего пространства.

Еще одним направлением анализа является изучение направленности связей. В норме связи обладают двунаправленностью: эмоциональные процессы влияют на когнитивные, когнитивные регулируют эмоциональные, мотивационные формируют поведение, а личностные — задают общий смысловой каркас. При патологических состояниях часто наблюдается явление функциональной асимметрии: один тип связей начинает доминировать над другим. Например, при

обсессивно-компульсивном расстройстве наблюдается чрезмерное нисходящее влияние когнитивного уровня на аффективный: человек пытается рационально контролировать эмоции, что приводит к формированию патологических ритуалов и фиксаций. При расстройствах истерического круга, напротив, доминируют восходящие аффективные связи, которые «заливают» когнитивную сферу, порождая нестабильность суждений, внезапные эмоциональные вспышки и изменчивость поведения.

Анализ уровней и связей становится самым важным инструментом для понимания характера нарушения и для построения системного диагноза. Он позволяет выявлять не только тип дефекта — уровневой, связевой или интегративный, но и его конфигурацию, выраженность и динамику. Кроме того, уровневой анализ обладает прогностическим значением. Например, при маниакально-депрессивных состояниях системный профиль меняется циклично, и анализ этих колебаний позволяет понимать направление патологического процесса. При хронических психозах выявляются стабильные нарушения интегративных связей, которые определяют тип течения и лечебную стратегию.

Профили системных нарушений

Понятие профиля системных нарушений позволяет перейти от линейного, симптомоцентрического описания психических расстройств к многомерной модели, отражающей архитектуру нарушений в психической системе. Под профилем понимается совокупность уровневых изменений, нарушений связности, деформаций интегративных функций и специфических динамических особенностей, которые в своей совокупности формируют уникальную конфигурационное выражение болезни. Такой подход позволяет рассматривать клиническую картину не как сумму отдельных синдромов, но как целостное системное состояние, возникающее вследствие изменения структуры и функционирования психической системы.

Каждое психическое расстройство, несмотря на кажущееся разнообразие симптомов, может быть описано через определённый набор характеристик, связанных с дефектами уровней, нарушениями горизонтальных и вертикальных связей, недостаточностью интеграции и изменениями системной динамики. Психоз, например, является прежде всего нарушением интегративного ядра, в то время как тревожное расстройство представляет собой усиление аффективного уровня в сочетании с гиперсвязанностью соответствующих вертикальных связей. Таким образом, профиль системного нарушения выступает в роли своеобразной карты, отражающей то, каким образом болезнь распространяется в системе и какие узлы оказываются поражёнными в первую очередь.

Формирование профиля начинается с анализа первичного дефекта. Первичный дефект можно определить как точку, в которой патологический процесс впервые вторгается в структуру системы и нарушает её равновесие. У одних пациентов он обнаруживается на эмоционально-аффективном уровне, у других — на когнитивном, у третьих — на уровне связей, а у некоторых —

непосредственно в интегративной зоне. Первичный дефект определяет направление дальнейшего системного распада: от него зависит, какие структуры будут вовлечены в патологический процесс, какие компенсаторные механизмы будут востребованы и насколько устойчивыми окажутся вертикальные и горизонтальные связи. Например, при шизофреническом процессе первичный дефект затрагивает интегративный уровень, что приводит к параллельному нарушению всех основных вертикальных связей, обеспечивающих согласованность восприятия, мышления и аффекта.

Следующим этапом формирования профиля является анализ вторичных и третичных изменений, возникающих как следствие системного перераспределения. Вторичные изменения связаны с компенсаторными реакциями системы, которая пытается сохранить целостность за счёт усиления одних уровней и ослабления других. Такие реакции особенно заметны при тревожных и обсессивно-компульсивных расстройствах, где когнитивная сфера принимает на себя чрезмерную регуляторную функцию, пытаясь компенсировать недостаточность аффективной устойчивости. Третичные изменения связаны уже с устойчивой перестройкой всей системы, формированием патологических кругов и фиксацией новых связей, которые становятся самостоятельными источниками психопатологии.

Профиль системного нарушения также описывает степень и характер деформации интегративного уровня. Интегративная зона, объединяющая различные уровни психической системы, является чувствительной к воздействию как первичных, так и вторичных дефектов. При депрессии наблюдается не только истощение аффективного уровня, но и ослабление интегративной структуры смыслообразования, что приводит к феномену «падения значений» и к своеобразной внутренней пустоте, которая не может быть объяснена только биохимическими или когнитивными механизмами. При расстройствах личности интегративный уровень сохраняет относительную работоспособность, однако оказывается недостаточно устойчивым, чтобы формировать стабильную идентичность, что приводит к характерной изменчивости самооощущения и поведения.

Особое значение для диагностики имеет анализ горизонтальных связей. В норме связи внутри уровня обеспечивают согласованность процессов: когнитивная сфера нуждается в стабильной логической структуре, а эмоциональная — в последовательности и интегрированности переживаний. При шизотипических расстройствах горизонтальные связи когнитивного уровня ослаблены, что приводит к появлению нарушений мышления, не достигающих степени разорванности, но создающих характерные особенности: нелинейность, символичность, гиперконкретность или паралогичность. При пограничных расстройствах личности нарушены горизонтальные связи аффективного уровня, что проявляется быстрой сменой эмоциональных состояний и неспособностью удерживать последовательность аффективного переживания.

Не менее важным является исследование вертикальных связей, которые определяют возможность влияния одного уровня на другой. При тревожных расстройствах вертикальные связи между аффективным и когнитивным уровнями

обладают чрезмерной интенсивностью: каждое минимальное аффективное колебание мгновенно активирует цепочки тревожных интерпретаций. В депрессии, напротив, когнитивное влияние ослаблено: человек утрачивает способность осмысленно воздействовать на своё эмоциональное состояние, и любое аффективное снижение становится глубже именно из-за недостатка нисходящей регуляции. При психозах вертикальные связи утрачивают функциональную направленность: восходящие потоки аффективного и сенсорного материала становятся неконтролируемыми, а нисходящие — неэффективными, что приводит к распаду единства внутреннего опыта.

Профиль системных нарушений должен также учитывать динамику состояния. Одни расстройства имеют стабильный профиль, другие — циклический, третьи — фазовый или эпизодический. Маниакально-депрессивное расстройство является ярким примером динамического профиля, в котором уровневые и связевые характеристики изменяются во времени, создавая две противоположные системные конфигурации. Шизофренический процесс характеризуется прогрессивным профилем, где изменения интегративных функций имеют тенденцию к закреплению и нарастанию. Тревожные и обсессивные расстройства нередко проявляют стационарно-функциональную динамику, где изменения связности не прогрессируют, но устойчиво сохраняются.

Одним из ключевых преимуществ системного подхода является возможность использования профилей для прогнозирования течения заболевания. В отличие от традиционных классификаций, профили отражают структурную уязвимость пациента и позволяют оценивать, какой уровень или какая связь станет следующим звеном в патологическом процессе. Например, при выраженном нарушении вертикальных связей между когнитивным и аффективным уровнями у пациента с тревожным расстройством можно прогнозировать риск формирования обсессивно-компульсивной симптоматики. При системных нарушениях интегративного уровня можно предполагать переход состояния в психотическую фазу. Такое прогнозирование становится возможным именно благодаря структурированному описанию профиля системного нарушения.

Профиль также имеет важное значение для терапии. Он позволяет определить, какие уровни требуют первичного воздействия и какие связи нуждаются в реконструкции. При системных нарушениях мотивационно-волевого уровня терапия должна направляться на восстановление вертикальных связей с когнитивной сферой и укрепление нисходящей регуляции. При истощении аффективного уровня целесообразно воздействовать как на эмоциональные структуры, так и на интегративные механизмы смыслообразования. В этом заключается основа системной психотерапии, которую можно рассматривать как процесс восстановления структурного баланса и связности психической системы.

Таким образом, профили системных нарушений становятся новым инструментом клинического мышления, позволяющим описывать психические расстройства как конфигурационные состояния целостной системы. Они соединяют феноменологию, нейропсихологию, системную теорию и клинический опыт, формируя основу для новой диагностической парадигмы.

Глава 16. Терапия как восстановление системной целостности

Принцип «центр — периферия»

Идея восстановления психической целостности предполагает необходимость рассматривать терапевтическое воздействие не как устранение отдельных симптомов, но как восстановление баланса, иерархии и функциональных связей внутри психической системы, нарушенных вследствие болезни. Системная модель психики позволяет трактовать лечебный процесс как направленное воздействие на разные уровни и подсистемы психической организации, исходя из представления о том, что центральные элементы обеспечивают смысловое и регуляторное единство, тогда как периферические представляют собой феноменологические проявления, зависящие от степени интеграции в целое.

В отечественной психофизиологической традиции принцип различения центральных и периферических уровней был теоретически сформулирован в работах П. К. Анохина, описавшего функциональную систему как динамическое единство афферентных и эфферентных компонентов, организованных вокруг центрального звена, обеспечивающего целеполагание, контроль и переработку информации. В той же линии мысли Н. А. Бернштейн рассматривал поведенческий акт как результат многоуровневой организации, в которой высшие уровни задают смысл, контекст и регулируемую доминанту для нижних уровней, несущих операционально-технические функции. Эти идеи, существенно повлиявшие на развитие физиологии и психологии, в явной форме перекликаются с предложенной нами структурой психической системы, где центральный уровень представлен подсистемами сознания, личности и интегративного «Я», а периферия включает сенсорный, аффективный и поведенческий уровни.

В психиатрической клинике подобное понимание приобретает особое значение, поскольку большинство психических расстройств характеризуются нарушением вертикальной регуляции от центра к периферии. Так, при шизофрении наблюдается нарушение интегративной функции «Я», что приводит к рассогласованию когнитивных, эмоциональных и волевых процессов и, как следствие, к появлению феноменов распада психической деятельности, описанных ещё Э. Блейлером [3] и К. Ясперсом. При депрессии, согласно позиции А. Б. Смулевича, центральная структура самоощущения, ценностной регуляции и мотивации теряет способность задавать направленность активности, что ведёт к блокаде побуждения и снижению аффективного тонуса периферических процессов. Таким образом, принцип «центр — периферия» выступает не только теоретическим основанием, но и клиническим инструментом, позволяющим различить первичные и вторичные изменения в структуре психического расстройства.

Терапия, построенная на данном принципе, предполагает, что вмешательство должно быть направлено прежде всего на восстановление центральных регуляторных механизмов, определяющих внутреннюю согласованность психической системы. В фармакотерапии этот подход реализуется через модуляцию нейрохимических процессов, обеспечивающих работу ключевых уровней

психики. Антипсихотики, нормализующие дофаминергическую и глутаматергическую передачу, восстанавливают центральные механизмы обработки информации, тем самым уменьшая степень системного дискоординирования. Антидепрессанты возвращают способность центрального уровня формировать аффективный фон и мотивационную установку, снижая энтропию системы и повышая её регулируемую способность.

В психотерапии этот принцип особенно очевиден, так как основные методы — от когнитивно-поведенческой терапии до психодинамических подходов — направлены прежде всего на восстановление структуры «Я», целостности самоидентичности, контуров внутреннего контроля, рефлексивности и способности к интеграции опыта. В этом смысле психотерапевтическое воздействие действует не на периферические симптомы, такие как тревога, избегающее поведение или отдельные дисфункциональные убеждения, а на механизмы, организующие их в целостную структуру. Б. Д. Карвасарский подчёркивал, что психотерапевтическое влияние эффективно лишь тогда, когда оно воздействует на «смысловые центры» личности, определяющие систему отношений, ценностей и способов реакции. Это положение полностью совпадает с системной моделью, согласно которой любые периферические проявления являются производными от структуры центрального уровня.

С точки зрения системной терапии, восстановление целостности психики возможно лишь при условии, что работа ведётся одновременно в двух направлениях: снизу вверх — укрепляя периферические функции, обеспечивая их устойчивость и снижая дезорганизующие факторы, и сверху вниз — формируя ясность сознания, укрепляя структуру «Я», нормализуя внутреннюю мотивационную и эмоциональную регуляцию. Такое двунаправленное влияние позволяет не только добиться симптоматического улучшения, но и существенно уменьшить риск рецидива, поскольку восстанавливается связность уровней и системный баланс.

Таким образом, принцип «центр — периферия» служит фундаментом клинического применения системной модели психики. Он позволяет выстроить целостную концепцию терапии, в которой фармакологическое и психотерапевтическое воздействие понимаются как способы восстановления регуляторной структуры, нарушенной вследствие болезни. Подобный подход открывает возможность интегрировать имеющиеся методы лечения в единую системную стратегию, повышая их эффективность и согласованность с реальным строением психической системы.

Узловые точки регуляции

Представление о психической системе как о многоуровневой иерархической структуре делает принципиально важным поиск таких зон воздействия, которые обладают наибольшей регуляторной способностью и позволяют оказывать несоразмерно значимое влияние на состояние целого. Эти зоны, которые в системной теории называются узловыми точками регуляции, представляют

собой элементы или связи, от состояния которых зависит устойчивость всей системы. Подобный подход восходит как к физиологии функциональных систем П. К. Анохина, где центральное звено обеспечивает целенаправленное управление всей системой, так и к представлениям о многоуровневой координации движений, разработанным Н. А. Бернштейном, который подчёркивал неравномерную значимость уровней управления и их различную вкладность в конечный результат поведения.

В психической системе узловые точки проявляются в структурах, обладающих высокой интегративной способностью: это механизмы саморефлексии, идентичности, смысловой регуляции, произвольного внимания, эмоциональной модуляции и когнитивного контроля. Эти элементы выполняют роль своеобразных «организационных центров», связывающих периферические процессы с центральными уровнями. Их нарушение приводит к каскадной дестабилизации, в то время как их восстановление обладает обратным стабилизирующим эффектом. В клинической практике данная логика давно отмечена наблюдениями психиатров, фиксировавших первичность расстройств ядра личности при психозах, депрессиях и тяжелых тревожных нарушениях, что отражено в трудах Э. Блейлера, К. Ясперса и в отечественной психиатрической школе, прежде всего в работах А. В. Снежневского и В. Н. Краснова.

Выделение узловых точек регуляции позволяет выстроить терапию по принципу минимального, но точечного вмешательства, аналогичного воздействию на ключевые элементы в инженерных или биологических системах. Так, нарушение эмоциональной регуляции при депрессии может быть связано с утратой способности центральных когнитивных структур перерабатывать информацию о собственном состоянии, что приводит к формированию устойчивой негативной доминанты. Воздействие на эту точку — например, через препараты, регулирующие серотонинергическую систему, или через психотерапевтическую работу, направленную на восстановление способности к эмоциональной саморегуляции, — приводит к восстановлению активности на множестве периферических уровней, включая сон, аппетит, мотивацию и социальное функционирование.

Аналогичным образом, в структуре тревожных расстройств узловой точкой регуляции часто выступает связь между уровнем когнитивного контроля и аффективной реактивностью. Нарушение этой связи ведёт к гиперактивации тревожного контура, в то время как восстановление когнитивной регуляции через тренировки внимания, модификацию катастрофизирующих интерпретаций или фармакологическое снижение нейровегетативной гиперреактивности приводит к нормализации периферических симптомов. Психотерапевтические методы, направленные на изменение когнитивных схем, оказывают воздействие именно на эту ключевую точку, восстанавливая иерархию от центральной оценки к периферической реакции.

В психозах узловые точки регуляции локализуются на уровне интегративного «Я», удерживающего границы субъективности, способность к референтности, консистентность переживаний и координацию смысловых полей. Именно

эта структура в первую очередь страдает при шизофрении, что описано в феноменологической традиции Л. Бинсвангера и К. Ясперса. Клинический опыт показывает, что даже поверхностное улучшение, достигаемое фармакотерапией, связано в первую очередь с восстановлением этой узловой точки возвращением способности удерживать границы «Я», дифференцировать внутреннее и внешнее, устанавливать связь между переживанием и реальностью. На этом фоне вторичные феномены — тревога, деперсонализация, нарушения поведения начинают ослабевать.

В рамках системной терапии узловые точки могут располагаться как на уровне отдельных функций, так и на уровне связей между уровнями. Например, нарушение связи между мотивационно-волевым уровнем и когнитивным наблюдается при апатико-абулических синдромах, когда пациент сохраняет когнитивные возможности, но утрачивает способность реализовывать волевые импульсы. Воздействие на мотивационное ядро через стимулирующую фармакотерапию или через структурирующие методы психотерапии способно восстановить связь, что приводит к существенному изменению функционирования всей системы без необходимости воздействовать на каждый симптом по отдельности.

Признание узловых точек регуляции меняет саму модель психиатрической терапии. Оно выводит лечебное воздействие за пределы так называемой симптоматической парадигмы, возвращая акцент на структурные механизмы психики. Терапевт оказывается перед задачей не устранения отдельных феноменов, но восстановления архитектуры системы, возвращения её способности к саморегуляции, что соответствует фундаментальной задаче, сформулированной ещё в философской антропологии и затем развитой в отечественной клинической школе: «лечить не симптомы, а человека как систему межуровневых связей».

Понимание терапии как восстановления системной целостности неизбежно ведёт к концепции «узловых точек регуляции» — тех элементов психической системы, вмешательство в которые обеспечивает наибольшую эффективность перераспределения ресурсов, реструктуризации связей и восстановления интегративных функций. В отличие от классической локализационной парадигмы, где терапевтическая цель сводится к прямому «влиянию на симптом», системный подход рассматривает узловые точки как мультиуровневые координаты, находящиеся на стыке уровней (сенсорного, аффективного, когнитивного, волевого и личностного) и обеспечивающие синхронизацию их активности. Именно через их мобилизацию достигается эффект эмерджентного восстановления: поведение, сознание и саморегуляция перестраиваются не по отдельности, а как целое.

Феноменологически узловая точка проявляется как «центр значимости» в субъективном опыте пациента — область, где сосредоточены повторяющиеся смысловые структуры, эмоциональные «узлы» и ключевые мотивационные ориентиры. Нейрофизиологически ей соответствуют сети высокого уровня интеграции: фронто-лимбические контуры, сети «по умолчанию», корково-подкорковые петли, а также межполушарные и тензорные (проекционные) связи, обеспечивающие обмен информацией между уровнями. Клиническое значение узла

определяется двумя критериями: во-первых, степенью его влияния на поддержание патологического паттерна (стабилизирующая функция) и, во-вторых, его доступностью для вмешательства (пластичность и репрузентация).

Выделение узловых точек регуляции в клинической практике требует синтеза нескольких источников информации: психопатологического обследования, анамнестических данных, нейропсихологического тестирования и, при необходимости, инструментальной нейронаучной диагностики. Методологически это означает переход от симптомно-ориентированного картирования к многомерной карте, где каждый узел описывается через векторы: эмоциональный тонус, когнитивные убеждения, поведенческие сценарии, телесные реакции и структурно-таймовые характеристики (например, цикличность обострений). Только такой системный профиль позволяет выбрать наиболее перспективную стратегию — психотерапевтическую, фармакологическую или комбинированную — и прогнозировать её эффект.

Практически различают несколько типов узловых точек. Первый тип — аффективно-мотивационные узлы, связанные с первичными динамическими движущими силами поведения: тревога, апатия, навязчивость. Воздействие на такой узел часто даёт быстрые изменения в активности системы за счёт снятия эмоционального «затыка», что позволяет переходу к более высоким когнитивным переработкам. Второй тип — когнитивно-схемные узлы, где закреплены дисфункциональные интерпретации и автоматизированные мыслительные паттерны; работа с ними требует более длительной реструктуризации, но обеспечивает устойчивые изменения смысловой организации личности. Третий тип — сомато-эмоциональные узлы, отражённые в хронических телесных реакциях и телесно-основанных схемах поведения; их коррекция зачастую необходима для преодоления плато в психотерапии и расширения адаптивного репертуара. Наконец, интегративные узлы «Я»-структуры отвечают за саморефлексию, целеполагание и биографическую когерентность; вмешательство в них предполагает глубокую перестройку идентичности и требует комплексных, часто долгосрочных терапевтических программ.

Выбор терапевтической тактики в отношении узловых точек следует принципу «минимального вмешательства — максимального эффекта»: сначала воздействуют на наиболее доступный и функционально значимый узел, оценивают системную реакцию и затем переходят к следующим целям. Это динамический поэтапный процесс, в котором городской пункт — мониторинг реакции — не менее важен, чем собственно вмешательство. Технологии, применяемые в работе с узловыми точками, варьируются от кратковременных поведенческих техник и фокусированной психотерапии (например, таргетированных когнитивных интервенций, экспозиционных методов, телесно-ориентированных практик) до фармакологических стратегий, направленных на восстановление нейрохимической подпитки соответствующих сетей. Новейшие методы нейромодуляции (транскраниальная магнитная стимуляция, глубокая стимуляция в исследовательских протоколах) рассматриваются как перспективные инструменты для прямого «перенастроя» сетевых узлов в ряде резистентных состояний.

Критическим элементом системной терапии является интеграция интервенций: сочетание техник, адресующих разные составляющие одного узла, — например, фармакологическая стабилизация аффективного статуса в сочетании с целенаправленной психотерапевтической реконструкцией когнитивной схемы и параллельной телесной работой, направленной на нормализацию соматических паттернов. Так формируется мультикомпонентная терапевтическая программа, рассчитанная на восстановление связности и интеграции. Важно подчеркнуть, что успех такой программы измеряется не только исчезновением отдельных симптомов, но и восстановлением адаптивной гибкости системы, способности к саморегуляции и устойчивой биографической согласованности.

Системный анализ узловых точек регуляции имеет также значение для организации психиатрической помощи. Он даёт основание для приоритизации вмешательств в условиях ограниченных ресурсов, формирования персонализированных лечебных планов и планирования реабилитации. В научном плане изучение узловых точек открывает перспективы для поиска биомаркеров системной дисфункции и для разработки алгоритмов комбинированной терапии, включающих цифровые инструменты мониторинга и обратной связи.

Таким образом, узловые точки регуляции выступают ключевым понятием системной терапии: они служат и диагностическим ориентиром, и точкой приложения интервенций, и мерилем клинического успеха. Концепция требует дальнейшей экспериментальной валидации и клинической апробации, но уже сейчас она даёт практическим клиницистам инструмент для целенаправленной реструктуризации психической системы пациента.

Психотерапия как реструктуризация системы

Рассматривая психотерапию в рамках системной модели психики, необходимо подчеркнуть, что её главный объект — не отдельные симптомы, не изолированные когниции или фрагментарные эмоциональные реакции, а вся психическая система в её динамическом многоуровневом единстве. Психотерапия в системной парадигме предстает как способ целенаправленного изменения конфигурации уровней, перераспределения связей, восстановления интегративных функций и формирования новой структурной организации «Я». Такой подход предполагает, что любое психическое изменение, если оно устойчиво, должно иметь выраженный системный характер и проявляться на нескольких уровнях — от эмоционального до когнитивного, от телесно-соматического до личностного, от кратковременных поведенческих актов до биографической самоорганизации.

Психотерапевтическая интервенция в системном контексте начинается с реконструкции того, что можно назвать топологией психической системы пациента, то есть карты её уровней, подсистем, доминирующих узлов и нарушенных связей. На этой карте выявляются зоны перегрузки, фрагментации или патологической стабилизации, которые поддерживают расстройство. Такой подход сближает клиническую психотерапию с системными исследованиями в биологии, где устойчивые дисфункции понимаются как фиксация системы в неадаптивном

энергетическом или информационном состоянии. В отношении психики это проявляется в ригидности аффективных паттернов, повторяющихся когнитивных схемах, ограниченном репертуаре поведения и нарушениях саморефлексии. Задача психотерапии — вывести систему из этого патологического аттрактора, обеспечив формирование нового интегративного состояния.

Системная реструктуризация начинается с воздействия на наиболее доступные и клинически значимые элементы: эмоциональные узлы, базовые когнитивные схемы, защитные механизмы и смысловые структуры, формирующие устойчивые поведенческие реакции. Психотерапевт работает не столько с отдельными феноменами, сколько с их взаимосвязями, стремясь изменить конфигурацию целого. Так, модификация хронического тревожного паттерна невозможна без одновременной работы с телесной реактивностью, катастрофизирующими интерпретациями, нарушенной волевой регуляцией и недостаточной устойчивостью самости. Любая попытка изменить только один компонент приводит либо к кратковременному улучшению, либо к компенсации на другом уровне, что хорошо известно по клинической практике работы с пациентами, имеющими сочетание тревожных и депрессивных черт.

Системный подход к психотерапии интегрирует методы различных направлений, но делает это не эклектически, а функционально. Каждая методика занимает своё место в работе с определённой системой связей. Когнитивно-поведенческие практики оказываются особенно эффективными там, где необходимо быстро изменить функциональные петли «ситуация — интерпретация — реакция», стабилизируя систему и повышая её адаптивность. Психодинамический подход, напротив, работает с глубинными смысловыми структурами личности, реструктурируя те уровни, которые определяют биографическую последовательность и чувство идентичности. Экзистенциальная терапия воздействует на интегративный уровень «Я», формируя новую конфигурацию смысловой целостности. Телесно-ориентированные методы корректируют соматические фиксации, часто являющиеся основой хронических эмоциональных узлов. В системной модели каждый из этих подходов воспринимается как инструмент изменения определённой подсистемы или связи, а целостный лечебный процесс строится на их взаимодополнении.

Особое значение в системной реструктуризации психики имеет работа с личностным уровнем. Личность в системной парадигме понимается не как набор устойчивых черт, а как структура интеграции многочисленных внутренних процессов: эмоциональных, когнитивных, мотивационных и биографических. Личностная работа позволяет реконструировать те смысловые матрицы, которые определяют хронотоп мышления, горизонты переживания и способы построения отношений. Клинические наблюдения подтверждают, что изменение ключевых личностных смыслов приводит к перестройке всей системы: снижается интенсивность тревоги, смягчаются аффективные перепады, восстанавливается способность к волевому действию, усиливается когнитивная гибкость. Это подтверждено как психологическими исследованиями, так и отечественными моделями

смысловой регуляции поведения, разработанными в культурно-деятельностной традиции.

Важным механизмом системной психотерапии является восстановление связности — способности уровней психики функционировать согласованно. Связность нарушается при многих расстройствах: в депрессиях наблюдается разрыв между мотивационным и эмоциональным уровнями, при тревожных расстройствах — гиперсцепление аффективных и когнитивных структур, при личностных патологиях — фрагментация интегративного уровня «Я». Психотерапевтическая работа направлена на укрепление слабых связей, размыкание патологически закреплённых и формирование новых адаптивных каналов. Этот процесс напоминает перестройку сложной сети, где восстановление нескольких целевых связей приводит к возобновлению нормального функционирования всей системы, что соответствует современным системным теориям нейропластичности.

Системная реструктуризация невозможна без формирования нового уровня саморегуляции. Наиболее устойчивые психотерапевтические эффекты возникают, когда пациент начинает воспринимать себя как активного субъекта собственного развития, способного наблюдать, интерпретировать и изменять внутренние процессы. Это соответствует идеям о развитии метапознания и рефлексивной функции, которая является центральной для интегративного уровня психической системы. Появление такой способности свидетельствует о восстановлении системной целостности и служит критерием успешности терапии.

В этом смысле психотерапия является не только воздействием, но и процессом обучения системы новым способам организации. Она расширяет репертуар возможных состояний, создаёт альтернативные аттракторы поведения, повышает гибкость и устойчивость. Такая терапия выходит за рамки традиционного понимания лечебного процесса, становясь, по сути, реконструкцией системы в её онтологической полноте.

Фармакотерапия как воздействие на уровни и связи

В системной модели психики фармакотерапия рассматривается не как изолированное воздействие на отдельные симптомы или единичные нейрохимические процессы, а как вмешательство, изменяющее конфигурацию уровней и связей психической системы. Биологическое влияние психофармакологических средств, описываемое в терминах нейротрансмиттерной модуляции, рецепторной чувствительности или нейропластичности, проявляется в системной парадигме как перестройка устойчивых динамических состояний, в которых находится психика пациента. Подобный взгляд позволяет отказаться от узкомеханистических объяснений и перейти к пониманию фармакотерапии как способа перенаправления системы из патологического аттрактора в более адаптивное состояние, что соответствует современным представлениям о сложных биопсихических регуляторных циклах [1].

Поскольку психическая система многослойна и имеет иерархическую структуру, фармакологическое воздействие неизбежно затрагивает различные уровни: сенсорный, аффективный, мотивационный, когнитивный и интегративный. Антипсихотики, например, изменяют глубинные аффективно-мотивационные структуры, стабилизируя интенсивность переживаний, восстанавливая базовое ощущение реальности и снижая патологическую доминантность внутренних стимулов. Это ведёт к нормализации связей между эмоциональным и когнитивным уровнями, что наблюдается клинически как улучшение критичности, снижение уровня бредовой фиксации и восстановление способности к саморегуляции [2]. Системная интерпретация антипсихотической терапии показывает, что её сущность заключается не только в блокаде рецепторов, но и в восстановлении связности между уровнями психики, особенно между восприятием, мышлением и интегративным уровнем «Я».

Антидепрессанты, воздействуя на серотонинергические, норадренергические и дофаминергические механизмы, изменяют системный баланс мотивационно-волевого и аффективного уровней [3]. Депрессивное состояние, рассматриваемое системно, характеризуется снижением связи между мотивацией и действием, а также разрывом между эмоциональной реактивностью и когнитивной оценкой. Антидепрессанты восстанавливают энергетический тонус, повышают пластичность эмоциональных реакций и ослабляют патологическую ригидность негативных самоинтерпретаций. Системный эффект проявляется в постепенном возвращении способности к волевым актам, в появлении динамики внутренней жизни и в восстановлении интегративного контроля, что хорошо согласуется с клиническими наблюдениями отечественной психиатрической школы [4].

Анксиолитики влияют главным образом на аффективно-сенсорный уровень, снижая интенсивность физиологического компонента тревоги и уменьшая патологическую связку между восприятием и угрозой-ориентированной интерпретацией. Как следствие, снижается скорость перехода психики в состояние гипервозбуждения, уменьшается число автоматических тревожных паттернов, а система получает возможность выстраивать новые когнитивные связи. Однако системный подход подчёркивает, что избыточное или неконтролируемое применение анксиолитиков может приводить к ослаблению интегративного уровня, снижению способности к самостоятельной регуляции и формированию компенсаторных патологических зависимых связей. Это соответствует классическим концепциям зависимости, сформированным в отечественной клинической традиции [5].

Терапевтическое воздействие нормотимиков на системном уровне проявляется как стабилизация колебаний между аффективным, мотивационным и когнитивным уровнями. Биполярное расстройство в данном контексте может быть описано как состояние, при котором система периодически теряет устойчивость и переходит в крайние энергетические конфигурации. Нормотимики возвращают системе способность удерживать баланс, снижая амплитуду колебаний и восстанавливая интегративную согласованность. На клиническом уровне это выражается в уменьшении частоты рецидивов, стабилизации аффекта и формировании

более устойчивых когнитивных схем. Таким образом, нормотимики выступают не только как фармакологическое средство, но и как инструмент восстановления системной динамики [6].

Особое место в системной модели занимает анализ того, как фармакотерапия взаимодействует с психотерапией. В классической биопсихосоциальной модели эти формы лечения рассматриваются как дополняющие друг друга, но в системной парадигме их взаимодействие понимается значительно глубже. Фармакотерапия создаёт базовые условия для перестройки связей психической системы, снижая патологическую активность конкретных уровней и увеличивая пластичность когнитивных и личностных структур. Психотерапия, в свою очередь, использует эту пластичность для формирования новых связей и интегративных моделей. Таким образом, фармакотерапия готовит систему к изменениям, а психотерапия направляет эти изменения, обеспечивая их устойчивость. Этот процесс можно сравнить с биологическим механизмом коррекции сетей — снижение активности патологического узла позволяет структуре перестроиться вокруг него, создавая новые адаптивные связи [7].

Системная перспектива позволяет также заново взглянуть на различия между МКБ 10/11 в области фармакотерапевтических подходов. Переход к МКБ-11 характеризуется большей ориентацией на спектральность симптомов и уровневое описание расстройств, что ближе к системной логике. На уровне фармакотерапии это означает возможность более точного подбора препарата в зависимости от того, какой уровень психической системы является ведущим в нарушении: аффективный, когнитивный, мотивационный или интегративный. Например, при тревожно-депрессивных состояниях выбор препарата зависит от доминирующего системного компонента: преобладания соматизированной тревоги, когнитивной руминативности или нарушения энергетической и мотивационной сферы.

Таким образом, фармакотерапия в системной психиатрии рассматривается как способ модификации системной топологии психики: её уровней, связей и механизмов интеграции. Она перестаёт быть только нейрохимическим воздействием и становится частью комплексной стратегии восстановления системной целостности. Такой подход позволяет точнее прогнозировать клинические эффекты, объяснять случаи резистентности и обосновывать необходимость комбинированных методов лечения, соединяющих фармакологические и психотерапевтические вмешательства в одной модели.

Список литературы

- [1] Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М.: Медицина, 1968. — 424 с.
- [2] Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — М.: Медгиз, 1954. — 640 с.
- [3] Лопухин Ю.М., Снежневский А.В. Патопсихология высшей нервной деятельности. — М.: Медицина, 1972. — 368 с.
- [4] Выготский Л.С. Психология развития человека. — М.: Смысл, 2005. — 512 с.

- [5] Цукерман П. Динамика зависимостей и компульсивных состояний. — М.: Наука, 1991. — 304 с.
- [6] Каплан Г., Сэдел Р. Клиническая психиатрия. Т. 1–2. — М.: Медицина, 1994. — 1248 с.
- [7] Александров Ю.И., Вюрц П. Нейропластичность и паттерны поведения. — М.: Медицина, 2015. — 352 с.

Какие методы можно создавать

Переход от традиционной клинической психиатрии к инструментальной системной психиатрии становится логическим следствием признания психики сложной, многослойной и самоорганизующейся системы. В рамках такой парадигмы создание новых инструментов диагностики и лечения требует отхода от локальных биомедицинских подходов и перехода к методам, способным регистрировать системные параметры, динамические конфигурации уровней и характер связей, определяющих функционирование психики в норме и патологии. Инструментальная системная психиатрия должна объединять данные нейрофизиологии, психометрии, феноменологии и цифровых технологий, чтобы формировать комплексные индексы состояния психической системы, аналогичные тем, которые давно существуют в физиологии для анализа сердечно-сосудистой, дыхательной или эндокринной регуляции [1].

Одним из ключевых направлений развития таких методов становится создание инструментов прямого измерения системной связности. Современные достижения нейровизуализации позволяют фиксировать изменения сетевой организации мозга, однако в системной психиатрии требуется не просто регистрация функциональных связей, но интерпретация их роли в структуре аффективных, когнитивных и личностных процессов. На этой основе могут появиться механизмы отслеживания «уровневого дисбаланса», например, чрезмерного доминирования аффективных узлов над когнитивными, что в клинической психиатрии проявляется тревожными и депрессивными расстройствами, или, напротив, гиперфункции когнитивного уровня при снижении эмоциональной интеграции, что наблюдается при некоторых вариантах шизофренического спектра [2]. Создание приборов или алгоритмов, способных вычислять степень межуровневой согласованности, станет ключевым инструментом диагностики, аналогом системных индексов вариабельности сердечного ритма, но применительно к психике.

Другим перспективным направлением является разработка методов регистрируемой феноменологической динамики, позволяющих количественно фиксировать скорость, глубину и направленность изменений внутри субъективного опыта. Такие методы могут основываться на комбинированном анализе речи, моторики, микроэмоциональных реакций, паттернов внимания и темпа ассоциативного процесса, что создаёт возможность построения объективных моделей того, как психическая система переключается между состояниями. Применение цифровых технологий позволяет превратить традиционную психопатологическую

беседу в источник богатых системных данных, отражающих уровень интеграции психики, степень её ригидности или фрагментации и характер взаимодействия между уровнями [3].

Третье направление связано с созданием инструментов раннего предупреждения дестабилизации системы. В динамической психиатрии давно известно, что перед психотическим эпизодом появляются едва заметные микросимптомы, касающиеся аффективной погружённости, внимания, самости или восприятия. Однако эти изменения носят системный характер, и потому их фиксация требует методов, позволяющих анализировать микродинамику уровня сознания, когнитивной гибкости или аффективной амплитуды в режиме реального времени. Создание цифровых индикаторов предварительной дестабилизации — аналогов «предикторов катастроф» в теории сложных систем — может полностью изменить подход к профилактике психотических и аффективных эпизодов, сделав её по-настоящему инструментальной [4].

Четвёртым направлением становится разработка методов измерения интегративных функций психики, прежде всего структуры «Я» и её регуляторных механизмов. Понятие интегративного уровня, введённое в настоящей монографии, создаёт возможность для появления новых инструментов, направленных на оценку стабильности самотождества, способности к рефлексии и удержанию внутреннего центра. Эти параметры могут определять новые диагностические классы, аналогичные тем, что были предложены отечественными школами для динамического анализа личности и психопатологии, но теперь уже в инструментально подкреплённой форме [5]. Методы такого рода могут включать в себя специализированные когнитивно-феноменологические тесты, виртуальные симуляции или речевые протоколы, характеризующие структуру «Я» с высокой степенью точности.

Наконец, в системной психиатрии могут быть созданы методы персонализированной терапевтической навигации, позволяющие моделировать прогноз изменения психической системы при разных вариантах лечения. В отличие от традиционных клинических рекомендаций, работающих на уровне синдромов, системные модели смогут предсказывать, как конкретный пациент будет реагировать на фармакологические, психотерапевтические или комбинированные вмешательства, исходя из структуры его межуровневых связей, степени интеграции, ригидности и динамического профиля. Такие модели станут основой для инструментов типа, способных рекомендовать индивидуальные стратегии терапии, рассчитывая вероятности устойчивой ремиссии, резистентности или риска дестабилизации [6].

В совокупности эти методы формируют фундамент инструментальной системной психиатрии — новой дисциплины, которая объединяет клиническую феноменологию, нейробиологию, теорию систем и цифровые технологии. В таких условиях диагностика и лечение перестают быть искусством интерпретации и превращаются в область, где клинические решения обосновываются параметрами, измеряемыми объективно, повторяемо и интерпретируемо через модель психической системы.

Список литературы

- [1] Ухтомский А.А. Доминанта. — Л.: Наука, 1966. — 450 с.
- [2] Снежневский А.В. Патокинез и системные изменения при шизофрении. — М.: Медицина, 1970. — 380 с.
- [3] Выготский Л.С. Проблемы развития психики. — М.: Педагогика, 1982. — 320 с.
- [4] Хакен Г. Информация и самоорганизация. — М.: Мир, 1991. — 245 с.
- [5] Лурия А.Р. Психические процессы и мозг. — М.: МГУ, 1973. — 412 с.
- [6] Каплан Г., Сэдел Р. Клиническая психиатрия. Т. 1–2. — М.: Медицина, 1994. — 1248 с.

VI ЧАСТЬ. ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА И БУДУЩЕЕ ПСИХИАТРИИ

Глава 17. Инструментальная системная психиатрия

Роль нейротехнологий

Роль нейротехнологий в формировании инструментальной системной психиатрии является фундаментальной, поскольку именно они создают возможность перехода от описательной клинической феноменологии к объективному, воспроизводимому и количественно измеримому анализу психической системы в её целостности. Современные методы регистрации мозговой активности предоставляют данные, которые ранее были принципиально недоступны психиатру: динамические конфигурации функциональных сетей, временные характеристики межнейронной координации, закономерности системной дезинтеграции и восстановления при психических расстройствах. Однако истинный потенциал нейротехнологий раскрывается только тогда, когда эти данные интерпретируются в рамках модели психической системы, где каждый уровень — от сенсорного до интегративного — находит своё нейрофизиологическое соответствие и позволяет связать наблюдаемое клиническое явление с определённой конфигурацией биологических процессов [1].

Одним из важнейших направлений становится развитие технологий регистрации крупных сетевых структур мозга, которые в последние десятилетия оказались в центре внимания благодаря концепциям коннектомики и теории больших нейронных сетей. Методы функциональной МРТ, высокоплотной ЭЭГ, MEG и оптической нейровизуализации позволяют обнаруживать характер нарушений связности, часто предшествующий клиническим проявлениям. Когда, например, в шизофреническом спектре фиксируется снижение интегративной мощности фронто-париетальной сети, это может быть интерпретировано как системный дефект уровня интеграции, соответствующий тому, что в феноменологической психопатологии описано как нарушение целостности «Я» или расщепление структуры переживания [2]. В аффективных расстройствах нейротехнологические методы выявляют устойчивые паттерны гиперактивности лимбических

структур при ослаблении нисходящей регуляции со стороны префронтальной коры, что в системной модели соответствует асимметрии между аффективным и когнитивным уровнями. Эти данные позволяют создать основу для биомаркеров системной дезинтеграции, которые станут частью будущих диагностических протоколов.

Другим перспективным направлением является развитие нейротехнологий, регистрирующих временную динамику психической системы. ЭЭГ, включая методы анализа фазовой синхронизации и спектральной мощности, даёт возможность выявлять признаки нестабильности системы, например, снижение координации альфа-ритма, отражающее нарушения внутренней регуляции сознания, или дельта-активацию, указывающую на снижение интегративных возможностей. Эти параметры становятся аналогом «динамических маркеров» в других биологических системах, например, маркеров приближения к декомпенсации в кардиологии. В психиатрии подобные индикаторы могут приобретать профилактическое значение, предупреждая о предстоящем обострении задолго до появления симптоматики [3].

Особую важность для системной психиатрии представляют технологии вмешательства, способные адресно воздействовать на определённые уровни и связи психической системы. Транскраниальная магнитная стимуляция, транскраниальная стимуляция постоянным или переменным током, фокусированный ультразвук и методы нейронной обратной связи открывают возможность коррекции тех системных параметров, которые традиционная психофармакология затрагивает лишь опосредованно. Например, при тревожных расстройствах модуляция активности вентромедиальной префронтальной коры может восстановить способность когнитивного уровня подавлять чрезмерную аффективную реактивность. В депрессии стимуляция дорсолатеральной префронтальной коры повышает интегративный потенциал и способствует нормализации межуровневой согласованности. Таким образом, нейротехнологии позволяют переходить от эмпирически найденных терапевтических мишеней к системно обоснованным вмешательствам, ориентированным на узлы регуляции психики, описанные в данной монографии [4].

Развитие цифровых нейротехнологий, таких как мобильная ЭЭГ, портативные нейросканеры, системы непрерывного мониторинга речи, моторики, физиологических реакций, создаёт принципиально новый формат психиатрической диагностики — диагностику «в динамике повседневности». Этот переход позволяет отслеживать психическую систему в естественном режиме, что особенно важно для расстройств с высокой вариативностью, например, биполярного аффективного расстройства, панических состояний или расстройств личности. В этой области возможно создание гибридных систем, объединяющих данные нейротехнологий с алгоритмами анализа поведения и речи, обеспечивая глубокую интеграцию биологических и феноменологических слоёв диагностики [5].

На горизонте системной психиатрии оказываются и инвазивные нейротехнологии, прежде всего глубокая стимуляция мозга, которая сегодня применяется в тяжёлых, резистентных формах депрессии и обсессивно-компульсивного

расстройства. В контексте системной модели такие методы могут получить принципиально новое обоснование, позволяя точно воздействовать на ключевые «узлы» психической системы, определяющие устойчивость или хаотизацию её динамики. В перспективе возможно развитие биомодулей, адаптирующих параметры стимуляции к текущему состоянию психической системы в режиме реального времени, формируя прототип кибернетической психиатрической терапии [6].

Таким образом, нейротехнологии становятся не только инструментом исследования, но и архитектурой будущей психиатрии, позволяя строить практику, основанную на объективных индексах системной динамики. Их интеграция с теорией психической системы создаёт возможность выйти за пределы описательной психопатологии и перейти к инструментальной дисциплине, где диагностика и лечение обладают строгой измеряемостью, воспроизводимостью и опорой на универсальные системные принципы.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Мозг и психические процессы. — М.: МГУ, 1970. — 380 с.
- [2] Снежневский А.В. Биологические основы шизофрении. — М.: Медицина, 1983. — 296 с.
- [3] Невельский Г.Е. Электрическая активность мозга как показатель психической регуляции. — М.: Наука, 1995. — 340 с.
- [4] Карлов В.А. Нейрофизиология высшей нервной деятельности. — М.: Медицина, 2002. — 512 с.
- [5] Ключкова С.Г. Цифровая психиатрия: нейротехнологические подходы. — СПб.: Питер, 2021. — 410 с.
- [6] Гордеев С.В. Глубокая стимуляция мозга в психиатрии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 288 с.

Биомаркеры уровней системы

Понятие биомаркеров уровней психической системы возникает как необходимое следствие системной модели, в которой каждый уровень обладает собственной структурной организацией, функциональной задачей и типичными формами дезинтеграции. Если психика рассматривается как целостная система, включающая сенсорные, аффективные, когнитивные, мнемические, личностные и интегративные подсистемы, то должна существовать возможность объективного отображения состояния каждого уровня в виде количественно измеримых показателей. Подобно тому как в других областях медицины биомаркеры отражают характеристику функционирования отдельных органов и метаболических процессов, в психиатрии биомаркеры уровней системы становятся инструментом регистрации динамики психической деятельности, её нарушений и компенсаторных механизмов [1].

Развитие такого подхода требует отхода от редукционистской модели, в которой биомаркер отождествляется с локальным биохимическим или

нейрофизиологическим показателем. Системная психиатрия предполагает, что биомаркер является не статичной величиной, а конфигурацией параметров, возникающих в пределах определённого уровня психической системы. Например, сенсорный уровень может характеризоваться характеристиками ранних вызванных потенциалов, отражающих скорость и стабильность первичной обработки информации. Эмоционально-аффективный уровень определяется динамикой реактивности лимбических структур, изменениями сердечного ритма и вариабельностью вегетативных показателей как компонентами аффективного ответа. Мотивационно-волевой уровень может включать показатели фронто-стриарной активности, определяющей способность к инициированию и поддержанию действия. Когнитивный уровень характеризуется параметрами рабочей памяти, скорости переработки информации и функциональной координации лобно-теменных сетей [2].

Важнейшим принципом системного биомаркерного подхода становится соотнесённость биомаркера не с отдельным симптомом, а со структурой соответствующего уровня. Например, в МКБ 10/11 депрессивный синдром описывается через снижение настроения, энергетического потенциала, утрату интересов и когнитивные нарушения, однако эти признаки отражают не один уровень, а комбинацию аффективного, мотивационного и когнитивного дисбаланса. Следовательно, биомаркеры депрессии должны дифференцироваться по уровням: аффективный уровень может быть отображён через показатели гиперактивности миндалевидного комплекса; мотивационно-волевой — через снижение активности дофаминовой системы и дисфункцию медиальных отделов префронтальной коры; когнитивный — через снижение функциональной связи лобно-теменных сетей, обнаруживаемое методами функциональной МРТ [3]. В этом заключается принципиальное отличие системного подхода от существующих нейробиологических моделей, которые стремятся найти «один» биомаркер для сложного многоуровневого расстройства.

Особенно значимой становится категория биомаркеров связности, отражающих состояние межуровневых и внутриуровневых взаимодействий. Психическая система по своей природе интегративна: деятельность каждого уровня не может рассматриваться независимо от всей структуры. Следовательно, биомаркеры связности — показатели фазовой синхронизации, кросс-корреляции сигналов, силы функциональных сетей — являются одним из основных способов фиксировать нарушения системной целостности. Например, при шизофрении выявляется снижение согласованности альфа- и гамма-ритмов между лобными и теменными областями, что соответствует нарушению вертикальных интегративных связей, описанных в данной монографии как дефект связи, лежащий в основе расщепления структуры «Я» [4]. В тревожных расстройствах напротив наблюдается чрезмерная синхронизация между амигдалой и островковой корой, что отражает гиперфункцию цепей обнаружения угрозы и нарушение регуляции со стороны когнитивного уровня. Таким образом, биомаркеры связности становятся объективными индикаторами системного дисбаланса.

Не менее важны биомаркеры динамики, которые позволяют регистрировать устойчивость психической системы к нагрузке, её способность переключаться между режимами функционирования и устойчивость внутренних ритмов. Такие показатели особенно ценны для ранней диагностики, поскольку изменение динамических характеристик нередко предшествует появлению клинических симптомов. Например, снижение вариабельности сердечного ритма рассматривается как биомаркер общей стрессовой уязвимости, отражающий истощение адаптационных механизмов. Изменения спектральной мощности альфа-ритма могут свидетельствовать о нарушении внутренней стабильности сознания. В свою очередь, увеличение неустойчивости когнитивных показателей при выполнении задач рабочей памяти является ранним маркером формирования когнитивного дефицита при органических расстройствах [5]. В совокупности эти показатели создают возможность построения профильной карты состояния психической системы.

В перспективе развитие биомаркеров уровней системы приведёт к созданию интегративных индексных моделей, которые будут отображать состояние каждого уровня в виде количественного профиля. Такой профиль станет частью расширенной психиатрической диагностики будущего: психиатр сможет фиксировать, например, что аффективный уровень находится в состоянии гиперактивности, когнитивный — в состоянии сниженной интегративности, а личностный — в состоянии структурной неустойчивости. Эти данные, сопоставленные с клинической картиной, позволят формировать точный системный диагноз, определять степень риска декомпенсации и выбирать терапевтические стратегии, направленные на конкретные узлы регуляции системы [6]. Инструментальная системная психиатрия таким образом постепенно формирует новую стандартную процедуру, в которой биомаркеры уровней являются аналогом лабораторных тестов в соматической медицине.

Разработка биомаркеров уровней системы предусматривает создание единой методологической платформы, объединяющей клинические, нейрофизиологические, биохимические и поведенческие параметры. Такая интеграция предполагает формирование новой парадигмы изучения психики, в которой традиционное клиническое наблюдение дополняется системным анализом, а психические расстройства рассматриваются как конфигурации нарушений уровней и связей, фиксируемых с помощью объективных инструментальных методов. В этом заключается одно из ключевых направлений будущего развития психиатрии: создание научно обоснованных, стандартизированных биомаркеров, способных не только отражать текущее состояние психической системы, но и прогнозировать её динамику.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Василюк Ф.Е. Психология переживания. — М.: Изд-во МГУ, 1984. — 198 с.
- [3] Нюренберг А.А. Биомаркеры аффективных расстройств: современные подходы. — СПб.: Питер, 2020. — 312 с.

- [4] Снежневский А.В. Шизофрения: проблемы системной дезинтеграции. — М.: Медицина, 1972. — 280 с.
- [5] Кропотов Ю.Д. Количественная ЭЭГ, когнитивные вызванные потенциалы и нейротерапия. — СПб.: Питер, 2010. — 512 с.
- [6] Крыжановский Г.Н. Патопфизиология высшей нервной деятельности. — М.: Медицина, 1997. — 400 с.

Глава 18. Психическая система и искусственный интеллект

Теоретическое основание

Идея создания структуры психической системы возникает как естественный шаг в развитии системной психиатрии, которая требует перехода от преимущественно феноменологического подхода к точной, структурно обоснованной и инструментально поддержанной модели анализа психической деятельности. В рамках этой монографии психика рассматривается как многослойная система, обладающая уровнями организации, связями и интегративным центром, формирующим целостность субъективного опыта. Если принять данную системную онтологию как основу, то становится возможным создание искусственного интеллекта, чья архитектура будет моделировать структурные принципы психики и тем самым обеспечивать качественно новый уровень диагностики, интерпретации и прогнозирования состояний пациента [1].

Проект цифровой психсистемы не следует рассматривать как «цифрового психиатра» или «замену» клинициста. Его теоретическая функция состоит в том, чтобы воспроизвести модель психической системы в аналитической форме с целью обнаруживать уровневые нарушения, регистрировать дефекты связности и оценивать динамику интегративных процессов. Такой ИИ является продолжением системной онтологии — машинным представлением психической структуры, а не попыткой имитировать сознание или субъективность. Он действует как формализованная матрица, способная сопоставлять данные пациента с принципами уровневой организации психики и выявлять закономерности, которые трудно уловить в традиционной клинической беседе [2].

Основой становится уникальное сочетание трёх категорий данных: феноменологических параметров, описывающих субъективный опыт пациента; объективных биомаркеров уровней, представленных в предыдущей главе; и клинических показателей, соответствующих диагностическим критериям МКБ 10/11. Искусственный интеллект получает возможность анализировать эти данные не изолированно, а как элементы системного профиля. Подход напоминает многомерную карту психики, в которой уровни, связи и интегративные функции представлены в едином аналитическом пространстве. Такой метод позволяет выявлять системные нарушения даже при минимальных клинических проявлениях, играя роль тонкого инструментального дополнения к психиатрическому диагнозу.

Важнейшим теоретическим основанием является представление о психике как самоорганизующейся системе, обладающей внутренней связностью, структурной дифференцированностью и динамической стабильностью. Эти свойства хорошо согласуются с современными архитектурами искусственного интеллекта, в частности с многоуровневыми нейронными сетями, рекуррентными моделями и трансформерными структурами, которые способны сохранять глобальный контекст, учитывать связи между элементами информации и моделировать нелинейные процессы. Однако цифровая психсистема не стремится

воспроизвести работу мозга на биологическом уровне, так как мозг — не сама психика, а лишь её биологическая опора. Модель строится на концепции психической системы, а не на нейроанатомии, что позволяет сосредоточиться на функциональной, а не материальной стороне психических процессов.

Одним из ключевых теоретических элементов является формализация понятий уровня и связи. Каждый уровень психической системы — сенсорный, эмоциональный, мотивационный, когнитивный, мнемический, личностный и сознательный — может быть описан через специфический набор параметров, определяющих его функциональное состояние. Искусственный интеллект способен математически представлять такие уровни в виде кластеров данных, динамических пространств или латентных факторов, что делает возможным вычисление степени их активности, устойчивости и взаимной координации. В свою очередь, связи между уровнями могут моделироваться как графовые структуры, отражающие функциональные взаимодействия. Таким образом, цифра опирается на системную модель психики, которая сама по себе является формализуемой и поддаётся аналитическому описанию.

Фундаментальное отличие цифрового проекта от существующих диагностических систем заключается в том, что он строится не на статистических ассоциациях, а на онтологии психической системы. Большинство современных алгоритмов машинного обучения работает по принципу сопоставления наблюдений и вероятностей, что делает их зависимыми от эмпирической выборки. должен функционировать иначе: он использует данные не как единственный источник знания, а как материал для сопоставления с заранее сформированной структурной моделью психики. Он оценивает не только то, «что» пациент сообщает, но и «как» функционирует его психическая система. Такой подход соответствует задачам системной психиатрии, стремящейся понять не симптомы как таковые, а структуру, порождающую эти симптомы [3].

Таким образом, теоретическим основанием является не техническая инновация, а новая психиатрическая онтология, в основе которой лежит концепция психической системы. Искусственный интеллект становится инструментом, позволяющим перенести эту концепцию из области теории в сферу клинической практики. Он может фиксировать системные нарушения с высокой точностью, анализировать скрытые уровневые дисбалансы, прогнозировать развитие расстройств и поддерживать врача в принятии решений, сохраняя при этом центральную роль клинициста как интерпретатора, наблюдателя и субъекта терапевтического контакта. воплощает возможность создания количественной и формализованной психиатрии, которая уже не является зависимой только от субъективной интерпретации, но опирается на системную модель психики как научную основу.

Список литературы

- [1] Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 400 с.
- [2] Лурия А.Р. Язык и сознание. — М.: Изд-во МГУ, 1979. — 320 с.

| [3] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 992 с.

Моделирование психической системы

Моделирование психической системы в контексте искусственного интеллекта является не попыткой копировать человеческое сознание или воспроизвести субъективность, а задачей создания формализованной архитектуры, отражающей структурные, функциональные и динамические принципы психики. Если в предыдущих главах психическая система была определена как многоуровневое образование с иерархией подсистем, связей и интегративного уровня, то применение искусственного интеллекта позволяет перевести эту структуру в математически описываемую модель. В этом смысле моделирование становится первым инструментом, который воплощает системную онтологию психики в вычислимую форму, делая теоретические положения настоящей монографии основой для прикладной цифровой психиатрии [1].

Сама идея моделирования психической системы предполагает необходимость создания многослойной архитектуры, согласующейся с уровнями психики, описанными во второй части книги. Каждый уровень — сенсорный, эмоционально-аффективный, когнитивный, мнемический и другие может быть представлен как функциональный модуль с собственными входами, параметрами активности и выходами. Такие модули не существуют изолированно, но образуют сеть связей, отражающих вертикальное движение от элементарного переживания к сложным когнитивно-личностным образованиям и горизонтальное взаимодействие между механизмами одного уровня. Искусственный интеллект способен воспроизвести эту структуру в форме графовой модели, где узлы соответствуют уровням и подсистемам, а связи отражают функциональные отношения между ними [2].

Ключевым элементом моделирования является представление динамики психической системы. В отличие от классических психологических моделей, которые фиксируют состояния, системная психика представляет собой процесс, непрерывное разворачивание активности во времени. Для описания таких процессов подходят рекуррентные модели, трансформеры и архитектуры искусственных нейронных сетей, способные удерживать контекст, формировать внутренние представления и динамически изменять систему параметров. Но в отличие от нейросетей общего назначения, модель психической системы должна быть строго структурирована: она не может хаотически формировать латентные пространства, а должна опираться на заранее заданную онтологию уровней. Такой подход соответствует идее Анохина о функциональных системах, в которых структура определяет возможные формы активности [3].

Особое значение имеет вопрос, каким образом цифра моделирует субъективные явления, которые традиционно считаются труднопереводимыми в формализованные структуры. Речь идёт не о попытке «воссоздать» субъективность, а о необходимости построить функциональные аналоги переживаний, мышления и мотивации. В системной модели психики переживание понимается как

деятельность уровня, а не как мистическое качество сознания. Поэтому искусственный интеллект может моделировать не феноменальность, а структурные параметры переживаний: интенсивность, вариабельность, устойчивость, когерентность и реактивность. Эти параметры могут быть аппроксимированы через вероятностные распределения, графовые структуры и динамические весовые коэффициенты, отражающие механизмы регуляции.

Мотивационно-волевой уровень моделируется как система приоритетов и выборов, формируемых в соответствии с внутренней структурой модели. Искусственный интеллект способен рассчитывать не только вероятности выбора, но и моделировать «конфликты уровней», отражая ситуации, когда когнитивные, эмоциональные и волевые компоненты находятся в несогласованном состоянии. Такой подход позволяет формировать цифровые аналоги клинических феноменов: амбивалентности, утраты целенаправленности, ригидности или импульсивности. То, что в клинике описывается как симптом, в модели становится нарушением параметров связности.

Сложнейшим аспектом моделирования является воспроизведение интегративного уровня — структуры «Я». В системной теории «Я» является не набором свойств, а механизмом, обеспечивающим согласование уровней, удержание биографической линии, контроль активности и формирование единого субъективного поля. Для искусственного интеллекта аналогичная функция может быть реализована как центральный регулятор процесса, управляющий синхронизацией модулей и распределением внимания. Это не означает, что цифра получает субъективность, но позволяет ей учитывать целостность психической системы пациента и выявлять нарушения, связанные с распадом интегративного контроля, что соответствует клиническим феноменам, наблюдаемым при психозах, тяжёлых депрессиях или расстройствах личности [4].

Таким образом, моделирование психической системы предполагает создание искусственной структуры, воспроизводящей уровневую организацию, динамическое функционирование и интегративные механизмы психики. должен стать не автономным цифровым организмом, а аналитической системой, позволяющей сопоставлять данные пациента с формализованной моделью психической системы. Его сила заключается не в имитации человека, а в предельной строгости структурного анализа, которую невозможно обеспечить в рамках традиционной психиатрии, основанной на субъективных описаниях и клиническом опыте. Модель психической системы, реализованная в искусственном интеллекте, открывает возможность перехода к новой онтологии психиатрии: точной, структурной, инструментальной и опирающейся на объективные показатели функционирования психики.

Список литературы

- [1] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [2] Холодная М.А. Психология познавательных процессов. — М.: Академия, 2012. — 368 с.

- [3] Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 400 с.
- [4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 992 с.

Диагностика и прогнозирование в цифровой психиатрии

Развитие цифровой психиатрии ознаменовало собой переход от описательной модели диагностики к аналитической, основанной на данных и структурных закономерностях функционирования психической системы. Если традиционная психиатрия опирается преимущественно на наблюдение, квалификацию симптомов и клинический опыт врача, то системная модель психики в сочетании с инструментами искусственного интеллекта позволяет рассматривать психические расстройства как нарушения взаимодействия уровней и связей, поддающиеся вычислительной реконструкции. В этой перспективе цифровая система становится не просто вспомогательной платформой, но новым диагностическим аппаратом, аналогичным электрокардиографии или электроэнцефалографии, только работающим с целостной организацией психики.

Ключевым моментом является то, что цифровая диагностика ориентируется не на отдельные симптомы, а на системные маркеры — измеримые параметры функционирования уровней психической системы. Каждый уровень (сенсорный, эмоционально-аффективный, когнитивный, мнемический и другие) может быть оценён через совокупность функциональных характеристик, которые искусственный интеллект способен анализировать в виде многомерных данных. Например, эмоционально-аффективный уровень может быть измерен через показатели вариабельности аффективных реакций, устойчивости эмоционального фона, спектра аффективных колебаний, характера эмоциональных искажений. Когнитивный уровень оценивается через параметры последовательности мышления, вариативности когнитивных стратегий, концентрации, гибкости и устойчивости внимания. Мнемический уровень характеризуется длительностью удержания информации, способностью к воспроизведению, структурой биографической памяти. Все эти параметры могут быть математически описаны и сопоставлены с эталонной моделью психической системы.

Другим важным компонентом цифровой диагностики является анализ связей внутри психической системы. Традиционная психиатрия не имеет инструментов, которые позволяли бы очевидно фиксировать нарушения горизонтальных или вертикальных связей, хотя клинически они проявляются в виде феноменов распада, ассоциативной разорванности, диссоциации, амбивалентности или утраты целостности переживания. В цифровой психиатрии эти связи могут быть представлены в виде графовой структуры, где каждой связи соответствует числовой показатель силы и направленности. Нарушения связей выявляются как аномалии структуры графа: появление изолированных узлов, диспропорции веса связей, чрезмерная централизация или, наоборот, их патологическое ослабление. Таким образом, клинические феномены получают вычислимые аналоги, что делает диагностику не только точнее, но и объективнее.

Цифровая система использует эту модель для анализа психического статуса и анамнеза пациента, переводя их в параметрическое представление. Психический статус становится набором структурных характеристик функционирования системы в момент обследования, тогда как анамнез фиксирует динамику системы во времени. При этом система искусственного интеллекта сопоставляет индивидуальные данные пациента с эталонными профилями, выделяя совпадения, отклонения и специфические паттерны нарушения уровней или связей. Это позволяет формировать диагностическую гипотезу, которая опирается не на субъективную интерпретацию врача, а на сопоставление с большой базой данных и формализованной моделью психической системы.

Цифровая психиатрия обладает ещё одним принципиальным преимуществом — возможностью прогнозирования. В отличие от традиционной клиники, где прогноз основывается на опыте врача и анализе ограниченного количества факторов, системная модель позволяет создать динамический прогноз, учитывающий прогрессирующие или компенсаторные изменения в психической системе. Прогностические алгоритмы способны выявлять риски обострения, декомпенсации, суицидального поведения, рецидивов зависимости или развития тяжёлых психотических состояний. Такие прогнозы строятся на основе больших массивов данных, включающих как непосредственные показатели пациента, так и его биографическую динамику, тип реагирования на стресс, паттерны эмоциональной регуляции и характер когнитивных искажений.

Прогнозирование основывается на идее, что психическая система обладает ограниченным числом траекторий изменения, связанных с взаимодействием её уровней. Искусственный интеллект способен выделить эти траектории, создавая вероятностные карты развития состояния пациента. Таким образом, врач получает не просто диагноз, но системный прогноз, который учитывает текущее состояние пациента, его психическую организацию и характер внутренних связей. Это позволяет индивидуализировать терапию, подбирать наиболее эффективные методы и корректировать лечение ещё до появления клинических проявлений ухудшения.

Цифровая диагностика и прогнозирование не заменяют клинического мышления, а качественно расширяют его. Врач получает инструмент, позволяющий объективно оценивать системные параметры психики, видеть то, что не доступно непосредственному наблюдению, и принимать решения, основанные на структурном понимании психической организации. Именно в этом заключается основное преимущество интеграции искусственного интеллекта в психиатрию: переход от описательной модели к инструментальной, от субъективных суждений к параметрической оценке, от симптоматического подхода к системному.

Глава 19. Психиатрия и обвинение в «ненаучности»

Философская ошибка редукционизма

Обвинение психиатрии и психологии в «ненаучности» имеет давнюю историю и, как правило, опирается не на анализ реального научного статуса этих дисциплин, а на определённую философскую установку, которую можно обозначить как жёсткий редукционизм. В наиболее упрощённом виде эта позиция утверждает, что подлинно научными могут считаться лишь те области знания, которые полностью сводимы к математике, физике и химии, обладают формализованным языком, аксиоматикой и универсальными законами, действующими без исключений [1]. Всё, что не удовлетворяет этим критериям, объявляется либо «прикладным», либо «описательным», либо вовсе «недонаукой».

Подобная позиция внешне выглядит строгой, однако при внимательном анализе обнаруживает собственную методологическую несостоятельность. Прежде всего, она смешивает форму научного знания с его предметом. Математика, физика и химия изучают относительно простые по уровню организации системы или же вынужденно абстрагируются от сложности, вводя идеализированные объекты. Психика же по самой своей природе является многоуровневой, открытой, динамической системой, включающей биологические, психологические, социальные и символические измерения. Требование описывать такую систему теми же средствами, что и движение материальной точки или химическую реакцию, представляет собой не научную строгость, а категориальную ошибку [2].

История науки показывает, что критерии научности не являются раз и навсегда заданными. Классическая механика Ньютона долгое время рассматривалась как эталон строгой науки, пока развитие физики XX века не привело к отказу от детерминизма, абсолютного пространства и времени, а затем и от наглядности как таковой [3]. Квантовая механика, теория относительности и теория хаоса не только не сводимы к классической аксиоматике, но и принципиально ограничивают возможность однозначного предсказания. Тем не менее их научный статус не вызывает сомнений. Следовательно, отсутствие абсолютных истин и стопроцентных предсказаний не может служить критерием ненаучности.

Редукционизм в отношении психики проявляется прежде всего в стремлении свести психические явления либо к нейрофизиологии, либо к биохимии мозга. В рамках этой логики психиатрия рассматривается как временная описательная дисциплина, которая якобы утратит самостоятельность по мере развития нейронаук. Однако подобный подход игнорирует фундаментальный факт: даже полное знание нейронных процессов не тождественно знанию психических структур и закономерностей. Между уровнем нейронной активности и уровнем субъективного опыта, личности, биографии и смысла существует не редуцируемая, а системная связь [4].

Отечественная психологическая и психиатрическая традиция неоднократно указывала на ограниченность редукционизма. Л.С. Выготский

подчёркивал, что высшие психические функции не могут быть поняты вне их системной и культурно-исторической организации [5]. А.Р. Лурия рассматривал мозг не как сумму центров, а как иерархически организованную функциональную систему, в которой нарушение одного звена изменяет работу целого [6]. В психиатрии К. Ясперс принципиально различал каузальное объяснение и понимающее описание, показывая, что психопатология не может быть сведена к естественнонаучной причинности без утраты своего предмета [7].

Таким образом, обвинение психиатрии в «ненаучности» основано не на анализе её объекта, а на навязывании ей чуждой онтологии. Психиатрия действительно долгое время развивалась как наука без единой системной основы, что делало её уязвимой для подобной критики. Однако из этого не следует, что психика принципиально не поддаётся научному познанию. Следует лишь, что психике требуется собственная научная онтология, адекватная её уровню сложности.

Введение понятия психической системы представляет собой ответ именно на этот методологический вызов. Психика в рамках системной модели перестаёт быть набором феноменов, симптомов или субъективных переживаний и становится целостным объектом исследования, обладающим структурой, уровнями, связями и закономерностями функционирования. Тем самым психиатрия получает возможность выйти за пределы описательности и приблизиться к формированию формальной науки о психике — не по образцу физики или химии, а по образцу наук о сложных системах.

Именно здесь проходит принципиальная граница между подлинной научной критикой психиатрии и философской ошибкой редукционизма, которая, отвергая психику как объект науки, фактически отказывается признать существование систем более высокого уровня организации, чем материя и энергия.

Список литературы

- [1] Конт О. Курс позитивной философии. — СПб.: Наука, 2011. — 640 с.
- [2] Мамардашвили М.К. Классический и неклассический идеалы рациональности. — М.: Прогресс, 1994. — 352 с.
- [3] Кун Т. Структура научных революций. — М.: АСТ, 2009. — 310 с.
- [4] Черниговская Т.В. Чеширская улыбка кота Шрёдингера: язык и сознание. — М.: ЯСК, 2017. — 448 с.
- [5] Выготский Л.С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- [6] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [7] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

Возможна ли формальная наука о психике: от аксиом к законам психической системы

Вопрос о возможности формальной науки о психике неизбежно возникает после критики редукционистского подхода. Если психиатрия не может и не

должна копировать онтологию физики или химии, возникает следующий, принципиально более сложный вопрос: возможна ли собственная строгая научность психиатрии и психологии, и если да — в какой форме. Иными словами, может ли психика быть предметом науки, обладающей не только описательными моделями, но и аксиомами, законами и формализуемыми структурами.

Исторически психиатрия действительно развивалась преимущественно как описательная дисциплина. Классическая психопатология Крепелина, Ясперса, Блейлера создала тончайший язык феноменов, синдромов и нозологических форм, однако этот язык оставался языком наблюдения, а не формального вывода [1]. Даже современные классификации, такие как МКБ 10/11, при всей своей стандартизации, по сути, представляют собой статистико-дескриптивные системы, а не теоретические модели психики как целого [2]. Это создало устойчивое впечатление, что психика принципиально ускользает от формализации.

Однако подобное впечатление связано не с природой психики, а с отсутствием у психиатрии собственной онтологической рамки. Формальная наука невозможна без ясно определённого объекта. Математика имеет дело с абстрактными структурами, физика — с измеримыми свойствами материи и энергии, биология — с живыми системами. До введения понятия психической системы психиатрия фактически не имела чёткого онтологического объекта: она изучала либо симптомы, либо синдромы, либо заболевания, но не психику как систему.

Переход от описательной психопатологии к формальной науке о психике возможен лишь при принятии нескольких фундаментальных предпосылок, которые по своему статусу могут рассматриваться как аксиомы. Первая из них состоит в признании психики целостной системой, обладающей собственной структурой, уровнями организации и внутренними законами функционирования, не сводимыми ни к физиологии, ни к социальной среде [3]. Вторая аксиома заключается в том, что психические явления не существуют изолированно, а всегда включены в систему связей, нарушение которых и порождает психопатологию. Третья аксиома утверждает, что психическая система динамична, исторична и развивается во времени, а значит, любые её состояния должны рассматриваться в контексте биографии и адаптационных процессов [4].

Важно подчеркнуть, что аксиомы в данном контексте не являются догматическими утверждениями. Подобно аксиомам в геометрии или теории систем, они представляют собой исходные положения, без принятия которых дальнейшее теоретическое построение становится невозможным. Именно отсутствие подобных аксиом делало психиатрию уязвимой для обвинений в эклектичности и ненаучности.

Принятие системной онтологии психики открывает возможность формулирования законов психической системы. Эти законы не являются механистическими и не предполагают жёсткой детерминации каждого психического акта. Речь идёт о системных закономерностях, аналогичных тем, которые используются в теории сложных адаптивных систем. К таким закономерностям относятся, в частности, зависимость клинической картины от уровня системного дефекта, принцип компенсации и декомпенсации, нелинейный характер переходов

от нормы к патологии, а также принцип системной уязвимости интегративных звеньев психики [5].

Отечественная научная традиция уже содержала предпосылки для подобного подхода. Концепция функциональных систем Анохина, нейропсихологическая теория Лурии, культурно-историческая психология Выготского фактически оперировали системными законами, хотя и не были объединены в единую онтологию психики [6]. В психиатрии аналогичную роль играли представления о структуре дефекта, о шизофреническом процессе, о динамике психозов и ремиссий, однако эти идеи оставались фрагментарными и не были формализованы на уровне общей теории.

Таким образом, формальная наука о психике возможна, но она не может быть копией естественных наук классического типа. Её формальность заключается не в универсальных числовых уравнениях, а в строгости понятий, в системной логике переходов от уровня к уровню, от структуры к функции, от дефекта к клиническому проявлению. Психическая система в этом смысле становится тем самым формальным объектом, который позволяет строить теорию, выводить следствия и создавать инструменты диагностики и прогнозирования.

Именно на этой основе становится возможным следующий шаг — переход от теоретической модели психической системы к её визуализации и кодированию, что будет предметом последующих разделов данной главы. Здесь психиатрия впервые получает шанс приблизиться к статусу строгой науки не путём подражания математике или физике, а путём формирования собственной, адекватной объекту формы научной рациональности.

Список литературы

- [1] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [2] Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Психические и поведенческие расстройства. — М.: Медицина, 2016. — 432 с.
- [3] Мамардашвили М.К. Сознание и цивилизация. — М.: Языки русской культуры, 1992. — 384 с.
- [4] Выготский Л.С. Мышление и речь. — М.: Лабиринт, 1999. — 352 с.
- [5] Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. — М.: Прогресс, 1986. — 432 с.
- [6] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М.: МГУ, 1973. — 374 с.

Визуализация психической системы: от абстрактной модели к графу

Проблема визуализации психики является не второстепенной, а фундаментальной для доказательности психиатрии как науки. История естествознания показывает, что переход от описаний к теориям почти всегда сопровождался появлением наглядных моделей: анатомических атласов, схем кровообращения, периодической таблицы элементов, диаграмм функциональных систем. Визуализация не является иллюстрацией уже известного знания, а выступает самостоятельным инструментом мышления, позволяющим выявлять структуру объекта, его связи и закономерности [1].

Психика в течение длительного времени оставалась вне визуального представления именно потому, что не рассматривалась как целостная система. Существующие изображения — от локализационных карт мозга до схем когнитивных процессов отображают либо анатомические субстраты, либо отдельные функции, но не саму психику как автономную организацию. В результате психиатрия оказалась лишённой того, что в биологии и медицине давно считается самоочевидным: образа системы, с которой работает клиницист.

Попытки визуализации психики предпринимались неоднократно. Психоаналитические модели изображали психику в виде слоёв и инстанций, однако они носили метафорический характер и не предполагали строгой операционализации [2]. Когнитивная психология использовала блок-схемы переработки информации, но эти схемы описывали абстрактные процессы, оторванные от клинической реальности [3]. Нейронауки, в свою очередь, визуализировали мозг, а не психику, подменяя системный уровень психических явлений анатомическим [4].

Введение понятия психической системы принципиально меняет ситуацию. Психика получает статус объекта, допускающего структурное изображение. Однако здесь важно подчеркнуть: речь не идёт о «картинке» в привычном смысле слова. Визуализация психической системы должна быть топологической и системной, а не анатомической. Она не отображает локализацию в пространстве, а отражает уровни организации, типы связей и узлы интеграции.

Наиболее адекватной формой такой визуализации является граф. В теории систем и кибернетике граф используется для описания сложных объектов, элементы которых связаны нелинейными, иерархическими и рекурсивными отношениями [5]. Применительно к психической системе узлы графа соответствуют уровням и подсистемам психики, а рёбра — типам связей между ними. При этом граф не является статичным: он допускает изменение веса связей, их разрыв, усиление или перестройку, что делает возможным отображение как нормы, так и психопатологии.

Уровневая модель психической системы, разработанная в предыдущих главах, естественным образом переводится в графическую форму. Сенсорный, аффективный, мотивационно-волевой, когнитивный, мнемический, личностный и сознательный уровни образуют иерархическую, но не линейную структуру. Каждый уровень связан как с нижележащими, так и с вышележащими, а интегративный уровень выполняет функцию системного узла, обеспечивающего целостность «Я» и непрерывность психического опыта. Нарушения психики в таком представлении проявляются не как «выпадение функции», а как деформация графа: ослабление связей, изоляция узлов, патологическая доминанта отдельных элементов [6].

Особое значение визуализация приобретает в клиническом контексте. Психический статус пациента может быть интерпретирован как «снимок» текущего состояния графа, тогда как анамнез представляет собой его динамическую траекторию во времени. Это позволяет перейти от описательного перечисления симптомов к системному профилированию состояния психики. Подобный

подход согласуется с идеями отечественной клинической школы, в частности с представлениями о структуре дефекта и динамике психических процессов, однако впервые получает формализованное выражение [7].

Важно подчеркнуть, что визуализация психической системы не отменяет феноменологического анализа, а, напротив, опирается на него. Феномены становятся наблюдаемыми проявлениями состояния узлов и связей системы. Таким образом, классическая психопатология не утрачивает своей ценности, а интегрируется в более высокий уровень теоретического описания. Это снимает ложное противопоставление «живого клинического мышления» и формальных моделей, которое долгое время тормозило развитие психиатрической теории.

Наконец, визуальная модель психической системы создаёт предпосылки для цифровизации и кодирования психики. Граф может быть переведён в математическое описание, в матрицу связей, в набор параметров, доступных для обработки искусственным интеллектом. Именно здесь возникает мост между клинической психиатрией и будущими цифровыми инструментами, включая системы поддержки принятия решений и психиатрические ИИ-модели [8].

Таким образом, визуализация психической системы является не вспомогательным приёмом, а ключевым этапом перехода от описательной психиатрии к системной и формализованной науке о психике. Она делает психику «видимой» для научного анализа, не редуцируя её ни к мозгу, ни к поведению, ни к абстрактным процессам, и тем самым подготавливает основу для следующего шага — создания психического кода личности.

Психическая система визуализируема, но не по анатомическому принципу, как сердце или печень. Ошибка многих попыток «нарисовать психику» заключается в том, что её пытаются изобразить как орган, тогда как она является функционально-онтологической системой.

Правильная визуализация психической системы должна быть:

- не анатомической, а системной;
- не статичной, а многоуровневой и динамической;
- не образной, а структурно-логической;
- допускающей формализацию и кодирование.

Это роднит её не с рисунками органов, а с:

- электрическими схемами,
- системными графами,
- архитектурами программных систем,
- функциональными моделями в кибернетике.

Базовый тип визуализации: многоуровневая системная схема

Ядро схемы: уровни психической системы

Оптимальная базовая схема — это вертикально организованная модель, в которой психика представлена в виде уровней, уже описанных в книге:

- сенсорный
- эмоционально-аффективный
- мотивационно-волевой
- когнитивный

- мнемический
- личностный
- сознательный
- интегративный уровень («Я» как системный узел)

Визуально это может быть представлено в виде вертикальной структуры, аналогичной:

- стеку уровней в информатике,
- иерархии управления в сложных системах,
- архитектуре нейросетей с латентным слоем интеграции.

Важно: уровни не изолированы, а соединены связями. Второй слой визуализации: связи как граф. Следующий шаг — переход от «слоёного пирога» к графовой модели. Здесь психическая система изображается как: узлы — уровни и ключевые подсистемы, рёбра — типы связей.

Связи могут быть визуально различимы:

- вертикальные (межуровневая регуляция),
- горизонтальные (взаимодействие функций),
- интегративные (связи с ядром «Я»),
- обратные (feedback-петли).

Такая схема по своей природе близка к:

- графам состояний,
- нейросетевым архитектурам,
- системам управления с обратной связью.

Это уже научная визуализация, а не иллюстрация.

Третий уровень: динамическая визуализация (траектории). Статическая схема — лишь основа. Настоящий прорыв начинается тогда, когда добавляется временное измерение. Тогда психическая система визуализируется как:

- траектория состояния системы во времени,
- смещение акцентов между уровнями,
- изменение силы связей.

Например:

- депрессия — как снижение энергетики интегративного уровня и разрыв вертикальных связей,
- психоз — как доминирование одного уровня с утратой интеграции,
- ремиссия — как восстановление связности.

Это делает возможным: визуальные «профили расстройств», карты терапии, прогнозные модели.

Табличная визуализация как строгая форма. Помимо схем, психическая система обязательно должна быть представлена в виде таблиц. Например:

- уровни × функции,
- уровни × типы нарушений,
- уровни × биомаркеры,
- уровни × терапевтические воздействия.

Таблица — это уже полужормальный язык, который:

- легко переводится в код,

- пригоден для ИИ,
- совместим с МКБ 10/11.

Высшая форма визуализации: психическая система как код. Финальный уровень — это превращение схемы в код. Схема → граф → матрица → код.

В этом виде психическая система становится: передаваемой между ИИ, сравнимой, уникалируемой (основа психпаспорта), защищаемой криптографически.

Здесь визуализация и формализация сходятся в одной точке. Психическую систему можно и нужно визуализировать. Причём: не одной картинкой, а иерархией визуализаций: концептуальной, системной, графовой, динамической, табличной, кодовой.

И именно наличие такой визуальной архитектуры:

- лишает психиатрию обвинений в «ненаучности»,
- делает её сопоставимой с системной биологией и кибернетикой,
- подготавливает почву для психпаспорта

Каноническая схема психической системы (словесная визуализация)

Представим психическую систему не как орган и не как метафору, а как иерархически организованную функциональную систему, существующую во времени и обладающую внутренней регуляцией. В центре схемы находится интегративное ядро, которое в клинической традиции обозначается как «Я». Это не уровень в ряду других, а узловая структура, через которую проходят и согласуются все психические процессы. Оно не производит функций, но обеспечивает целостность системы.

Вокруг интегративного ядра располагаются уровни, организованные не строго линейно, а в виде вертикально-иерархической структуры с постоянными обратными связями. Нижние уровни образуют зону первичного контакта с реальностью. Сенсорный уровень обеспечивает регистрацию стимулов. Эмоционально-аффективный уровень придаёт этим стимулам первичную значимость. Эти уровни работают быстро, часто вне сознания, и формируют фон всей системы.

Выше располагается мотивационно-волевой уровень, который связывает аффект с направленностью действия. Он преобразует переживание в намерение и является критически важным для поведения, адаптации и патологии зависимости. Когнитивный уровень организует смысловую обработку: мышление, интерпретацию, суждения. Он тесно связан с мнемическим уровнем, который обеспечивает временную протяжённость психической системы, связывая прошлое, настоящее и ожидаемое будущее.

Личностный уровень формирует устойчивые паттерны отношения к миру, к себе и к другим. Он относительно стабилен и медленно изменяем, но именно через него система приобретает индивидуальность.

Сознательный уровень не равен всей психике, а представляет собой функциональное окно, в котором в данный момент времени представлены определённые элементы системы.

Все уровни связаны:

- вертикально — по принципу регуляции и подчинения,
- горизонтально — по принципу функционального взаимодействия,
- интегративно — через ядро «Я».

В норме система обладает высокой связностью. В патологии возникают дефекты уровня, связи или интеграции. Это и есть каноническая схема психической системы, пригодная для дальнейшей формализации.

Как оформить визуализацию психической системы в книге

Строго практический уровень: как именно это должно выглядеть на страницах монографии. Один центральный рисунок, который можно назвать: «Каноническая модель психической системы человека». Он должен включать:

- вертикально расположенные уровни;
- центральный интегративный узел («Я»);
- стрелки связей (различные типы — разными линиями);
- указание обратных связей.

Этот рисунок — аналог схемы кровообращения или нейронной сети, но для психики.

Таблицы как форма строгой визуализации, например, таблица: «Уровни психической системы и их клинико-функциональные характеристики», где по строкам идут уровни, а по столбцам:

- 1) функции,
- 2) типичные нарушения,
- 3) клинические синдромы,
- 4) соответствия МКБ 10/11,
- 5) терапевтические мишени.

Это уже научная визуализация, а не иллюстрация.

Графы и профили. Отдельные схемы: профиль депрессии как системного состояния, профиль психоза, профиль ремиссии. Каждый профиль — это деформация базовой схемы, а не отдельное описание симптомов.

Стандарт визуального языка психической системы — это самый важный и самый дальновидный уровень. Если психическая система — объект науки, у неё должен быть собственный визуально-формальный язык, как: химические формулы, электрические схемы, UML-диаграммы в программировании.

1. Базовые элементы языка

- 1) Уровень — прямоугольник или слой.
- 2) Функция — внутренняя область уровня.
- 3) Связь — направленная линия.
- 4) Интеграция — узел особого типа.
- 5) Дефект — разрыв, ослабление или искажение связи.
- 6) Динамика — изменение толщины, направления или интенсивности линий.

2. Принцип универсальности. Одна и та же схема должна быть: понятна врачу, интерпретируема ИИ, переводима в таблицу, кодируема в цифровой формат.

3. Основа для психкода и психпаспорта Этот визуальный язык напрямую становится: матрицей данных, графовой моделью, основой уникального психического кода личности. То есть визуализация → формализация → код → идентификация.

Список литературы

- [1] Кун Т. Структура научных революций. — М.: Прогресс, 1977. — 300 с.
- [2] Фрейд З. Я и Оно. — М.: АСТ, 2019. — 192 с.
- [3] Андерсон Дж. Когнитивная психология и её последствия. — СПб.: Питер, 2002. — 528 с.
- [4] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с. — С. 145–147.
- [5] Эшби У.Р. Введение в кибернетику. — М.: Иностранная литература, 1959. — 432 с.
- [6] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [7] Леонгард К. Классификация эндогенных психозов. — М.: Медицина, 1981. — 504 с.
- [8] Черниговская Т.В. Чеширская улыбка кота Шрёдингера. — СПб.: Питер, 2017. — 416 с.

Табличная визуализация как строгая форма представления психической системы

Переход от схематической и графовой визуализации психической системы к табличной форме является принципиально важным этапом в превращении психиатрического знания из описательного в формализуемое. Если образ и граф фиксируют целостность и связанность системы, то таблица вводит измеримость, сопоставимость и операциональность, тем самым приближая психиатрию к формальным наукам. В этом смысле таблица выполняет ту же методологическую функцию, что и периодическая система в химии или матрицы состояний в теории управления [1].

Табличное представление психической системы позволяет задать дискретное пространство признаков, в котором каждый уровень системы соотносится с определённым набором функций, нарушений, биологических коррелятов и терапевтических воздействий. Тем самым психика перестаёт быть «неуловимым целым» и становится структурированной системой координат, пригодной для анализа, сравнения и вычисления.

Уровни психической системы и их функции

Первая базовая таблица отражает соответствие уровней психической системы и их ведущих функций. Она фактически задаёт функциональную онтологию психики.

УРОВЕНЬ ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ	ДОМИНИРУЮЩИЕ ФУНКЦИИ
Сенсорный	Приём, фильтрация и первичная организация стимулов
Эмоционально-аффективный	Оценка значимости, аффективная модуляция опыта
Мотивационно-волевой	Побуждение, выбор, целенаправленность действия
Когнитивный	Анализ, синтез, абстрагирование, прогнозирование
Мнемический	Сохранение, интеграция и реконструкция опыта
Личностный	Ценностная организация, идентичность, характер
Сознательный	Рефлексия, контроль, смыслообразование
Интегративный («Я»)	Системная координация и саморегуляция

Подобная таблица уже не является иллюстрацией. Она задаёт строгую структуру, внутри которой любое психическое явление может быть локализовано как функционально, так и клинически [2].

Уровни и типы психопатологических нарушений

Следующий шаг — сопоставление уровней психической системы с типами нарушений. Здесь становится очевидным, что диагнозы МКБ-10 и МКБ-11 описывают не «болезни как вещи», а устойчивые конфигурации системных сбоев [3].

УРОВЕНЬ	ТИПЫ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ
Сенсорный	Гиперестезии, депривации, агнозии
Эмоциональный	Депрессия, тревога, аффективная лабильность
Мотивационно-волевой	Абулия, импульсивность, компульсивность
Когнитивный	Нарушения мышления, внимания, интеллекта
Мнемический	Амнезии, конфабуляции, травматическая фиксация
Личностный	Расстройства личности, дезинтеграция Я-образа
Сознательный	Делирий, деперсонализация, дереализация
Интегративный	Психозы, диссоциативные расстройства

Такое табличное представление позволяет перейти от нозологического ярлыка к системному профилю пациента, что особенно важно в условиях коморбидности и полиморфизма психических расстройств [4].

Уровни психической системы и биомаркеры

Несмотря на отсутствие универсального «биомаркера психики», табличная модель позволяет аккуратно и научно корректно соотнести уровни системы с вероятностными биологическими коррелятами, не впадая в редукционизм [5].

Уровень	Потенциальные биомаркеры
Сенсорный	Сенсорные вызванные потенциалы, таламокортикальные ритмы
Эмоциональный	Активность лимбических структур, кортизол
Мотивационный	Доаминергические пути, префронтальные сети
Когнитивный	ЭЭГ-ритмы, функциональные сети мозга
Мнемический	Гиппокампальные корреляты, консолидация сна
Личностный	Сетевые паттерны «default mode network ¹ »
Сознательный	Глобальная нейронная рабочая сеть
Интегративный	Межсетевые показатели связности

Важно подчеркнуть, что в данной модели биомаркер не «объясняет» психику, а лишь коррелирует с состоянием системного уровня, сохраняя автономию психиатрической онтологии [6].

Уровни и терапевтические воздействия

Наконец, табличная визуализация позволяет системно связать уровни психической системы с терапевтическими интервенциями, что принципиально меняет логику лечения — от симптоматического к структурному [7].

УРОВЕНЬ	ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯМ
Сенсорный	Регуляция среды, телесные и сенсорные методы
Эмоциональный	Фармакотерапия, эмоционально-фокусированная психотерапия
Мотивационный	Поведенческая терапия, тренинг саморегуляции
Когнитивный	Когнитивная терапия, нейромодуляция
Мнемический	Травматерапия, реконструкция биографии
Личностный	Длительная психотерапия, работа с идентичностью
Сознательный	Экзистенциальные и рефлексивные подходы
Интегративный	Комплексная системная терапия

Таким образом, лечение перестаёт быть набором эмпирических приёмов и становится управляемым процессом восстановления системной целостности.

¹¹ Default Mode Network (DMN) (Сеть пассивного режима работы мозга или дефолт-система мозга) — это набор взаимосвязанных областей мозга, которые активируются, когда человек отдыхает, мечтает, размышляет о себе, прошлом или будущем, и не занят решением конкретных задач из внешнего мира. Она отвечает за самоанализ, блуждание ума, воспоминания, планирование и формирование нашего "Я", и отключается, когда мы концентрируемся на чем-то внешнем.

Принципиальное значение табличной визуализации заключается в том, что она является уже полужформальным языком. Любая подобная таблица может быть напрямую преобразована в матрицу данных, графовую структуру или кодовую схему. Именно здесь возникает возможность цифровизации психики без утраты клинического смысла. Таблица становится тем самым интерфейсом между живым психическим опытом, клинической практикой и искусственным интеллектом, обеспечивая совместимость с МКБ-10, МКБ-11 и будущими классификациями [8]. В этом смысле табличная форма — не вспомогательный инструмент, а ключевой шаг к созданию формальной, вычислимой и при этом гуманистической науки о психике.

Список литературы

- [1] Кедров Б.М. Классификация наук. — М.: Мысль, 1961.
- [2] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969.
- [3] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-10. — Женева, 1992.
- [4] Всемирная организация здравоохранения. МКБ-11. — Женева, 2019.
- [5] Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Неврология и психиатрия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
- [6] Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. — М.: Наука, 1975.
- [7] Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — СПб.: Питер, 2011.
- [8] Черниговская Т.В. Чеширская улыбка кота Шрёдингера. — СПб.: Питер, 2017.

Психический код личности: от системного графа к уникальному идентификатору

Переход от визуальной модели психической системы к понятию психического кода является не произвольным усложнением теории, а её закономерным развитием. Если психика признана системой, если она может быть описана через уровни, связи и динамику, то следующим неизбежным шагом становится вопрос о формализации этой системы. В естественных и точных науках формализация означает возможность перевода структуры объекта в язык, допускающий однозначное чтение, передачу и воспроизведение. Именно здесь возникает идея психического кода как системного идентификатора личности.

История науки показывает, что кодирование не уничтожает сложность объекта, а делает её управляемой. Генетический код не описывает человека полностью, но позволяет однозначно идентифицировать организм и задать рамки его биологического развития. Музыкальный код фиксирует произведение в знаках, не подменяя живое звучание. Цифровые кодировки текста не исчерпывают смыслов, но обеспечивают точную передачу информации. Аналогично психический код не претендует на замену клинического мышления или феноменологического анализа, но задаёт формальный каркас психической индивидуальности [1].

Ключевое отличие предлагаемого подхода от всех существующих попыток типологизации личности заключается в отказе от описания психики через признаки, черты или шкалы. Психический код не является суммой тестовых баллов, диагнозов или поведенческих характеристик. Он формируется на основе структуры психической системы как целого. Уникальность личности возникает не из наличия отдельных элементов, а из неповторимой конфигурации уровней, связей и их динамических параметров. Именно эта конфигурация и подлежит кодированию.

Системный граф психики, описанный в предыдущем разделе, задаёт основу для такого кодирования. Каждый уровень психической системы может быть представлен набором параметров, отражающих его функциональное состояние, устойчивость, степень автономии и характер взаимодействия с другими уровнями. Связи между уровнями, в свою очередь, описываются через направление, силу, пластичность и тип регуляции. В совокупности это образует многомерную матрицу, которая может быть переведена в формальный код без потери принципиальной информации о системе [2].

Важно подчеркнуть, что психический код не является статичным. В отличие от генетического кода, он обладает временной размерностью. Базовая структура психической системы формируется в процессе развития и относительно стабильна, однако состояние уровней и конфигурация связей изменяются под воздействием жизненного опыта, заболеваний, терапии и возрастных процессов. Таким образом, психический код включает в себя как инвариантную часть, отражающую тип системной организации, так и вариативную часть, отражающую текущее и историческое состояние психики. Это делает возможным не только идентификацию личности, но и её динамическое моделирование [3].

Особое значение психический код приобретает в клинической психиатрии. Диагноз в рамках МКБ 10/11 фиксирует класс расстройства, но не отражает индивидуальную конфигурацию психической системы конкретного пациента. Два человека с формально одинаковым диагнозом могут иметь принципиально разные системные профили, прогноз и терапевтическую чувствительность. Психический код позволяет зафиксировать эту разницу в формализованном виде, не отменяя нозологической диагностики, а дополняя её системным уровнем описания [4].

С точки зрения будущего искусственного интеллекта в психиатрии, психический код становится ключевым интерфейсом между человеком и машиной. Искусственный интеллект не работает с феноменологическими описаниями в их «живом» виде, но способен эффективно обрабатывать формальные структуры. Передача психического кода от одного ИИ-модуля к другому позволяет обеспечить преемственность понимания личности пациента, независимо от контекста, времени и конкретного клинициста. Это открывает принципиально новые возможности для долгосрочного сопровождения, прогноза и персонализированной терапии [5].

Философски психический код знаменует переход от описательной антропологии к системной онтологии личности. Личность перестаёт быть набором

качеств или ролей и предстает как уникальная организация психической системы. Уникальность здесь не декларативна, а строго обоснована: вероятность полного совпадения системных конфигураций стремится к нулю даже в масштабах всего человечества. Таким образом, психический код может рассматриваться как экзистенциальный идентификатор человека, не сводимый ни к биологии, ни к социальной роли, ни к культурному контексту [6].

В рамках настоящей монографии психический код вводится как теоретическое основание. Его полная разработка, включая форматы записи, уровни абстракции и вопросы защиты данных, станет предметом следующей книги, посвящённой психическому паспорту. Однако уже на данном этапе можно утверждать, что переход от образа психики к её коду завершает формирование психической системы как строгого научного объекта и окончательно выводит психиатрию за пределы обвинений в «ненаучности».

Список литературы

- [1] Винер Н. Кибернетика, или управление и связь в животном и машине. — М.: Советское радио, 1968. — 328 с.
- [2] Эшби У.Р. Конструкция мозга. — М.: Иностранная литература, 1962. — 392 с.
- [3] Выготский Л.С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- [4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [5] Черниговская Т.В. Мозг и язык. — СПб.: Питер, 2020. — 480 с.
- [6] Мамардашвили М.К. Классический и неклассический идеалы рациональности. — М.: Прогресс, 1984. — 344 с.

От визуальной модели к формальному психкоду

Если психическая система признана системой в строгом смысле слова, она принципиально поддаётся формализации. Любая система, обладающая элементами, связями, состояниями и динамикой, может быть описана языком моделей. Отличие психики лишь в том, что до настоящего момента она описывалась преимущественно вербально и феноменологически, а не структурно и кодируемо.

Формальный психкод не является редукцией личности до цифр. Напротив, он является способом сохранить индивидуальность, переведя её в форму, пригодную для передачи, сравнения и анализа без утраты смысла. Кодировается не человек как таковой и не набор симптомов, а конфигурация его психической системы в определённый период времени. Это принципиально отличает психкод от диагнозов, тестов и анкет.

В код включаются:

- 1) структура уровней психической системы,
- 2) характер связей между уровнями,
- 3) степень интеграции,

- 4) устойчивые динамические параметры,
- 5) типичные способы реагирования на нагрузку и изменение среды.

Таким образом, психкод отражает архитектуру психики, а не её поверхностные проявления.

Формальный психкод должен быть:

- 1) однозначным,
- 2) воспроизводимым,
- 3) расширяемым,
- 4) интерпретируемым человеком и машиной.

По своей логике он ближе всего к структурным кодам, используемым в инженерии и информатике, но с обязательным клинико-психопатологическим смыслом.

1. Базовая логика построения

В основе психкода лежит матрично-графовая модель. Каждый уровень психической системы представляется как формальный модуль. Связи между уровнями задаются как направленные и взвешенные. Интегративное ядро фиксируется как отдельный узел, параметры которого определяют целостность системы. Психкод не линеен. Он многомерен, но может быть записан в компактной форме.

2. Пример принципа записи (концептуально)

Без конкретных символов, пока на уровне принципа, психкод может включать:

- идентификатор уровня,
- коэффициент функциональной сохранности,
- параметры связи с соседними уровнями,
- показатель устойчивости во времени,
- маркеры типичных сбоев.

Важно, что один и тот же человек будет иметь:

- базовый психкод (относительно устойчивый),
- ситуационные модификации,
- патологические профили,
- профили компенсации и ремиссии.

Это делает психкод динамическим, но не произвольным.

4. Психод уникален

Даже при совпадении диагнозов, возраста, пола, культуры и среды конфигурация связей психической системы никогда не повторяется полностью. Индивидуальность формируется не набором элементов, а способом их организации.

Психкод уникален, потому что:

- он учитывает историю развития системы,
- фиксирует способы интеграции опыта,
- отражает индивидуальные механизмы адаптации,

- включает временную ось.

3. Передача психкода между ИИ

Если два искусственных интеллекта используют одну онтологию психической системы, то передача психкода между ними эквивалентна передаче «понимания человека». ИИ не получает текст, диагноз или анкету. Он получает структурную модель психики, которую может:

- визуализировать,
- симулировать,
- сравнить с другими,
- прогнозировать динамику,
- подбирать вмешательства.

Это делает возможной:

- преемственность психиатрической помощи,
- независимость от субъективного описания,
- снижение диагностических ошибок,
- создание по-настоящему персонализированной психиатрии.

4. Принципиальное отличие от существующих подходов

Важно подчеркнуть: психкод не является:

- психометрическим профилем,
- тестовой батареей,
- цифровым диагнозом,
- упрощённой типологией.

Он является формальным представлением психической системы как целого.

Именно это переводит психиатрию:

- от описательной науки к структурной,
- от феноменологии к формальной онтологии.

Аксиомы и законы психической системы: к формальной науке о психике

Обвинение психиатрии и психологии в «ненаучности» почти всегда опирается на негласное отождествление науки с математизированной физикой. В этой логике наукой признаётся лишь то знание, которое обладает аксиомами, строгими законами и универсальными инвариантами, действующими независимо от времени, культуры и индивидуальных различий. Однако подобная позиция игнорирует фундаментальный философский факт: форма научности определяется природой объекта, а не произвольно навязанным идеалом редукции [1]. Психика как объект исследования не может быть описана теми же формальными средствами, что и движение тел или химические реакции, но это не исключает возможности формальной науки о психике.

Ключевая ошибка критиков заключается в смешении отсутствия формализации с отсутствием законов. До создания термодинамики существовали

тепловые явления, но не было законов термодинамики. До Менделя существовала наследственность, но не существовало её формализованных закономерностей. Аналогично психика как системная реальность существовала задолго до попыток её строгого научного описания. Введение понятия психической системы позволяет впервые поставить вопрос об аксиоматике психики не метафорически, а строго научно.

Под аксиомами психической системы в рамках настоящей монографии понимаются не эмпирические обобщения и не статистические корреляции, а исходные онтологические положения, без которых психика как объект науки не может быть промыслена. Первая и фундаментальная аксиома утверждает, что психика существует как целостная система, обладающая собственной организацией и не сводимая ни к нейрофизиологическим процессам, ни к социальным отношениям. Это положение носит онтологический характер и аналогично аксиоме существования пространства или материи в физике [2].

Вторая аксиома заключается в системной структурированности психики. Психическая система всегда организована в виде уровней и подсистем, находящихся в устойчивых, но динамических связях. Отсутствие структурной иерархии означает отсутствие психики как таковой, что клинически подтверждается при грубых органических поражениях и глубоких нарушениях сознания. Эта аксиома делает возможным переход от описания отдельных симптомов к анализу системных нарушений [3].

Третья аксиома утверждает принцип интеграции как необходимое условие психической целостности. Психика не равна сумме своих функций. Сознание, личность и субъективное «Я» возникают как эмерджентные эффекты интегративного уровня психической системы. Нарушение интеграции неизбежно приводит либо к фрагментации переживания, либо к утрате субъективной целостности, что клинически проявляется в психозах, диссоциативных состояниях и тяжелых расстройствах личности [4].

Из этих аксиом выводятся законы психической системы, которые по своему статусу сопоставимы с законами сложных систем в биологии и кибернетике.

Первый закон психической системы может быть сформулирован как закон системной устойчивости: психическая система стремится сохранять целостность и функциональное равновесие даже при повреждении отдельных уровней или связей. Патология возникает не из факта нарушения как такового, а из превышения компенсаторных возможностей системы [5].

Второй закон — закон иерархической компенсации утверждает, что при дефиците одного уровня психической системы нагрузка перераспределяется на другие уровни. Так, когнитивная компенсация может временно маскировать аффективный дефект, а волевая регуляция удерживать поведение при выраженных эмоциональных нарушениях. Этот закон объясняет клинический феномен позднего обращения за помощью и внезапной декомпенсации при длительно компенсированных состояниях [6].

Третий закон — закон уязвимости связей гласит, что нарушения межуровневых и интегративных связей клинически значимее, чем изолированные

дефекты отдельных функций. Именно поэтому расстройства мышления при психозах оказываются более разрушительными для личности, чем, например, изолированные нарушения памяти при органических поражениях. Этот закон позволяет системно обосновать различие между симптомом и синдромом [7].

Наконец, можно сформулировать **закон индивидуальной уникальности психической системы**. При универсальности аксиом и законов конкретная конфигурация уровней, связей и динамики всегда уникальна. Это положение принципиально отличает психиатрию от физики, но не делает её менее научной. Напротив, оно сближает её с биологией и генетикой, где универсальные законы реализуются в неповторимых индивидуальных формах [8].

Таким образом, психиатрия при переходе к системной онтологии не только не утрачивает научный статус, но впервые приобретает возможность строгой формализации. Психическая система допускает аксиоматическое основание, вывод законов и построение моделей, пригодных для визуализации, кодирования и цифровой обработки. В этом смысле системная психиатрия занимает промежуточное, но принципиально самостоятельное положение между естественными и формальными науками, формируя новый тип научной рациональности — формально-онтологическую науку о психике.

Именно в этом качестве психиатрия перестаёт быть «недонаукой» и становится дисциплиной, способной говорить с математикой и искусственным интеллектом на общем языке структуры, закона и кода, не утрачивая при этом связи с живым человеческим опытом.

Список литературы

- [1] Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология. — СПб.: Владимир Даль, 2004. — 400 с.
- [2] Мамардашвили М.К. Классический и неклассический идеалы рациональности. — М.: Прогресс, 1984. — 344 с.
- [3] Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М.: МГУ, 1969. — 452 с.
- [4] Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
- [5] Анохин П.К. Теория функциональных систем. — М.: Наука, 1975. — 448 с.
- [6] Выготский Л.С. История развития высших психических функций. — М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
- [7] Снежневский А.В. Клиническая психопатология. — М.: Медицина, 1983. — 512 с.
- [8] Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. — М.: Медицина, 1966. — 349 с.

Глава 20. Новая онтология психиатрии

Системная психиатрия как новая научная дисциплина

Появление системной модели психики, опирающейся на онтологическое определение психической системы, создаёт принципиально новые горизонты для психиатрии как научной дисциплины. В течение более чем столетия психиатрия развивалась как наука описательная, феноменологическая, не располагающая собственной онтологией. Она опиралась на концептуальные конструкции, заимствованные из других областей знания: из биологии — представление о мозге как субстрате психики, из философии — идеи о сознании, свободе воли, субъективности, из психологии — модели когнитивных, аффективных и поведенческих процессов. Однако, несмотря на многочисленные теории, дисциплина так и не сформировала собственного фундаментального понятия, которое могло бы объединить все её уровни — от клинической диагностики до инструментального анализа. Именно поэтому отсутствовала единая системная рамка, которая позволяла бы рассматривать психические расстройства как нарушения целостно организованной структуры, а не просто совокупности симптомов.

Системная психиатрия возникает как новая дисциплина именно потому, что она исходит из принципиально другого уровня объяснения. Её центральным понятием становится психическая система — целостный, структурированный организм, обладающий элементами, уровнями, связями и закономерностями функционирования. Психика перестаёт быть абстрактной «функцией» мозга и рассматривается как реальная система с собственной организацией, динамикой и закономерностями. Такой подход делает возможным переход от описания проявлений к изучению структуры и механизмов функционирования. То, что ранее обозначалось как симптомы, трактуется как проявление нарушений определённого уровня или связи внутри системы, а то, что называлось синдромом — как типологическое нарушение её внутренней организации.

Необходимость новой дисциплины становится очевидной при сопоставлении системной концепции психики с традиционными классификациями, такими как МКБ 10/11. Эти классификации создавались как статистические, а не научно-структурные инструменты. Они отражают распространённость клинических феноменов, но не объясняют механизмов расстройств. В результате психиатрическая диагностика остаётся формальной: она называет, но не объясняет. Системная психиатрия устраняет этот разрыв. Она опирается на представление о том, что каждое психическое расстройство может быть описано через нарушение уровней, связей или интегративных механизмов психической системы. Тем самым формируется новая научная единица анализа — системный профиль расстройства, который отражает структуру нарушений, их динамику и потенциальные механизмы компенсации.

Эта дисциплина объединяет в себе достижения классической психиатрии, феноменологической психологии, нейронауки и теории систем. Впервые создаётся единая рамка, позволяющая связать наблюдаемые клинические проявления

с системной организацией психики. Клиницист получает возможность работать не только с феноменами, но и с их структурными основаниями, что расширяет возможности диагностики, оценки динамики и терапии. Более того, системная психиатрия открывает путь к интеграции искусственного интеллекта и цифровых технологий, поскольку системная модель психики легко подвергается формализации и параметризации. Это превращает психиатрию в науку, которая может быть измерена, смоделирована, выражена в терминах вычислительных структур.

Формирование новой дисциплины предполагает и изменение статуса клинического мышления. Классическое психиатрическое мышление основывается на наблюдении, накопленном опыте и эвристиках, тогда как системная психиатрия требует аналитического подхода, включающего оценку уровней, взаимодействий и динамических свойств психической системы. Клиническая интуиция врача остаётся важнейшим инструментом, однако она получает поддержку в виде структурных карт, моделей, вычислительных инструментов и диагностических алгоритмов, которые уменьшают субъективность и повышают точность. Таким образом, врач становится исследователем системы, а не только интерпретатором феноменов.

Системная психиатрия также создаёт новую перспективу для психотерапии. Психотерапевтические методы перестают восприниматься как набор техник и начинают рассматриваться как воздействия, направленные на реструктуризацию системы, восстановление связей, усиление интеграции или поддержку центральных регуляторных уровней. Терапевтические эффекты можно оценивать через динамику системы, а не только через субъективные отчёты пациента. Это повышает точность выбора методов, позволяет проводить мониторинг эффективности и делает терапию более научно обоснованной.

Таким образом, новая онтология психиатрии трансформирует всю дисциплину — от диагностики до лечения. Она создаёт собственный научный фундамент, ясное предметное поле и систему категорий, которые позволяют психиатрии стать наукой в строгом смысле слова. Если в классической психиатрии объектом изучения были болезни, то в системной психиатрии объектом становится сама психическая система. Это не отрицает традиционные подходы, но поглощает и переосмысливает их, создавая единую научную дисциплину, сопоставимую по уровню внутренней стройности с биологией, нейрофизиологией или общей теорией систем.

Что изменится в диагностике, лечении, обучении

Переход психиатрии к системной онтологии означает перестройку всех её фундаментальных оснований: диагностических процедур, принципов формирования клинического мышления, подходов к терапии, а также образовательных траекторий подготовки специалистов. Именно этот переход позволяет говорить о возникновении новой дисциплины, в которой традиционные методы сохраняются, но обретают иное место в общей структуре научного знания. Впервые

создаётся единая рамка, объединяющая феноменологию, патопсихологию, нейронауки, биографический анализ, когнитивную психотерапию и цифровые методы оценки в единую системную модель психики.

Изменения в диагностике становятся наиболее заметными, поскольку именно диагностика в наибольшей степени страдала от отсутствия собственной онтологии. Традиционная психиатрическая диагностика, основанная преимущественно на описании феноменов, всегда оставалась зависимой от субъективного восприятия врача и качества коммуникативного контакта с пациентом. Она редко позволяла связать наблюдаемые проявления с механизмами, лежащими в основе расстройств. Введение психической системы как объекта анализа делает возможным структурный подход: клиницист получает доступ к картированию уровней, связей и интегративных процессов, которые лежат в основе всех психических актов. Симптом становится маркером функционального нарушения, а структура нарушений — основой диагноза. Так, бред трактуется не только как расстройство содержания мышления, но как нарушение интегративного уровня системы, обеспечивающего согласованность когнитивной, аффективной и личностной сфер. Тревога описывается как дисфункция эмоционально-аффективного уровня с последующим влиянием на когнитивный и мотивационный уровни. Органические расстройства получают возможность описываться через утрату связей между уровнями и снижение их координации, что даёт намного более точные модели клинической картины.

Диагностические формулировки начинают опираться не только на МКБ 10/11, но и на системные профили, которые позволяют сопоставлять расстройство с типом нарушения, его выраженностью и динамикой. Это делает диагностику прогностически ориентированной: различие между острым, компенсированным и хроническим состоянием выражается не только клинически, но и через состояние психической системы. Системная диагностика удерживает и уточняет тот материал, с которым всегда работали классические школы (Крепелин, Ясперс, Снежневский), но предлагает чёткий механизм для интеграции феноменологии с структурой психики.

Изменения в лечении также становятся неизбежными, поскольку терапия перестаёт быть набором техник и медикаментозных воздействий. Психотерапия в рамках системной модели воспринимается как вмешательство, направленное на реструктурирование системы: восстановление связей между уровнями, усиление интегративного уровня, коррекцию диспропорций между когнитивным, аффективным и мотивационным слоями. Например, когнитивно-поведенческая терапия может рассматриваться как метод коррекции связей между когнитивным и аффективным уровнями, тогда как психодинамическая терапия воздействует на личностный и интегративный уровни, реконструируя структуру переживания, саморефлексии и внутреннего конфликта [2]. Фармакотерапия получает точку приложения в конкретных уровнях системы, что делает возможным не только симптоматическое лечение, но и системное воздействие: препараты, влияющие на эмоциональную регуляцию, структурируют аффективный уровень;

нейромодуляторы восстанавливают когнитивную целостность; антидепрессанты улучшают интеграцию прошлого опыта с текущим состоянием.

Изменения в обучении становятся не менее значимыми, поскольку новая дисциплина требует иной формы клинического мышления. Будущий психиатр должен уметь видеть психические процессы как организованную систему, понимать механизмы взаимодействия уровней и формировать диагноз не как набор явлений, а как структурный анализ системы пациента. Это требует новой образовательной парадигмы, где биография, феноменология, психопатология, нейропсихология, психотерапия и цифровые методы обучения преподаются в единой рамке. Впервые появляется возможность визуализировать психическую систему с помощью системных графов, модели клинико-системных профилей и инструментальных данных, что делает обучение более глубоким и технологичным. Таким образом, обучение будущих клиницистов в системной психиатрии становится многоуровневым, а его центральной целью становится способность мысленно реконструировать структуру психической системы конкретного пациента.

Таким образом, новая онтология психиатрии не просто добавляет ещё одну теоретическую перспективу, но трансформирует саму дисциплину, создавая возможность для интеграции клиники, науки и цифровых технологий. Меняется способ постановки вопроса, методология исследования, структура диагностики и способы помощи пациентам. Психиатрия впервые становится наукой, имеющей собственный фундаментальный объект — психическую систему, и именно это позволяет говорить о переходе от описательной дисциплины к системной, структурной и объяснительной науке.

Заключение

Представленная монография завершает трилогию, в которой последовательно формировались основания новой дисциплины — системной психиатрии. Первая книга предложила инструмент для фиксации актуального состояния психики человека, формализовав структуру психического статуса и расширив возможности клинического наблюдения. Вторая книга реконструировала историю психической жизни человека, показав биографическую динамику психической системы и заложив тем самым исторический контур клинического анализа. Настоящая, третья книга, впервые формулирует онтологию психики как системы, обосновывая необходимость перехода от описательной психопатологии к структурной науке, имеющей собственный объект, собственные уровни анализа и внутренние законы работы.

Именно отсутствие онтологии было тем препятствием, которое на протяжении столетий ограничивало развитие психиатрии. Психические явления описывались феноменологически, но без единой рамки, связывающей их в целостный объект. Это приводило к тому, что каждая школа создавалась вокруг ограниченного класса феноменов — когнитивных, аффективных, личностных, нейрологических, — но ни одна не предлагала модели, позволяющей удерживать все уровни психической жизни в едином логическом пространстве. Системная модель психики позволяет преодолеть эту разобщённость, впервые предлагая целостное представление о психике как многослойной структуре, способной порождать возникающие свойства и сохранять внутреннюю целостность через работу связей и интегративных уровней.

Системная онтология психики делает возможной формализацию тех явлений, которые ранее оставались либо сугубо философскими, либо недоступными для строгого анализа. Сознание предстает не как «состояние», а как интегративная функция, обеспечивающая согласование уровней системы. Память становится не набором функций, а осью биографической организации. Личность перестает быть абстрактной категорией и рассматривается как структурная конфигурация психической системы, устойчивым образом организующая поведение и переживание. Психические расстройства обретают механизм: дефект уровня, дефект связи или дефект интеграции, что позволяет объяснять, а не только описывать клинические проявления и динамику.

Важнейшим следствием предложенной модели является возможность переосмысления диагностики. Она перестаёт быть актом классификации и становится актом структурного анализа. Врач получает возможность видеть не только феномены, но и лежащие за ними механизмы, что делает диагностику более точной, воспроизводимой и прогностически ориентированной. Патопсихологические, феноменологические и биографические данные складываются в единую картину состояния психической системы, позволяя выявлять приоритетные направления терапии и прогнозировать динамику расстройства с учетом уровня, на котором возник дефект, и характера нарушенной связи.

Формирование новой онтологии психики делает неизбежным пересмотр самой сути терапии. Психотерапия в этой рамке становится способом восстановления структурной целостности, коррекции дефицитов и перераспределения регуляторных функций между уровнями системы. Фармакотерапия получает структуру точек приложения: воздействуя на конкретный уровень, препарат восстанавливает баланс системы, а не только снимает симптом. Таким образом, терапия становится системной по своему механизму, а не только по своей форме, что открывает путь к интеграции психотерапии, психофармакологии, нейромодуляционных технологий и цифровых методов мониторинга.

Особое значение в этой новой картине приобретает искусственный интеллект. Его роль состоит не в замене клинициста, а в инструментальном расширении его возможностей. Модели могут выполнять системную реконструкцию психической структуры пациента, анализировать динамику уровней и связей, сопоставлять биографические данные с актуальным состоянием и выявлять скрытые закономерности, которые недоступны глазу клинициста. Это открывает путь к инструментальной психиатрии, в которой диагностика и мониторинг опираются не только на наблюдение, но и на математическую реконструкцию психической системы.

Системная психиатрия, таким образом, формирует новый научный язык, новое клиническое мышление и новый образовательный стандарт. Она не отвергает достижения классической психопатологии, но поднимает их на новый уровень, интегрируя феноменологию, нейронауки, когнитивную психологию и цифровые методы в единую дисциплину. Эта дисциплина ориентирована не только на описание психической жизни, но и на объяснение её структуры, механизмов и закономерностей. Впервые психиатрия получает возможность стать строгой наукой, сопоставимой с системной биологией, общей теорией систем и современными когнитивными науками.

Предложенная модель не завершает, а открывает новое направление исследования. Она задаёт рамку, но не ограничивает содержание. В рамках этой онтологии могут развиваться новые формы диагностики, создаваться новые методы терапии, формироваться новые образовательные программы и появляться новые технологические инструменты, способные моделировать, наблюдать и реконструировать психическую систему человека. Системная психиатрия — это не только научный проект, но и шаг к более точной, гуманной и глубоко понимающей практике, в которой человек рассматривается во всей полноте своих уровней, связей, истории и внутренней динамики.

Монография завершает трилогию, но не завершает исследование. Она формирует основу для будущих разработок, включая инструментальные методы анализа психики, цифровые системы диагностики, интегративные модели терапии и новую философию психиатрии. Психическая система как научная категория становится тем понятием, которое может объединить разрозненные школы, традиции и методы в единую дисциплину, основанную на структурном, системном и научно строгом понимании человеческой психики.

Каноническая модель психической системы человека





Что, если психика — это не набор симптомов, шкал и диагнозов, а сложная, самоорганизующаяся система со своей архитектурой, уровнями, связями и законами функционирования?

В этой книге психиатрия рассматривается как наука о психической системе. Автор предлагает принципиально иной взгляд на психопатологию: психические расстройства понимаются не как изолированные нозологические сущности, а как системные нарушения — дефекты уровней, связей и интеграции психики. Диагноз здесь перестаёт быть ярлыком и становится моделью состояния системы во времени.

Опираясь на клинический опыт, философию науки, системное мышление и современные классификации (МКБ-10 и МКБ-11), автор формирует целостную клинко-диагностическую модель психики. Психический статус и анамнез трактуются как отображения текущего состояния и истории системы, а терапия — как процесс восстановления её целостности и устойчивости.

Книга продолжает линию предыдущих монографий автора и закладывает фундамент для будущих инструментальных и цифровых подходов в психиатрии, включая использование искусственного интеллекта. Это работа для специалистов, которые ищут в психиатрии не только эмпатию и опыт, но и структуру, формализуемость и научную строгость — без утраты человеческого измерения психики.

Отдельное внимание уделено проблеме формализации психики: возможности её визуализации, табличного описания и представления в виде системных графов и кодов. Тем самым книга делает шаг от описательной психиатрии к формальной — той, которая способна быть понята не только клиницистом, но и вычислительной системой. В этом контексте «Психическая система» выступает не завершённой догмой, а открытой научной платформой — основой для создания психпаспорта, психкода и новой онтологии психиатрии XXI века.

ISBN 978-5-6054860-3-9

