

Фундаментальная психология



А.Ш.Тхостов

ПСИХОЛОГИЯ ТЕЛЕСНОСТИ

Александр Тхостов

Психология телесности

НПФ «Смысл»

2002

Тхостов А. Ш.

Психология телесности / А. Ш. Тхостов — НПФ «Смысл», 2002

Книга посвящена новой области психологического знания – психологии телесности. В первой части рассматриваются теоретические аспекты проблемы, обсуждается специфика, методологические парадоксы и трудности понимания телесности как психологической, культурологической и семиотической проблемы, во второй – излагаются результаты конкретных эмпирических исследований, оценивается роль исследованных параметров для понимания патологии телесности, соматоформных расстройств, прогнозирования результатов психотерапевтического воздействия. Книга представляет интерес для психологов, философов, медицинских работников, студентов университетов и медицинских институтов. Рекомендуется как учебное пособие по специальности «Клиническая психология».

© Тхостов А. Ш., 2002

© НПФ «Смысл», 2002

Содержание

Введение	5
Часть 1	8
Глава 1	8
1.1. Принцип объективизма в исследованиях интрацепции	8
1.2. Телесные феномены как объект психиатрического исследования	13
1.3. Понимание интрацепции в концепциях «внутренней картины болезни»	21
Конец ознакомительного фрагмента.	23

Александр Шамилевич Тхостов

Психология телесности

Введение

Важность исследования телесности человека настолько очевидна, что она стала центральной проблемой целого цикла биологических и медицинских наук. С реальностью телесного существования человек сталкивается постоянно. Хотя в обыденной жизни он часто не замечает своего тела, у телесности есть много способов себя обнаружить. Один из самых распространенных и наиболее неприятных – болезни, когда тело проявляет себя в совокупности болезненных интрацептивных ощущений. Помимо этого существует и весьма обширная область «нормальной» телесности: существование тела обнаруживается практически в каждый момент нашей жизнедеятельности в виде ли «слабости», «усталости», или, напротив, «силы», «возбуждения» и пр. Тело совершенно «явным» образом обнаруживает себя в области сексуальности, эротики, религиозного опыта, пусть даже иногда и в превращенной форме «телесного умирения». Если в современной философии тело понимается как «решающий момент в генезисе объективного мира» (*Мерло-Понти*, 1999), а в современном психоанализе оно представляет собой первичную, «ядерную» форму существования субъекта (*Bergeret*, 2000), то для психологии его как бы не существует. Не существует не только в том смысле, что современная психология остается в значительной степени бесполой, но и в том, что если попытаться на основании психологических публикаций создать некий схематический образ человека, учитывая внимание, уделяемое отдельным областям физического тела, то мы получим «гомункулуса», состоящего из огромного мозга, не очень больших половых органов и еще, может быть, лица. Не существует и никакой собственно психологической концепции телесности; тело понимается как область, абсолютно рядоположная организму, как некий материальный субстрат или, скорее, «место обитания» психического, и несмотря на свою самоочевидную важность телесность оказалась «теоретически невидимой» для психологии. Обсуждая телесное восприятие, авторы учебников по психологии излагают данные, которые скорее можно отнести к анатомии или физиологии интрацептивных анализаторов, нежели к психологии (*Ананьев*, 1960, 1961; *Лурия*, 1964, 1977; *Рубинштейн С.Л.*, 1999).

Декларируя психосоматическое единство человека, психология занимается преимущественно явлениями сознания или высшей психической деятельности, а телесность остается для нее чуждым, натурально организованным и природно готовым к жизни качеством. Утвердившийся в психологии «бестелесный» подход сводит всю сущность человека к его сознанию, не замечая того, что сама телесность в ходе прижизненного развития теряет свой природный, натуральный характер, очеловечиваясь и приобретая качественные изменения. «... Гораздо раньше, чем человек начнет манипулировать с внешними объектами, практически с первых дней жизни ему постепенно, поэтапно прививают навыки культурного осуществления таких важных человеческих функций, как умение по-человечески есть, пить, выделять экскременты, ходить и пр.» (*Тищенко*, 1987б, с. 189). Телесность человека – это первый в онтогенезе предмет овладения и трансформации в универсальное орудие и знак. Эта трансформация не безразлична и для самой функции, и для ее понимания.

Главная идея, введенная в современную психологию Л.С. Выготским, его учениками и последователями, заключается в том, что натуральные психические функции, превращаясь в собственно человеческие, «высшие», прижизненно формируемые, социальные по происхождению, – радикально меняются (*Лурия*, 1974; *Леонтьев А.Н.*, 1961; *Эльконин*, 1963; *Запорожец*, 1967; и др.). Человек овладевает своими психическими функциями, опосредствуя их «психо-

логическими орудиями» – знаковыми системами. Натуральные и «опосредствованные» функции схожи только внешне, они разным образом реализуются, по-разному управляются. Опосредствованные функции создаются над натуральными «путем надстройки новых образований над старыми, с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого» (Виготский, 1956, с. 488).

Однако, как ни парадоксально, из исследования процесса становления человека – социализации и опосредствования его функций, – выпала одна из фундаментальных сторон – природная жизнедеятельность самого человека, его телесное бытие. Это касается как освоения социализированных форм осуществления телесных функций (еды, питья, выделений, сексуальных отправлений), так и огромной области культурных способов переживания и проявления телесных болезненных расстройств.

Интрацепция осталась неразработанной областью психологии и трактовалась как «низшая», архаичная, физиологическая форма перцепции, на которую не распространялись общепсихологические закономерности человеческого восприятия. При таком подходе клиническая психология сталкивается с серьезными теоретическими затруднениями в осмыслении целого ряда фактов. Физиологическое понимание интрацептивного восприятия, связывающего качество и интенсивность субъективного переживания с качествами и интенсивностью стимула, не подтверждается ни клиническим опытом, ни специальными научными исследованиями, ни обыденным опытом человека. Существует целый спектр крайних случаев таких расхождений: от отсутствия каких бы то ни было ощущений, несмотря на значительные телесные повреждения, до ипохондрических ощущений, обладающих всеми признаками психологической реальности, но не имеющих под собой действительных оснований (Dupre, 1925; Помптейн, 1961; Мелзак, 1981; Карвасарский, 1980; Buytendijk, 1966; Смуглевич, 1987). Подобные диссоциации очень часто встречаются в клинической практике: ипохондрический синдром, например, является наиболее распространенным, но при этом и наименее исследованным психопатологическим феноменом.

Интрацептивное восприятие не может быть однозначно определено свойствами раздражения, а зависит от оценки ситуации, значения телесного ощущения, его смысла, мотивации человека, принадлежности к определенной культуре, индивидуального опыта и других психологических факторов, влияние которых на телесное восприятие невозможно отрицать, но весьма трудно понять, оставаясь в рамках «натуральной» схемы. Изучение механизмов такого влияния имеет очень длительную историю «и, однако, вопреки этой длительности истории психосоматической идеи, трудно назвать какое-либо другое направление медицинской мысли, которое порождало бы столько же ожесточенных споров, которое было бы так же бедно согласованными представлениями о природе (т. е. о закономерностях, принципах, механизмах) фундаментальных фактов, в реальности которых... никаких сомнений не возникает» (Прангшвили, Шерозия, Бассин, 1978, с. 196).

Решение этой проблемы весьма актуально и в практическом смысле. Игнорирование наукой какого-либо феномена еще не означает его отмены, и он заставляет с собой считаться, проявляясь зачастую в патологической форме. «Бестелесная» психология и педагогика упускают целые пласты важнейшей реальности человеческого существования, сталкиваясь с ней лишь в форме «ущербности», искаженного развития или патологии, а «организменная» медицина демонстрирует свою нарастающую дегуманизацию, кризис доверия, беспомощность теоретического понимания и лечения расстройств, патогенез которых выходит за рамки физиологических изменений.

Актуальность этой проблемы усиливается с ростом числа психосоматических заболеваний, неврозов, трудностями проведения эффективной реабилитации, с расширением парамедицинской альтернативной практики. По мнению экспертов Всемирной Организации здравоохранения, одной из самых важных медицинских проблем ближайших десятилетий будет

невозможность эффективного лечения большого числа больных, обращающихся в учреждения медико-санитарной помощи с постоянными жалобами, которые трудно соотнести с тем или иным органическим поражением (*Сарториус*, 1983).

Часть 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ ТЕЛЕСНОСТИ

Глава 1

В поисках истинного объекта: тело как механизм

1.1. Принцип объективизма в исследованиях интрацепции

Хотя в качестве отдельной онтологической проблемы тело для психологии и не существует, есть как минимум две области, которых нельзя избежать: телесное (интрацептивное) восприятие и произвольное управление телом и его функциями. Но даже в рамках этих относительно ограниченных областей психологи сталкиваются с трудно разрешимыми проблемами. Кажущаяся простота такого объекта исследования как тело по сравнению, например, с сознанием, мышлением или речью, на деле оборачивается обострением самых фундаментальных и трудно разрешимых теоретических вопросов философии и психологии: психофизической и психофизиологической проблем, онтологии субъекта и его активности, втягивая исследователя в воронку метафизических противоречий. Именно поэтому, на мой взгляд, область телесной чувствительности по умолчанию относится к некой архаичной, натурально-организованной и исключительно физиологической по своему устройству сенсорной системе. В каком-то смысле для физиологии она даже наиболее модельна. Если работа слуха и зрения все же не может быть исчерпывающе объяснена на физиологическом уровне и приходится примиряться с существованием психологии восприятия, то интрацепция до настоящего времени существует без этого усложняющего дополнения.

Сложившаяся ситуация не случайна и вытекает из самой логики естественно-научного подхода, делающего психологию принципиально избыточной. В настоящее время мало кто может решиться на подобное открытое заявление, напротив, считается очень современным ссылаться на важность и нужность психологии, но стоит перейти от деклараций к реальности, легко обнаруживается, что она не так просто вписывается в господствующую систему научного знания. Можно даже сказать, что для нее там не предусмотрено места. Апелляция к психологии возникает только тогда, когда очевидной становится недостаточность естественно-научного, объективного объяснения какого-либо феномена. При этом рассуждение переводится как бы в плоскость иной реальности, обнаруживающей себя лишь в исключительных случаях. Рожденная простым соединением химера оказывается нежизнеспособной и логическая последовательность побуждает исследователя максимально ограничиваться рамками объективных закономерностей, а психологию ставит в маргинальное положение, заставляя каждый раз оправдывать свое право на существование.

Совершенно естественно, что отсутствие разработанной психологической теории интрацепции и даже просто серьезных доказательств нужности такой теории привело к тому, что медицина, имеющая дело с проявлением через телесность и интрацептивные ощущения болезненных состояний, пользуется исключительно анатомическими и физиологическими объяснениями.

Чтобы правильно понять создавшуюся ситуацию, следует сначала проанализировать общеметодологический подход, лежащий в основе современной науки, показав затем его реа-

лизацию в конкретных физиологических и медицинских взглядах на сущность телесных ощущений, причины их возникновения, связь с болезнью и механизмы формирования симптомов.

Основополагающим методологическим постулатом науки нового времени служит первичное расчленение реальности на две принципиально различающихся области: объективную – все, что является миром, и субъективную – содержание сознания и психики. Субъективное, хотя и реально, но принципиально отличается от объективного тем, что не материально и вторично по отношению к нему. Эта вторичность реализуется в виде интерпретации субъективности как отражения субъектом объективного мира, понимаемой как «метафора печати» (*Ортега-и-Гассет*, 1990).

Само по себе качество отражения не присуще исключительно субъективному. Отражение в неживой природе проявляется в виде результата взаимовлияния, механической деформации, изменения направления, формы, состава и пр. На животном уровне отмечается возникновение нового свойства – чувствительности, позволяющей дифференцированно отражать свойства объекта. Человеческому отражению в виде специфической формы – сознания – свойственна активность, продуктивность и интенциональность. При этом, именно последнее качество – наиболее сложное, темное и спорное место, прояснению которого посвящено огромное количество философских и психологических работ (*Bruner, Postman*, 1949; *Gibson*, 1950; *Foucault*, 1963; *Леонтьев А.Н.*, 1975, 1983; *Зинченко*, *Мамардашвили*, 1977; *Лекторский*, 1980; *Смирнов С.Д.*, 1983а, б, 1985; *Ортега-и-Гассет*, 1990).

Однако в силу внутренней непоследовательности исходной позиции, трудностей разрешения логического противоречия между «страдательностью» субъекта, испытывающего действия объективного мира, его вторичностью с одной стороны, и активностью и интенциональностью – с другой, эта проблема стала предметом исключительно теоретических спекуляций. В рамках же конкретных, естественных наук сформировалась методология объективного подхода, исключившая субъекта из онтологии бытия.

Наиболее распространенными стали представления о том, что реально существует лишь вещественный мир, построенный с помощью физических линеек и часов и поэтому, в идеале, любое научное изучение должно быть сведено к соответствующим физическим измерениям. Если реально существуют лишь физические объекты, то конечной целью любой науки должно стать сведение исследуемой реальности к наиболее простым физическим сущностям. При этом мерой зрелости науки и ее «естественности» будет служить разработанность правил такого сведения и их реализуемость. «Понятым» явление или объект становятся, лишь если через конечную последовательность шагов они могут быть редуцированы к неразложимым далее элементам: полям, атомам и пр., подчиняющимся единым физическим законам.

Проще всего такой подход реализуется в естественных науках, имеющих дело с физически измеримыми объектами, сложнее – в гуманитарных, объектом которых, собственно, и должно быть субъективное, и уже совсем запутанная ситуация возникает, когда объектом становится человек, одновременно выступающий как физическая и идеальная сущность. Интенционально содержащаяся последовательная жесткая онтологическая позиция – «не умножать числа сущностей сверх необходимого» – толкает исследователя в целях объективности реализовать наиболее «сущностное» объяснение, не замечая осуществляющегося при этом перехода в «другое пространство» и утраты предмета. Реальность психического, самоочевидная для каждого, знакомого с ней на собственном опыте, служит излюбленным объектом такого редукционизма. Постулирование новой реальности – реальности психического, не сводимой к какой-либо существующей до нее, – не выдерживает автоматического перенесения единых и общепризнанных законов, подвергая сомнению их универсальность и всеохватность. Обойтись малыми уступками в этом случае невозможно. Это либо скачок за границу качественно «иного», либо, если это не «иное», то не следует и создавать никаких границ, необходимость которых возникает лишь при признании онтологической несводимости. Сделать же такое при-

знание в рамках объективного подхода затруднительно, ибо оно противоречит убеждению в том, что «природа едина, и существует возможность в идеале свести мир к нескольким сущностям» (Барт, 1989, с. 58). В предельном виде такое мировоззрение сформулировано в знаменитом изречении Лапласа о том, что «существо, способное охватить всю совокупность данных о состоянии Вселенной в любой момент времени, могло бы не только предсказать будущее, но и до мельчайших подробностей восстановить прошлое» (Цит. по: Тоффлер, 1986, с. 14).

До сих пор объективизмом с трудом преодолевается и осознается первая из качественных границ, отделяющая живое от неживого. Хотя, в конечном итоге, пришлось пойти на введение онтологического понятия «жизни», попытки редукции биологии к физике или химии не прекращаются. Та же самая ситуация наблюдается в психологии. Ее особенность лишь в том, что физические и химические «объяснения» довольно редки, тогда как биология или нейрофизиология (сами по логике рассуждения обязанные доказывать свое право на существование) на протяжении всей новой истории, вплоть до настоящего времени, стремятся «объяснить», подменить или вообще отменить психологию.

Кроме «экономии мышления», онтологическое исключение субъекта из научного исследования обусловлено еще и тем, что объективизм принципиально не может разрешить субъекту какой-либо активности. «...То, что исследуется, не может рассматриваться в качестве причины самого себя (субъекта). Иными словами, любое событие, происходящее с объектом, должно рассматриваться как обусловленное внешней причиной. Без действия внешних причин объект должен находиться в “покое” или “равномерном прямолинейном движении”. Этот чисто механический принцип “инерции” универсально действует в любом научном исследовании – физическом, химическом, биологическом, психологическом, социологическом и т. д. В самом деле, мы только в том случае можем установить причинную связь между действующим фактором и изменением объекта исследования, если будем уверены, что реально сущее (объект) не произвел это изменение в силу собственной (внутренней) необходимости» (Тищенко, 1991а, с. 114). Интуитивная очевидность «принципа инерции» базируется на свойственной человеческому мышлению иллюзии «понятности»: явление понятно, если мы можем найти его внутреннюю логику, т. е. линейную последовательность событий.

Поэтому субъекту нет места в онтологии: ни в качестве сущности, ни в качестве объекта научного исследования. Реальные «истинные» события происходят вне него, нужда в нем отпадает и он может без ущерба быть заменен на настоящий объект – организм в виде трупа или сложного, работающего по физическим законам механизма (в них эта линейная последовательность кажется «очевидной»). Главная задача – это выяснение устройства этого механизма, его сенсорной, воспринимающей части, проводниковых путей, нервных структур, их пространственной организации, биофизических и биохимических основ их работы. Нарушения могут происходить лишь в физическом пространстве тела; психика успешно заменяется нервной системой, а психология – физиологией и анатомией ЦНС.

Одной из первых работ, где такой подход не только осуществлялся, но и отчетливо рефлексировался, была работа Ч. Белла, в которой он пытался, проследив пути нервных волокон, познать структуру мозга и расчленив душевную жизнь на первичные элементы (Bell, 1842). По замечанию М.Я. Ярошевского, это был случай, когда в качестве инструмента анализа выступал не классический психологический метод интроспекции, а хирургический нож (Ярошевский, 1976).

Сам З. Фрейд в начале своей научной карьеры предлагал объяснить внутренние психические явления объективными количественными понятиями. «Цель психологии, – писал он в незаконченном «Проекте научной психологии», – представить психические процессы в количественно определяемых состояниях специфических материальных частиц»¹ (Цит. по: Яро-

¹ Подобных убеждений, свойственных науке конца XIX в., З. Фрейд придерживался до конца своей жизни; во всяком

шевский, 1976). Даже само название «психоанализ», заимствованное из идеальной, по мнению З. Фрейда, науки – химии, должно было подтверждать объективистские ориентации нового научного направления (*Chertok, Stengers, 1987, 1988*).

Конец XIX в. ознаменовался полным торжеством объективного подхода, когда все явления стали объясняться сугубо механико-материалистически. В медицине, например, после работ Вирхова господствовало убеждение, что если под микроскопом невозможно обнаружить никаких изменений в клетке, то и нет оснований говорить о болезни. Однако успешная реализация онтологического исключения субъекта могла произойти при выполнении еще одного обязательного условия: его гносеологического исключения.

В субъект-объектном расчленении мира субъект трансцендентен по отношению к наблюдаемому. Научное описание «... объективно в той мере, в какой из него исключен наблюдатель, а само описание произведено с точки, лежащей *de jure* вне мира, т. е. с божественной точки зрения, с самого начала доступной человеческой душе» (*Пригожин, Стенгерс, 1986, с. 67*). Реальность описывается как бы абсолютно «прозрачным» субъектом, ничего не меняющим самым фактом своего отражения, и мир предстает в своей данности таким, каким он существует в реальности. События происходят только в объективном мире. Связь с субъектом протекает только в одном направлении: от стимула, непосредственно воспринимающегося субъектом и «проскакивающего» через порог субъективного, как если бы его не было вообще.

Удивительно, что идея «прозрачности», противоречащая самим основополагающим аксиомам субъект-объектного противопоставления, не вызывает особенных возражений. Установив с самого начала принципиальную нетождественность субъекта объекту, «прозрачность» разрешает стимулу беспрепятственно перетекать в идеальный субъективный образ (правда, не очень ясно, в каком виде: в качествах стимула, разрядов нервных клеток или химических медиаторов). Это весьма трудно понять, так как со времени Аристотеля было сформулировано понятие отражения как воспроизведения особенностей отражаемого объекта без переноса его вещества. Если же «вещество» стимула запускает «вещество» субъекта, они должны иметь место встречи в виде некоторой области, природа которой была бы для них едина.

Схема рефлекторного автомата, лежащая в основе объективистского понимания человека, без особых изменений унаследованная от Декарта, была дополнена им сложными формами психики. Они не имели к чувственности никакого отношения и основывались на «созерцании врожденных идей при естественном свете разума». Значительно труднее решить эту проблему, отказываясь от дуализма. В этом случае необходимо на том или ином этапе рассуждения, исключив субъекта, допустить идентичность объективного и субъективного.

Сформулированная И. Мюллером и Ч. Беллом теория «специфических энергий органов чувств» трактовала ощущения, запускаемые материальным воздействием стимула, как состояния, воспроизводящие свойства самой нервной системы (*Muller, 1826, 1840; Bell, 1842*). Скрытая в органе «специфическая энергия» разряжается под воздействием внешних стимулов. Эта идея решала проблему перехода качества объекта в качество нервной системы, объясняла различия в модальностях ощущений свойственной каждому органу «специфической энергией», но предполагала, что это и есть качества субъективного сознания. Во всяком случае, никакой дальнейшей трансформации не предусматривалось. Более того, для непротиворечивого объяснения общих форм чувственного познания, например, пространственных образов, не выводимых из отдельных качеств стимула, физиологизировались пространственные априорные формы чистого созерцания И. Канта, превращавшиеся в свойства телесного органа – сетчатки глаза. Решая психофизическую проблему соотношения физического и психического мира, теория И. Мюллера и Ч. Белла лишь превращала ее в психофизиологическую: соотноше-

случае, он их подтвердил как минимум еще дважды: в английском издании «По ту сторону принципа удовольствия» и в «Новых лекциях».

ния физиологических процессов в организме и субъективных ощущений. Говорить об эффективности такого решения можно, лишь принимая аутентичность субъекта и тела и считая, что состояние органа и есть субъективное ощущение.

Логика теории «специфических энергий органов чувств», несмотря на многочисленные упреки в физиологическом идеализме, без особых изменений унаследована современными исследователями и, строго говоря, не может быть оспорена без выхода за рамки позитивистского подхода. Она не только не подвергается серьезным сомнениям, но даже укрепила свое положение благодаря достижениям нейрофизиологии, нейропсихологии, работам Х. Дельгадо (*Delgado*, 1963, 1965), А. Экаена, Ж. Ажуриагерры (*Hecan, Ajuriaguerra*, 1952), А.Р. Лурии (1969), модифицировавшим ее в теорию специфических «мозговых функций», связывающих субъективные ощущения уже не с органами чувств, а с «определенными участками мозга», что, впрочем, принципиально ничего не меняет. В той или иной форме она принималась психологами, даже находившимися на довольно различных теоретических позициях, например, А.Н. Леонтьевым (1975) и Б.Г. Ананьевым (1960, 1961). Последний специально подчеркивал, что «...создается ошибочное представление о том, будто бы переход энергии внешнего раздражителя в факт сознания не имеет места в жизни человека... Отражение немислимо без постоянного и непрерывного превращения энергии воздействующей на человека материи в факты сознания человека. Это превращение осуществляется бесконечной (для индивидуальной жизни) массой ощущений... Отсюда возникло обозначение органов чувств, как трансформаторов внешней энергии... Причем каждый акт деятельности этих органов – периферических концов анализаторов – является превращением внешней энергии в нервный процесс» (*Ананьев*, 1960, с. 13).

Строго говоря, в границах объективного метода из субъект-объектного членения выпадает сам субъект, который при этом непостижимым образом и наблюдает объективный мир, и служит его продолжением. Такой субъект может последовательно мыслиться либо божественно, в традициях картезианского дуализма, либо вульгарно-материалистически. Объективная наука выбрала последний вариант, считая, что «...строгое естествознание обязано только установить точную зависимость между данными явлениями природы и ответными действиями, реакциями организма на них» (*Павлов*, 1954, с. 66).

Логика объективизма, наиболее очевидным образом представленная в физиологии и медицине, легко вычлняется из усложненных и инструментально оснащенных современных исследований. Классический пример ее реализации описан в эссе «Мозг Эйнштейна» (*Барм*, 1989). В нем анализируется смысл одного из нейро-физиологических экспериментов, проведенных с самим А. Эйнштейном в качестве объекта.

На одном из приложенных к исследованию изображений А. Эйнштейн представлен лежащим, «от его головы отходят электрические провода: его просят “подумать об относительности” и одновременно регистрируют импульсы, исходящие из его мозга... Нас без сомнения хотят уверить в том, что прибор выдаст нам настоящую сейсмограмму, ведь “относительность” – очень трудный предмет для размышления. Таким образом, сама мысль предстает в виде материи, заряженной энергией, в виде измеримой продукции некоего сложного (чуть не электрического) устройства, которое преобразует мозговую субстанцию в энергию. В гениальности мифического Эйнштейна нет почти ничего магического, и о его мышлении говорят так, как говорят о всяком производительном труде, будь то машинное производство сосисок, помол зерна или измельчение руды; Эйнштейн производил идеи постоянно, наподобие мукомолки... Научный поиск приводит в движение некий колесный механизм, этот поиск осуществляется с помощью вполне материального органа, который поражает только своей кибернетической сложностью» (*Барм*, 1989, с. 57–58).

Сила этого убеждения такова, что за мозг А. Эйнштейна, завещанный науке, боролись две клиники, словно это был сложный механизм, разобрав который, можно было бы рассчи-

тивать на понимание содержащейся в нем силы ума. С аналогичными целями для изучения мозга В.И. Ленина в СССР был создан целый «Институт мозга», благополучно существующий до наших дней. Одно из последних «приобретений» этого института – мозг А.Д. Сахарова, из которого, вероятно, предполагается извлечь кроме «ума» еще и некоторую «моральную» субстанцию. Хотя в настоящее время можно отметить определенное разочарование в успешности попыток создания единой непротиворечивой психофизиологической концепции поведения и психики (т. е. последовательно и непротиворечиво, без логических разрывов выводящей психику из физиологии), это разочарование не носит принципиального характера: просто реальность оказалось посложнее, чем это предполагалось, но с изобретением какого-либо необыкновенного прибора или суперкомпьютера задача окажется вполне выполнимой. Во всяком случае именно это направление выглядит особенно перспективным для вложения в него финансовых средств. Все это несколько напоминает попытку понять смысл телевизионной передачи путем тщательного исследования передающего и принимающего телевизионного устройства, но где же еще можно искать этот смысл?

1.2. Телесные феномены как объект психиатрического исследования

С максимальной последовательностью и очевидностью методологические установки и принципы объективного метода выразились в медицине в понимании происхождения болезненных субъективных ощущений. В самом общем виде схема довольно проста: раздражение, попадающее на периферийные интерорецепторы, передается в подкорковые ядра, а затем в соответствующие рецепторные зоны коры. Вся рефлекторная схема может быть описана на чисто физиологическом и анатомическом языке и не нуждается в дополнении ее психологией, так как субъективное есть лишь продолжение объективных событий и точно им соответствует. Основная масса интрацептивных ощущений связана с болезненными состояниями (здоровому человеку они практически незнакомы). Причиной их служат те или иные патологические телесные состояния, воздействующие на соответствующие рецепторные системы вполне в стиле теории «специфических энергий органов чувств».

В «нормальном» случае данная схема вполне прагматична и удобна. Трудности начинаются с необходимости объяснения большого числа феноменов, не укладывающихся в выбранную схему, таких как, например, ипохондрические или сенестопатические синдромы, при которых для субъективно отчетливых интрацептивных ощущений затруднительно обнаружить вызывающие их материальные причины.

На всем протяжении истории существовало два подхода к трактовке этих явлений: ипохондрия рассматривалась либо как заболевание «*cum materia*», либо как заболевание «*sine materia*».

В первом, наиболее простом случае, это реальная болезнь, имеющая материальную причину. Античные врачи называли ее *morbis mirachialis*, а Гиппократ и Гален связывали с заболеванием внутренних органов, находящихся ниже края реберной дуги (*hipohondrion*).

С появлением учения о нервной системе место поражения переместилось с органа на нервные окончания. И.И. Энегольм (1815) связывал возникновение ипохондрии с нарушением чувствительности, вытекающим из 3 причин:

1. органических повреждений внутренних органов, приводящих к недостаточности питания нервных окончаний;
2. непосредственной или опосредованной слабости нервной системы без видимых причин;
3. заболевания внутренних органов в сочетании со слабостью нервной системы.

Серизи и Морель главной причиной считали повреждение ганглиозной ткани, а А.П. Богородицкий рассматривал ипохондрию как хроническую болезнь, основа которой состоит в чрезмерной чувствительности и частой раздражительности или колебании нервов, особенно около внутренностей живота (Цит. по: *Пащенко*, 1974). Случаи, когда органических изменений не находилось, относились к динамическим нарушениям или «status nervosus». М.Я. Мудров (1949) указывал, что ипохондрия происходит в результате раздражения мозга и органов брюшной полости. В.М. Бехтерев (1928) считал, что дело сводится в этих случаях к нарушениям вегетативной нервной системы, поражению симпатических нервов и изменению процессов внутренней секреции.

Параллельно существовало течение, которое в качестве причины несоответствия субъективных ощущений и реально обнаруживаемых органических изменений рассматривало область идеального или действие особой сущности – психической болезни. Буассье де Соваж выводил ипохондрию из расстройства воображения, Пинель – из ложных идей и фантазий, Мор выделял 2 вида ипохондрии: ипохондрическую болезнь и симптоматическую ипохондрию (Цит. по: *Пащенко*, 1974). Из более поздних авторов Ромберг (1851) считал, что элементами ипохондрии служат ощущения, являющиеся не проекцией болезненно измененного органа, а патологической трансформацией нормального ощущения, возникшей вследствие усиленной «интенции представлений», а Е. Крафт-Эбинг (1880) связывал ипохондрические расстройства с конституциональным заболеванием – «неврозом чувствительной сферы». Е. Дюпре и П. Камю (*Dupre, Camus*, 1907a,b), наиболее подробно разработавшие феноменологию ипохондрии и предложившие критерии различения сенестопатического и нормального ощущения, допускали существование и эссенциальных и симптоматических сенестопатий в рамках различных заболеваний. Аналогичные положения высказывали Г. Керер (*Kehrer*, 1953) и Г. Вайтбрехт (*Weitbrecht*, 1951).

Идея ипохондрии *sine materia* не могла получить устойчивого существования в связи с общей тенденцией развития медицины в рамках естественно-научного метода выявлять лежащие в основе любой болезни универсальные физиологические или, еще лучше, физические причины. Этой тенденции больше соответствовала идея ипохондрии как заболевания *cum materia*. Поскольку предполагалось, что заболеваний без материальных причин не существует, то выражение «ипохондрия *sine materia*» стало означать не отсутствие материальных причин вообще, а отсутствие конкретных проявлений на месте локализации ощущений. Спор же относительно причин появления стимульно необоснованных ощущений стал вестись вокруг уровня повреждения интрацептивной сенсорной системы, причем основное внимание исследователей сконцентрировалось на ее центральном, а не периферическом звене. Отсутствие же убедительных доказательств какого бы то ни было повреждения легко преодолевалось ссылками на несовершенство регистрирующих приборов и недостаточную разработанность методов исследования.

Тем не менее, идеи о возможном периферическом поражении нервных окончаний частично сохранились. А.А. Меграбян (1972) описывает сенестопатию как нарушение внутренней чувствительности, клинически проявляющееся в виде неопределенных, диффузных, весьма неприятных и беспокоящих ощущений внутри тела. Возможное нарушение чувствительности как источник сенесто-ипохондрических расстройств допускается в работах Г.А. Авруцкого (1979), В.С. Куликовой, А.Т. Пшоники, Ю.Е. Сегала (1952), И.Р. Эглитеса (1977). Поиски таких нарушений ведутся в настоящий момент на микроструктурном уровне и при соответствующем развитии инструментария ожидается их обнаружение.

В основном же исследователи, разочаровавшись в попытках объяснения ипохондрических и сенестопатических расстройств периферическими нарушениями, перенесли внимание на более высокие уровни.

По Дж. Уолленбергу (*Wollenberg*, 1904, 1905), важнейший фактор патогенеза ипохондрических состояний – болезненное изменение самоощущения, под которым понимается обобщенное чувство, основанное на различных меняющихся раздражениях со стороны внутренних органов. В норме это чувство неразложимо на отдельные ощущения и мы ничего не знаем о работе внутренних органов. Это меняется при болезни, вследствие ненормальной готовности центральных чувствительных областей воспринимать не только малейшие патологические, но и слабые физиологические раздражения, которые воспринимаются качественно и количественно иллюзорными, но могут быть и галлюцинаторные восприятия, когда ничто периферическое им не соответствует. Центральные изменения, лежащие в основе этого, еще не выяснены, но предполагается, что речь идет о патологии рецепторных функций коры, в особенности чувствительных центров, раздражимость которых повышена.

Новый толчок этому направлению дало создание теории высшей нервной деятельности И.П. Павловым и ее развитие в виде концепции нервизма К.М. Быковым (*Быков, Курицин*, 1960). Активно внедрявшееся из идеологических соображений в медицину, это учение заняло там главенствующее положение.

Первая попытка применения теории высшей нервной деятельности к объяснению интрацептивных феноменов принадлежит самому И.П. Павлову (1951): «Болезненное состояние какого-нибудь органа или целой системы может посылать в соответствующие корковые клетки, в определенный период времени или постоянно, беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность – неотступное представление и ощущение, когда потом настоящая причина уже перестала действовать... Указанные причины могли концентрировать патологическую инертность раздражительного процесса в разных инстанциях коры полушарий – как в клетках, непосредственно воспринимающих раздражение как от внешних, так и от внутренних агентов (первая сигнальная система действительности), так и в разных клетках словесной системы (вторая сигнальная система) и притом в обеих инстанциях в различных степенях интенсивности: раз на уровне представлений, в другой доводя интенсивность до силы реальных ощущений» (с.78). Разница между представлением и реальным ощущением в этом случае мыслится лишь количественно: первое меньше второго.

Трудность перенесения схемы условного рефлекса заключалась лишь в том, что в общем виде эта теория была ориентирована скорее на экстрацепцию, тогда как медицина имела дело прежде всего с интрацепцией. Задача адаптации была успешно решена созданием кортико-висцерального направления, предопределившего на долгие годы логику теоретических и экспериментальных изысканий. Кортико-висцеральное направление в физиологии ВНД ставило перед собой следующие задачи (*Курицин*, 1978):

1. Установить возможность образования условного рефлекса на деятельность внутренних органов и тканевых процессов и изучить основные свойства таких реакций.
2. Определить возможности выработки условных рефлексов на любую деятельность при раздражениях, идущих с внутренних органов.
3. Расширить механизмы условно-рефлекторных изменений деятельности внутренних органов и таких функций, как окислительные процессы, обмен веществ в клетках и тканях.

В отличие от классических павловских опытов, в которых эффекторным звеном являлась слюнная железа, а о величине условного рефлекса судили по слюноотделению на «колебания» внешней среды, в опытах школы К.М. Быкова эффекторами были почка, печень, селезенка и другие висцеральные органы, а величину рефлексов определяла их специфическая деятельность.

Экспериментально было доказано усиление висцеральных рефлексов после разрушения центральных отделов нервной системы и дополненная таким образом схема позволяла непротиворечиво объяснить возникновение телесных ощущений как следствие патологиче-

ской импульсации со стороны внутренних органов – неважно, первичной, из-за рефлекторного раздражения внутренних органов, или вторичной – от нарушений нейродинамики в коре.

«Освобождение интрацептивных рефлекторных дуг из-под влияния высших отделов центральной нервной системы создает особо благоприятные условия для их деятельности... Не будучи клиницистом и совершенно не претендуя на достоверное истолкование... ипохондрических явлений, мы не можем не удержаться от соблазна высказать предположение о возможном их генезе. Можно думать, что в этих случаях имеется временное подавление задерживающей функции высших отделов ЦНС в результате функционального ослабления, именно вследствие этого, те импульсы с внутренних органов, которые постоянно доходят до коры, но не включаются в сферу сознания, пробивают теперь сюда дорогу и овладевают им... Нельзя, конечно, исключить и другую возможность – изменения чувствительности самих рецепторов, возникновение в них возбуждения при таких условиях, при которых в норме оно никогда не бывает» (Черниговский, 1949, с. 214).

Причиной подавления деятельности коры могут быть сами интрацепторы. Даже если дезорганизованная информация из внутренних органов исчезла, она способна на долгий срок вывести из равновесия сложившиеся в коре взаимоотношения между возбуждением и торможением в экстрацептивных полях коры мозга. Когда «интероцептивный путь уже сформирован, экстероцептивные сосудистые условные рефлексы выработаны и закреплены до создания стойких условных рефлексов, последние почти не поддаются угасанию и наоборот, начинают угнетать, тормозить связанные с ними экстероцептивные сосудистые реакции, создавая в коре доминирующий очаг восприятия интероцептивной импульсации. Такое состояние сопровождается асимметрией сосудистых реакций, позывами к рвоте, плохим самочувствием и представляет собой “экспериментальный” невроз, который проливает свет на распространенный в медицинской практике... ипохондрический синдром, обусловленный дезорганизованной информацией из внутренней среды – назойливыми и навязчивыми интероцептивными ощущениями, прорвавшимися в сферу сознания» (Пионик, 1949, с. 96). Ипохондрик – это человек, у которого вследствие имевшей место патологической импульсации со стороны внутренних органов создалось стойкое преобладание, неугасаемая готовность к образованию интрацептивных условных рефлексов с угнетением экстрацептивных. Хотя до настоящего времени не удалось найти характерных нейродинамических нарушений при ипохондрических состояниях или выявить какие-либо типичные неврологические расстройства, психиатрия на долгие годы погрузилась в нейрофизиологию и публикуемые по проблемам ипохондрии работы были переполнены иллюстрациями физиологических показателей: энцефалограммами, плетизмограммами, кардиограммами, записями кожно-гальванической реакции, имевшими весьма малое отношение к обсуждаемому вопросу.

Принципы такого подхода практически инвариантны и четко сформулированы, например, в работе Е.С. Авербуха (1957). Хотя это относительно старая работа, она, на мой взгляд, очень недвусмысленно демонстрирует саму логику объективистского рассуждения, часто довольно ловко маскируемую в более современных трудах (Ley, 1985; Pennebaker, 1982; Kirmayer, Robbins, 1991). По его мнению, основным психопатологическим феноменом при ипохондрических синдромах является измененное самоощущение и самовосприятие. При сохранности сознания нарушается константность восприятия своего тела. Интрацептивные сигналы начинают оцениваться как источник угрозы для личности, возникают эмоции, отчасти физиологически обусловленные, отчасти как реакция на угрозу. Так создается соответствующая фиксированная на своем теле установка и личностные реакции на создавшуюся ситуацию в форме переживаний и отношений к внешнему миру и себе, формирующие особенности ипохондрика.

По месту локализации дефекта выделено IV формы ипохондрии и, соответственно, IV механизма.

I форма – периферическая. Раздражения, исходящие из внутренних органов, в которых имеется множество нервных окончаний вегетативной нервной системы, вызывают множество подпороговых непрерывно возникающих суммирующихся импульсов, приводящих подкорковые узлы, в первую очередь зрительный бугор, в состояние возбуждения. В таламусе и связанных с ним диэнцефальных системах, являющихся районом интеграции низших форм чувствительности и областью формирования протопатической эмоциональности, под влиянием перевозбуждения происходит изменение самоощущения и восприятия собственного тела. В дальнейшем в патодинамический процесс вовлекаются корковые механизмы. Формирование ипохондрических ощущений идет медленно и, сформировавшись, они носят определенный, хорошо локализованный характер.

II форма – стволовая. При ней первично поражаются определенные стволовые механизмы и возникают связанные с этим основные психопатологические феномены ипохондрического нарушения самочувствия, извращенное восприятие интрацептивной импульсации, протопатические эмоции, гиперпатия и пр. В дальнейшем присоединяются корковые механизмы. В этих случаях болезнь возникает быстро, болезненные ощущения необычны, трудно локализуемы и менее устойчивы. Тревожный фон более выражен, имеют место нозоманические идеи, нередко навязчивые феномены.

III форма – кортикальная. Первично поражаются определенные корковые системы, преимущественно височно-базальные отделы. При поражении височной области отмечается переоценка тяжести своего заболевания, выявляется целый мир новых явлений, архаических форм восприятия, резких парестезий и фантастических ощущений.

IV форма – психогенная. Возникает тогда, когда вследствие определенной ситуации у человека прерываются общественные связи, сокращается экстрацептивное общение с внешним миром. В норме мы избавлены от непосредственного влияния нашей сомы, нашего тела и сознание остается целиком под влиянием внешней среды. При ипохондрии внимание переключено внутрь. Подкорковые раздражения, исходящие из внутренних органов, становятся относительно сильными и болезненно воспринимаются. Больные страдают не столько от неприятных ощущений, сколько от уверенности в своей болезни, вытекающей из витальности и необычности ощущений.

Как можно видеть, все описанные формы ипохондрии, за исключением IV, суть органические поражения рецепторного аппарата на разном уровне. Рассмотрение связи этих поражений с душевными переживаниями в качестве отдельной задачи не предполагается, поскольку, в соответствии с традицией, мозг и психика идентичны. IV форма – психогенная – выделена по иному принципу и представляет собой некоторую смесь из рефлекторно понимаемой активации интрацепции и психологически понятных переживаний по поводу последней.

В принципе сходная интерпретация патологических телесных ощущений (но без избыточной претензии на нейрофизиологическое объяснение и четкую анатомическую локализацию патологического процесса) используется в современных моделях «сенсорной сверхдетерминации» (Cioffi, 1991; Ley, 1985; Barsky et al., 1983, 1990), «гипертрофированного внимания» (Carver, Scheier, 1981; Duval, Wicklund, 1972), гипервентиляции (Gardner, 1996; Молдовану, 1991).

Концепция «сенсорной сверхдетерминации» в различных ее вариантах сводит патологические телесные ощущения к особому типу восприятия внутренних ощущений, особому «соматическому стилю», приводящему к преувеличенной интерпретации телесных ощущений и их неправильной когнитивной интерпретации.

Гипервентиляция же рассматривается как универсальный психофизиологический механизм порождения интрацептивной стимуляции в ситуации тревоги и нарушения адекватной оценки ее интенсивности.

Близкий механизм «гипертрофированного внимания» выводит усиление интрацептивных ощущений из снижения внешней стимуляции и центрации внимания на внутренних сигналах, что приводит к их неадекватной переоценке.

Невозможность объяснить возникновение «психологически непонятных», качественно особых переживаний и строго доказать усиление интрацептивной импульсации заставило обострить проблему. «Для рассмотрения противоречий в психопатологическом аспекте вопрос должен быть сформулирован более строго: что является патофизиологическим коррелятом ощущений: мозговые процессы или интрацептивная стимуляция? При такой постановке вопроса ссылки на совместное участие центрального и периферического звена исключаются» (Ануфриев, Остроглазов, 1979, с. 29). Перенос поражения из «органов под краем реберной дуги» на микроструктурный или молекулярный уровень лишь маскирует противоречие. Поэтому, по мнению А.К. Ануфриева (1979), следует отказаться от неправомерного отождествления интрацептивного и экстрацептивного анализаторов, предполагающего некую «особую» организацию первого. Такой отказ позволит переместить внимание от поисков периферического раздражителя, роль которого в происхождении расстройств внутренней чувствительности и связанных с ней психопатологических феноменов явно преувеличена, на нарушения в центральных отделах головного мозга: зрительный бугор, таламическую и диэнцефальную области. Периферическая же локализация ощущений связана с тем, что любое ощущение, независимо от источника, всегда проецируется на периферию. Центральная локализация патологического процесса позволяет также объяснить особый характер сенестопатических ощущений: мучительность, протопатический оттенок. Для этого привлекается теория кайнестопатии – протопатической чувствительности (Аствацатуров, 1938). Возникнув в процессе филогенеза от внешних раздражений и «сосредоточившись как латентное явление в каком-то определенном месте зрительного бугра (коллекторе чувствительности вообще), патологические ощущения вследствие заболевания головного мозга как бы возвращаются, но уже в преобразованном виде (сенестопатиями), проецируясь на все органы и системы тела, в том числе на головной мозг. По месту своего возникновения (зрительный бугор) сенестопатии центральны, как централен в целом психопатологический процесс, изначально выступающий как кайнестопатия, а в дальнейшем проявляющийся нозофобическими или ипохондрическими картинками, способными к саморазвитию, вплоть до галлюцинаторно-бредовых состояний типа физического воздействия» (Ануфриев, 1979, с. 15).

Как можно видеть, пафос отрицания механистической точки зрения ограничивается перенесением уровня поражения из периферического звена в центральное, сопровождаясь весьма сильным методологическим допущением «особого устройства» интрацептивного анализатора. Рассуждение при этом, в сущности, остается в рамках «субстратной» схемы. Изначально устраненное, вынесенное за рамки, субъективное переживание непостижимым образом присоединяется к физиологическому процессу. Субъективные ощущения без всякого зазора следуют за физиологическими процессами в нервной системе как их естественное продолжение. «Концепция о кайнестопатии как выражении элементарного первичного психосоматического расстройства, в котором нейроматериальное (чувствительное и психо-идеальное (аффективное)) выступает в нераздельном единстве, может служить одной из рабочих гипотез в деле разработки психофизиологической проблемы на психопатологическом уровне» (Там же, с. 22).

Кайнестопатия привлекается в качестве необходимого логического элемента, находящегося сразу в двух реальностях: материального и идеального, что позволяет транслировать одно в другое. При этом остаются без изменений основополагающие постулаты физиологизма: чувствительность может быть исчерпывающе объяснена на нейроматериальном уровне и не нуждается в отдельных категориях психического. При уточнении вопроса о том, что служит

причиной появления патологических ощущений, допускаются только физиологические альтернативы: мозговые процессы и интрацептивная стимуляция.

Попытки последовательного объяснения ряда клинических феноменов приводят к принципиально неразрешимым теоретическим затруднениям и «темным» местам психопатологии.

Одна из первых таких трудностей – ответ на вопрос, возможны ли ипохондрические или сенестопатические ощущения в норме? С.С. Корсаков (1901) предполагал их существование в виде мнительности у здоровых лиц. И.Р. Эглитес (1977) выделял, кроме истинных и фантастических сенестопатий, класс «элементарных» – ощущений, похожих на обычные болевые ощущения у соматических больных. Эти ощущения, строго говоря, не могут быть названы сенестопатиями, так как они не соответствуют критерию странности и необычности. Такое допущение было критически встречено в психиатрической литературе и автору были предъявлены упреки в размывании критериев (Руководство по психиатрии, 1983; *Смилевич*, 1987). Хотя любой врач в каждодневной практике сталкивается с соматически необоснованными жалобами на болезненные ощущения у психически здоровых людей, пафос требования «специфичности», сужения в рамках психических болезней имеет серьезные основания. Теория чувствительности (как вариант общей теории отражения) не допускает самой возможности несоответствия стимула и ощущения в нормальных условиях. Это следствие общей установки трансцендентности и прозрачности субъекта. «Позиция абсолютного наблюдателя одна, поэтому истинной может быть только одна точка зрения. Иные точки зрения могут быть, в лучшем случае, частным случаем единственно истинной, во всех остальных – они суть результат заблуждения» (*Тищенко*, 1991а, с. 144). Поэтому «субъективное... правильно и адекватно отражает действительность. Связи идей в головах людей отражают связи вещей в действительности» (*Авербух*, 1966). Это прямое следование идее Б. Спинозы о том, что в мире имеется только одна причинная цепь, только один «порядок» для вещей и для идей и связи в мышлении и пространстве по своему причинному основанию идентичны: «Порядок и связь идей те же, что порядок и связь вещей». Поскольку в механистической трактовке отражение осуществляется лишь в одном направлении – от стимула, то и его нарушения не могут быть ничем иным, как помехами на этом пути. «Мир есть закономерное движение материи, и наше познание только отражает эту закономерность. Все патологические процессы объективны и они существуют вне и независимо от нашего сознания» (*Рохлин*, 1966, с. 141). Вопрос о том, как возможно существование ощущения, не соответствующего стимулу, не имеет смысла по отношению к норме, и поэтому логическая последовательность требует строгого ограничения ипохондрии и сенестопатии рамками патологических явлений.

Второй крайне запутанный момент – проблема соотношения сенестопатии и ипохондрии (*Еу*, 1950; *Еу, Henric*, 1959; *Ladee*, 1966). В истории психиатрии накоплен огромный клинический материал феноменологии сенестопатии и ипохондрии и предприняты десятки, если не сотни попыток создания четких диагностических критериев их разграничения, не приведших к достаточной ясности этой проблемы.

В целом, под сенестопатией понимаются сами болезненные, мучительные ощущения, а под ипохондрией – некоторые представления субъекта о наличии у него того или иного заболевания. Хотя эти синдромы весьма часто встречаются параллельно, подкрепляя друг друга, их не следует полностью идентифицировать. Еще Э. Дюпре (*Dupre*, 1925), давший классическое описание сенестопатии, отмечал, что если все больные с истинной ипохондрией имеют сенестопатии, то далеко не все больные с сенестопатиями бывают ипохондричными.

Традиционная схема предполагает, что первыми по времени должны появляться сенестопатии, на фоне которых, как психологически понятные, строятся разного рода ипохондрические объяснительные конструкции. В общем виде такую схему предлагает Г. Гринберг (*Greenberg*, 1960):

1. Ранняя стадия, возникновение сенестопатий, когда больные жалуются на разного рода расстройства.

2. Расстройства приобретают локализацию.

3. Сосредоточившись на ощущениях, больные начинают считать, что у них развивается болезнь.

4. Развитие бреда и психического автоматизма. Последний пункт логически не вытекает из предыдущих и строится по иным – психопатологическим – закономерностям.

Близкая схема принималась всеми последователями павловской школы и наиболее физиологически мыслящими психиатрами (*Каменева*, 1955; *Сегаль*, 1955). На близкой позиции стоит А.К. Ануфриев (1979), связывающий сенестопатии с поражением центральных отделов головного мозга. По его мнению, целостная патодинамическая структура заболевания состоит из трех составных частей, расположенных на общей витально-астенической платформе:

1. сенестопатии;

2. функциональные вегето-соматические нарушения;

3. собственно аффективные, а в последующем аффективно-идеаторные расстройства.

Однако клиническая практика, постоянно демонстрирующая несовпадение сенестопатических и ипохондрических расстройств, требовала теоретических уступок и ломала стройную логику рассуждения. Во-первых, всегда существовали случаи отсутствия ипохондрий при явных сенестопатиях и отсутствия сенестопатий при очевидных ипохондрических синдромах. Если первое противоречие могло быть объяснено простым временным отставанием, то объяснить последнее (по данным Е.В. Глузмана, сенестопатии встречаются лишь у 79,6 % больных ипохондрией) значительно труднее. Еще большие, принципиально неразрешимые сложности появляются при необходимости объяснения механизма появления вторичных сенестопатий в рамках первично возникших сверхценных или бредовых ипохондрических синдромов. В этом случае практикуются ссылки на «психопатологический феномен», а не психологически понятную «озабоченность здоровьем» (*Эглимес*, 1977), либо авторы полностью уходят от рассмотрения механизмов этого явления, заменяя их утонченными и обширными феноменологическими описаниями (*Kraepelin*, 1896; *Camus, Blondel*, 1909; *Dupre, Long-Londry*, 1910; *Jahrreiss*, 1930; *Huber*, 1953, 1971; *Lhermitte, Gambler*, 1960; *Laburrier*, 1962; *Pomutейн*, 1961; *Ladee*, 1966; *Kielholz, Hole*, 1979; Руководство по психиатрии, 1983, 1988; *Смилевич*, 1987).

Сложившаяся ситуация привела к весьма характерному парадоксу: в «Руководстве по психиатрии», вышедшем в 1983 г. под редакцией А.В. Снежневского, сенестопатии описываются в 1 главе – «Рецепторные расстройства и сенестопатии» и относятся к группе «наиболее элементарных симптомов психических болезней с преимущественным нарушением чувственного познания», а в монографии Г.А. Ротштейна «Ипохондрическая шизофрения» (1961) самым трудным и неясным разделом общей психопатологии называется психопатология ощущений.

Понять первую точку зрения можно, если признать простоту чувственного познания по сравнению, например, с мышлением или памятью и отнести сенестопатию к рецепторным расстройствам. Такой подход используется при объяснении происхождения интрацептивных ощущений в структуре неврозов, синдромов «измененной почвы», первичной сенестопатии при психозах. Вторая точка зрения отражает невозможность использования «рецепторной схемы» для объяснения качественной специфичности сенестопатических ощущений, отличающих их от нормальных, и механизма вторичного порождения чувственных ощущений идеаторными представлениями при ятрогениях и в структуре сверхценных и бредовых синдромов.

1.3. Понимание интрацепции в концепциях «внутренней картины болезни»

Доминирующий в медицине объективный подход не мог, тем не менее, полностью игнорировать очевидный факт, что для человека заболевание, кроме объективно обнаруживаемых изменений и вытекающих из них ощущений, связано с целым рядом переживаний. Даже полностью физиологически ориентированная медицина должна была, считая эти переживания несущественными в смысле патогенеза и лечения, так или иначе учитывать их, хотя бы с точки зрения практики. У старых врачей можно отметить весьма ценные и тонкие замечания по этому поводу, хотя они всегда занимали маргинальное положение в медицинской теории, служа, скорее, некими правилами общения с больными.

Первые попытки выделения субъективного компонента общей картины соматического заболевания были предприняты А. Гольдшейдером (*Goldscheider*, 1898), предложившим назвать этот компонент «аутопластической картиной болезни», в отличие от «аллопластической картины болезни», отражающей функциональные и органические изменения, связанные с заболеванием. Е.А. Шевалев (1936) ввел термин «переживание болезни», Р.А. Лурия (1977) – «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Различаясь в деталях, эти понятия описывали «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано с его приходом к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и тревог» (Лурия, 1977, с. 38).

В аутопластической картине болезни различались: «сенситивная часть» (совокупность ощущений, связанных с патологическим процессом) и «интеллектуальная часть», состоящая из размышлений больного о своей болезни. С самого начала и до настоящего времени предполагалось, что «сенситивная часть» как непосредственное отражение субъектом болезненных ощущений подчиняется физиологическим закономерностям, тогда как «интеллектуальная» – является опосредствованной и преимущественно психологической. Связь между выделенными частями мыслилась как построение «интеллектуальной» части по поводу «сенситивной». Обратная связь, хотя и могла упоминаться, не предполагала никакого механизма ее реализации. Подобный подход практически без каких-либо серьезных изменений вошел в понятийный аппарат позднейших исследований: «сознание болезни», «соматозогнозия», «реакция личности на болезнь», «переживание болезни» и т. п. (Рохлин, 1957; Краснушкин, 1960; Лебединский, Мясницев, 1966; Смирнов В.М., 1975; Николаева, 1976; Зикеева, 1974; Костерева, 1979; Ольшанский, 1979; Резникова, Смирнов, 1976; Вассерман, 1987, 1990).

В.В. Николаевой (1976) схема ВКБ была дополнена эмоциональным и мотивационным компонентами, дифференцирующими ее опосредствованную, психологическую сторону. В ее работах вычленяются 4 уровня субъективной картины болезни:

1. Уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния).
2. Эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека).
3. Интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания).
4. Мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры).

Предложенная схема учитывает весьма важный факт, что болезнь – это не только болезненные ощущения и их переживание, но и изменения мотивации. Тем не менее, чувственное

отражение в ней остается непосредственным и совершенно не обсуждается связь выделенных уровней, возможности их взаимовлияния.

Близкое понятие – «соматозогнозия» – использовалось А.Б. Квасенко и Ю.Г. Зубаревым (1980). Это – процесс познания болезни у психически здоровых людей и реакция на нее. Болезненные ощущения, понимание болезни, ее оценка и отношение к ней рассматриваются как три этапа становления субъективной картины болезни: сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни, – реализующихся на соответственном уровне: биологическом, индивидуальном и социально-психологическом. Индивидуальное и социальное при этом не трансформируют биологическое, а дополняют его, при сохранении каждым уровнем своей автономии.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.