

ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО

Владимир Менделевич

**Психиатрическая пропедевтика.
Практическое руководство**

ИД «Городец»

2019

УДК 616.85
ББК 56.14

Менделевич В. Д.

Психиатрическая пропедевтика. Практическое руководство /
В. Д. Менделевич — ИД «Городец», 2019

ISBN 978-5-907085-28-2

В руководстве описаны такие основополагающие разделы психиатрической пропедевтики, как психиатрическая и феноменологическая диагностика, психическая и поведенческая норма, патология, девиации, методы исследования в психиатрии, психопатология. Кроме того, отражены этнокультуральные, этико-деонтологические и правовые аспекты современной психиатрии. В приложениях приводятся русско-английский диагностический разговорник, методика описания психического статуса пациента. Руководство рассчитано на психиатров, клинических (медицинских) психологов, психотерапевтов, социальных работников, юристов, а также может использоваться в учебном процессе студентами медицинских и психологических вузов, интернами, ординаторами и аспирантами, стажирующимися в области психиатрии. Издание 6-е, переработанное и дополненное.

УДК 616.85
ББК 56.14

ISBN 978-5-907085-28-2

© Менделевич В. Д., 2019
© ИД «Городец», 2019

Содержание

Введение	6
Глава 1. Психическая норма и патология	8
1.1. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов	8
1.2. Диагностические принципы-альтернативы	15
1.3. Спорные вопросы психической нормы и симптоматологии	30
Конец ознакомительного фрагмента.	34

Владимир Давыдович Менделевич
Психиатрическая пропедевтика.
Практическое руководство

© В. Д. Менделевич, 2019

© ИД «Городец», 2019

Введение

Психиатрия для медицины является наукой особой. В силу присущей ей специфичности освоение психиатрии, сталкиваясь с трудностями распознавания психопатологических симптомов, диктует необходимость исключения предвзятости и субъективизма. Изучение психопатологии невозможно без овладения основами психологической науки и практики. Ориентация диагноста исключительно на психопатологию без учета существования специфических индивидуально-личностных переживаний человека, реакций и поведенческих актов является тупиковой для развития всей системы психиатрии как науки.

Несмотря на развитие современных инструментальных методов диагностики процесс освоения основ психиатрии остается наиболее сложным. По традиции он включает преимущественное изучение семиотики психических расстройств, психопатологических симптомов и синдромов, дифференциальную диагностику, освоение терминологии. За бортом по-прежнему остаются наиболее важные аспекты проблемы – разграничение психопатологических симптомов и психологических феноменов, различие нормы и патологии. К сожалению, действующая в психиатрическом мире классификация психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10) в еще большей степени запутывает ситуацию, не предлагая серьезных критериев для подобной дифференциации.

В связи с вышеперечисленным несомненно важным для начинающего психиатра (а также любого иного специалиста, занимающегося проблемами психического здоровья) является овладение основами распознавания психической патологии и разграничения ее с нормальной психической деятельностью. Именно это можно считать главным в разделе психиатрии, который называется **психиатрической пропедевтикой**.

Традиционным для клинической психиатрии является разделение на общую психопатологию и частную психиатрию. Первая сфокусирована на психиатрической феноменологии – специфике проявлений отдельных психопатологических симптомов и синдромов, а вторая – на закономерностях и особенностях возникновения, течения и исходов отдельных психических заболеваний. В психиатрическую пропедевтику включается, во-первых, изучение диагностических критериев, позволяющих объективно разграничить психическую норму и патологию (феномен и симптом), во-вторых, принципы построения диагностического процесса.

До настоящего времени освоение психиатрии студентами и врачами затруднено в связи с симптомоцентрической парадигмой, характеризующейся ориентацией на семиотику, а не на феноменологию. *Знание психопатологических симптомов и синдромов еще не является гарантией того, что диагностический процесс будет эффективным.* Ведь важными становятся убедительные доказательства наличия симптома, отрицания наличия психологического феномена. Различие двух подходов (симптомо- и феноменологического) заключается в использовании или в отказе от использования многовариантного анализа наблюдаемых психических явлений, переживаний и поведения как по параметру клинических проявлений, так и по параметру механизмов психогенеза.

Особо следует отметить тот факт, что феноменологический подход требует знаний не только психиатрических основ (этиопатогенеза) семиотики, но и личностных, органических, соматических, философских, религиозных, культуральных, этнических механизмов психогенеза. Объективная диагностика единственно возможна в психиатрии в случае применения феноменологического подхода.

В последние годы (в том числе благодаря и МКБ-10) активно развивается область, смежная с психиатрией, – психология девиантного поведения, поставившая проблему нормы и патологии в новом ракурсе. Этот факт игнорировать никак нельзя. Следовательно, можно

утверждать, что истинное внедрение феноменологического метода в психиатрию является насущным велением времени, без которого психиатрия дальше развиваться не сможет.

Данное практическое руководство направлено на уточнение некоторых аспектов феноменологии как раздела психиатрии. Оно может быть полезно студентам и врачам при освоении психопатологии, а также психологам, изучающим основы психиатрии.

Глава 1. Психическая норма и патология

1.1. Принципы разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов

Диагностическая проблема – одна из наиболее теоретически и практически значимых в современной психиатрии. Суть ее заключается в выработке объективных и достоверных критериев диагностики психических состояний человека и квалификации их как *психологических феноменов* или *психопатологических симптомов*. В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических и психопатологических феноменов, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии.

Принцип Курта Шнайдера гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признается лишь то, что может быть таковой доказано». Обратим внимание на, казалось бы, экзотическое для психиатрии слово «доказано». О каких доказательствах может идти речь? Существует лишь один способ доказательства (не менее объективный, чем в других науках). Это доказательство с помощью *логики* – науки о законах правильного мышления, или науки о законах, которым подчиняется правильное мышление.

«Подобно тому, как этика указывает законы, которым должна подчиняться наша жизнь, чтобы быть добродетельной, и грамматика указывает правила, которым должна подчиняться речь, чтобы быть правильной, так логика указывает нам правила, законы или нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным», – писал известный русский логик Г. И. Челпанов. По мнению английского философа Д. Милля, польза логики главным образом отрицательная – ее задача заключается в том, чтобы предостеречь от возможных ошибок.

Если диагност пытается доказать наличие у человека бреда (т. е. ложных умозаключений), он должен иметь не ложные, но верные и обладать способом их доказательств. Рассмотрим это положение на следующем примере. Мужчина убежден в том, что жена ему изменяет, и свое убеждение «доказывает» следующим умозаключением: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что я застал ее в постели с другим мужчиной». Можем ли мы признать подобное доказательство истинным, а такого человека психически здоровым? В подавляющем большинстве случаев обыватель и почти каждый клиницист признают, что он здоров. Представим, что тот же мужчина приводил бы иные «доказательства», к примеру, такие: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что она в последнее время стала использовать излишне яркую косметику», или «...потому что она уже месяц отказывается от интимной близости», или «...потому что она вставила новые зубы» и т. д. Какое из «доказательств» можно признать истинным? На основании здравого смысла подавляющее большинство людей укажет, что все, кроме последнего, явно недоказательны. Но найдутся и те, которые с определенной долей вероятности могут согласиться, к примеру, со вторым «доказательством», признают менее вероятным (но все же вероятным) первое «доказательство».

Для того чтобы разрешить эту типичную для диагностики задачу, необходимо, наряду с *критерием доказанности* (достоверности), ввести еще один критерий из области логики – *критерий вероятности*. По определению, вероятность, выражаемая единицей (1), есть достоверность. Для того чтобы показать, каким образом определяется степень вероятности наступления какого-либо события, возьмем широко известный пример. Предположим, перед нами находится ящик с белыми и черными шарами, и мы опускаем руку, чтобы вынуть оттуда какой-

нибудь шар. Спрашивается, какова степень вероятности того, что мы вынем белый шар. Для того чтобы определить это, мы сосчитаем число шаров белых и черных. Предположим, что число белых равняется 3, а число черных – 1; тогда вероятность, что мы вынем белый шар, будет равняться $3/4$, т. е. из 4 случаев мы имеем право рассчитывать на три благоприятных и один неблагоприятный. Вероятность, с которой у нас в руке окажется черный шар, будет выражаться $1/4$, т. е. из четырех случаев можно рассчитывать только на один благоприятный. Если в ящике находится четыре белых шара, то вероятность, что будет вынут белый шар, будет выражаться числом $4/4=1$.

Для анализа случая с идеями ревности, приведенного выше, необходимо знание и такого логического феномена, как аналогия. **Аналогией** называется умозаключение, в котором из сходства двух свойств в известном их количестве мы делаем вывод о сходстве и других характеристик (Г. И. Челпанов). Например, следующее умозаключение может быть названо умозаключением по аналогии: «Марс похож на Землю в части своих свойств: Марс обладает атмосферой с облаками и туманами, сходными с земными, Марс имеет моря, отличающиеся от суши зеленоватым цветом, и полярные страны, покрытые снегом, – отсюда можно сделать заключение, что Марс похож на Землю и в других свойствах, например, что он подобно Земле обитаем».

Основываясь на законах логики, понятиях вероятности, достоверности и феномене умозаключения по аналогии, можно проанализировать диагностический случай с мужчиной, утверждающим, что жена ему неверна. Таким образом, для научного анализа существенным будет не нелепость «доказательства» (к примеру, «изменяет, потому что вставила новые зубы»), а распределение этим человеком спектра вероятности правильности его умозаключения о неверности жены на основании того или иного факта. Естественно, что объективно подсчитать вероятность того, что новые зубы указывают на то, что жена изменяет, невозможно, однако в силу микросоциальных традиций, культуральных особенностей и других параметров можно говорить о том, что это маловероятно. Если же обследуемый наделяет подобный факт качествами достоверности, то можно предполагать, что его мышление действует уже не по законам логики, и на этом основании предположить наличие психопатологического синдрома – бреда.

То же самое можно предположить, если бы в качестве доказательства собственной правоты он приводил бы чей-либо конкретный пример, поскольку известно, что заключение по аналогии не может дать ничего, кроме вероятности. При этом степень вероятности умозаключения по аналогии зависит от трех обстоятельств: 1) количества усматриваемых сходств; 2) количества известных несходств между ними и 3) объема знания о сравниваемых вещах.

Доказательство наличия психического расстройства согласно принципу Курта Шнайдера базируется на «двух логиках»: оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и логике доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. В области клинической психиатрии это выглядит так: тезис – обследуемый психически болен, аргумент (аргументы) – к примеру, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства – доказываемся, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев высказывания пациента мы можем расценивать как бредовые и т. д.

Еще одним принципом, которому следует научная диагностическая доктрина, является **принцип «презумпции психической нормальности (здоровья)»**. Суть его заключается в том, что никто не может быть признан психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. В соответствии с этим принципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Основными принципами диагностики, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать **феноменологические принципы**. В сфере диагностики

психических расстройств феноменологический переворот совершил в начале XX века известный немецкий психиатр и психолог Карл Ясперс. Базируясь на философской концепции феноменологической философии и психологии Гуссерля, он предложил принципиально новый подход к анализу психиатрических симптомов и синдромов.

В основе феноменологического подхода в психиатрии лежит понятие «**феномена**». *Феноменом* можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание. Субъект-объектное противостояние, по мнению А. А. Ткаченко, К. Ясперс считал первичным и «никогда не устранимым» феноменом, в связи с чем он противопоставлял сознание окружающего, предметное сознание сознанию своего Я, самосознанию. В соответствии с таким разделением становилось возможным описывать сначала саму по себе аномальную реальность, а затем переходить к формам изменения самосознания. Неразделенность этих составляющих в переживании была обозначена К. Ясперсом как совокупность отношений, расчленение которой оправдано только необходимостью соответствующих описаний. Эта совокупность отношений основывается на характере переживания пространства и времени, своего телесного осознания, сознания реальности. Для К. Ясперса феноменология являлась эмпирическим актом, образующимся благодаря сообщениям больных. Именно поэтому он так высоко ценил подробные расширенные истории болезни (особенно в сравнении с временами Пинеля, когда история болезни могла занимать объем не более страницы), позволяющие глубже проникнуть во внутренний мир больного. Это стало закономерным следствием предпочтения индивидуальному методу с его выделением общего за счет индивидуального и специфического метода феноменологического, сохраняющего в своих понятиях структуру реального многообразия признаков (Ю. С. Савенко). В основных чертах этот метод явился следованием дескриптивному методу Гуссерля. Было очевидно, что подобный психологический метод явно отличается от естественнаучных описаний, поскольку предмет в данном случае не предстает сам по себе перед нашим взором чувственно, опыт является лишь представлением. В предлагаемом К. Ясперсом методе описание требовало, кроме систематических категорий, удачных формулировок и контрастирующих сравнений, выявления родства феноменов, порядка их следования или их появления и имело своей задачей наглядно представлять психические состояния, переживаемые больными, рассматривать их родственные соотношения, как можно более строго ограничивать их, различать и определять их во времени. Поскольку мы не в состоянии непосредственно воспринимать чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению К. Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании, понимании, достижимых посредством перечисления ряда внешних признаков психического состояния и условий, при которых оно возникает, чувственного наглядного сравнения и символизации посредством разновидности суггестивного изображения. Именно поэтому К. Ясперс отводил такую роль самоописаниям больных, а также развернутым историям болезни, где необходимо давать отчет о каждом психическом феномене, о каждом переживании, не ограничиваясь общим впечатлением и отдельными, специально выбранными деталями.

Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (к примеру, психоаналитического), использует *принципы понимающей, а не объясняющей психологии*. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальной психиатрии) однозначно. За одним и тем же переживанием может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. *Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний и поступков*. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. Если в рамках ортодоксальной психиатрии вопрос нормы-патологии трактуется произвольно на базе соотнесения собственного понимания истоков поведения человека с нормами общества, в котором тот проживает, то при использовании феноменологического подхода существенное значение для диагностики имеют субъективные переживания

и их трактовки самим человеком (то, что представители первого направления обозначили бы как «психологизаторство»). Диагност же следит лишь за логичностью этих объяснений, а не трактует их самостоятельно в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов.

Использование феноменологического метода в диагностическом процессе, по Ю. С. Савенко, должно включать восемь применяемых последовательно и описанных ниже принципов:

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины и длительное пестование для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.

2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное – к предмету постижения: стремление понять его в его самоданности, каков он есть.

3. Боязнь не то что навязать, даже привнести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а – забыв себя, отрешившись от всех пристрастий – войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему, и, таким образом, не построить, а обнаружить, т. е. адекватно понять, постичь. Этому служит процедура феноменологической редукции, или «эпохе» (греч. «воздержание от суждения»), представляющая последовательное, слой за слоем, «заклучение в скобки», т. е. «очищение» от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, сколь бы очевидными они ни были. Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте. Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в «жизненный мир», т. е. к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первозданную природу вещей.

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность – помеха. Вплоть до ведения самой беседы в случае первой встречи с психически больным. Нередко продуктивнее смотреть и слушать со стороны беседу коллеги с больным.

5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее на его «горизонте», т. е. не только на моменте непосредственного восприятия, но и на всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, т. е. на предмете, взятом во всем его смысловом поле.

6. Далее следует процедура «свободной вариации в воображении», в которой совершается абсолютно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и т. д. Задача – уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной «кристаллизации» его формы. Это и есть «категориальное созерцание» (в отличие от чувственного) или «эйдетическая интуиция».

7. И, наконец, описание. По словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи с частой уникальностью описываемого используется описание через отрица-

ние, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Необходимо взыскательное отношение к выбору лексики и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика – позднейшее дополнение феноменологического метода – фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Для приближения теории феноменологической психологии к повседневной диагностической практике в психиатрии выделим и прокомментируем четыре основных ее принципа.

Принцип понимания, как уже упоминалось выше, используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас, сторонних наблюдателей, поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и действия. В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Продолжим начатый выше анализ случая с идеями ревности. Если для ортодоксального психиатра базой для диагностики бреда ревности будет выступать «нелепый характер высказываний и умозаключений больного» («жена изменяет, потому что вставила новые зубы»), то для феноменологически ориентированного диагноста существенным, наряду с другими параметрами, будет анализ понимания человеком сути измены, того, что тот вкладывает в понятие измены. Ведь под этим термином может скрываться целый спектр толкований: измена – это интимная близость, это – флирт, это – нахождение с другим человеком наедине, это – поцелуй, это – любовное чувство и т. д. Следовательно, без оценки субъективного смысла «измены» невозможно говорить о генезе «ложной» убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживаний человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

Обратимся к убедительным размышлениям по конкретному случаю одного из основоположников феноменологического подхода Людвиг Бинсвангера. Он писал: «Если вы спросите больного, слышит ли он голоса, а он вам заявит на это, что голосов он не слышит, но «по ночам открыты залы обращений», которые он «охотно бы позволил», то вы можете обратить внимание на точный текст этого предложения и высказать свое суждение об этом, т. е. что речь идет о причудливой или странной манере говорить, и вы можете даже положить это суждение в основу вывода о том, что больной страдает шизофренией». Это, по мнению Л. Бинсвангера, не отражает феноменологического подхода. Ведь «всякое феноменологическое рассмотрение психопатологического явления вместо того, чтобы заниматься разделением психопатологических функций по видам и родам, прежде всего должно быть направлено на существо личности больного, которое представляется нам в его мировоззрении. Конечно, мы можем представить себе весьма наглядно также и отдельные феномены, как, например, переживание «зала обращений» – сначала чувственно-конкретно, затем также более или менее категориально-абстрактным образом, но личность, которая имеет это переживание, всегда сопридана как конкретному феномену, так и абстрактному содержанию существа его, и «между феноменом и личностью можно наблюдать точно фиксируемые всеобщие сущностные взаимосвязи».

Принцип понимания позволяет нам отделять психологические феномены от психопатологических симптомов, а в некоторых случаях и постараться их противопоставить терминологически. Один и тот же феномен после акта понимания, вчувствования может быть нами назван либо аутизмом или интраверсией, либо резонерством или демагогией, либо амбивалентностью или нерешительностью и т. д.

Следующим феноменологическим принципом является **принцип «эпохе»**, или **принцип воздержания от суждения**. В диагностическом плане его можно было бы модифициро-

вать в *принцип воздержания от преждевременного суждения*. Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует указать, что вчувствование не означает полного принятия переживаний человека и исключения анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствование может обернуться субъективностью и так же, как в ортодоксальной психиатрии, привести к неправильным выводам. Примером подобной крайности может служить высказывание Рюмке о «чувстве шизофрении», на основании которого рекомендуется постановка этого диагноза.

Два следующих принципа феноменологического подхода к диагностике могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания**, а также **принцип контекстуальности**. *Принцип беспристрастности* и точности описания клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. *Точность описания* требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого человека. Особенно важным в описании становится *контекстуальность* наблюдаемого феномена, т. е. его описание в контексте времени и пространства – создание своеобразных «фигуры и фона». *Принцип контекстуальности* подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена. Психиатрические истории болезни изобилуют выражениями типа: «у больного печальное, скорбное выражение лица», «пациент ведет себя неадекватно, груб с медицинским персоналом, гневлив», «больной переоценивает свои способности». Они приводятся врачом зачастую в качестве «доказательства» наличия психопатологической симптоматики, дезадаптивных, болезненных проявлений. Однако эти обоснования теряют вес в связи с тем, что приводятся изолированно, вне контекста ситуации, вызвавшей психические феномены. Печальное, скорбное выражение лица в палате психиатрической лечебницы может быть расценено как нормальная реакция человека на госпитализацию, а печальное, скорбное выражение лица при встрече после разлуки с любимым человеком несет иную смысловую нагрузку. Грубость человека при любезном с ним обращении в рядовой ситуации по крайней мере неадекватна, а грубость пациента, насильственно помещаемого санитарями в психиатрический стационар, может быть вполне адекватной. Анализ переоценки испытуемым собственных способностей нуждается в экспериментальном и документальном подтверждении, в противном случае возникает законный вопрос: «А судьи кто?» Нередки в традиционных историях болезни и преувеличения (сверхообобщения), которые могут приводить к недоразумениям при их интерпретации. К примеру, высказывание «Больной Ч. постоянно, где бы ни находился, теребил свои половые органы» вызывает сомнение в истинности и точности наблюдения. Налицо неудачный художественно-литературный прием, который может привести к неправильному диагностическому анализу психического состояния пациента. В этом отношении показательным является пример, приводившийся психиатром Рюмке, с таким психологическим феноменом, как плач. Охарактеризовать и описать его как будто бы несложно, но без реального контекста описание теряет смысл. Можно описать плач как раздражение слезных желез, как признак слабости («ты слишком большой, чтобы плакать»), как реакцию на несчастье или на счастливое событие («слезы радости»). И каждый раз эффект-понимание может оказаться разным. В феноменологии должен существовать не плач сам по себе, а «плач, потому что...».

Показателен пример с традиционным для психиатрии доказательством отсутствия астенического синдрома. Как правило, психиатр-диагност противопоставляет «ипохондрическим»

жалобам пациента на быструю утомляемость такое обоснование, как «астении нет, поскольку тот два часа беседовал, врач уже утомился, а он свеж и бодр и мог бы проговорить еще столько же времени». С точки зрения феноменологического подхода упускается из виду масса параметров, которые могли бы быть существенными для иного понимания этого феномена. Например, больной мог быть заинтересован в разговоре, слушателе, т. е. астеническая утомляемость блокировалась подкрепленной положительными эмоциями мотивацией.

Существенна также историко-культуральная контекстуальность. Диагностическая оценка убежденности в факте энергетического вампиризма, экстрасенсорного воздействия невозможна без культурологического контекста. Вне его она теряет смысл.

1.2. Диагностические принципы-альтернативы

В целях преодоления естественных трудностей, стоящих на пути диагностического процесса, разработан набор принципов-альтернатив. В его основании заложен постулат феноменологического подхода в психиатрии: *каждое целостное индивидуальное психическое переживание человека (феномен) должно рассматриваться как многозначное, позволяющее понимать и объяснять его как в категориях психопатологических, так и психологических*. Практически не существует психических переживаний человека, которые могут быть однозначно и априорно причислены к рангу симптомов, так же как и признанными абсолютно адекватными.

Можно выделить несколько подобных принципов-альтернатив: *болезнь – личность, нозос – патос, реакция – состояние – развитие, психотическое – непсихотическое, экзогенное – эндогенное – психогенное, дефект – выздоровление – хронификация, адаптация – дезадаптация, негативное – позитивное, компенсация – декомпенсация, фаза – приступ – эпизод, ремиссия – рецидив – интермиссия, тотальность – парциальность, типичность – атипичность, патогенное – патопластическое, симуляция – диссимуляция – агравация*.

Перечисленные принципы-альтернативы способствуют обоснованию многомерного подхода к оценке психического состояния человека взамен примитивной одномерной оценки в координатах больной – здоровый (нормальный – ненормальный). К примеру, пациент, перенесший приступ шизофрении, в одномерной системе координат должен быть признан либо больным, либо здоровым. Но на практике сам вопрос не может быть поставлен столь однозначно. В многомерной системе координат оценка состояния пациента, перенесшего шизофренический приступ, будет складываться из иных категорий. Состояние «отсутствия активных симптомов шизофрении» может быть обозначено как одна из альтернативных характеристик «дефект— выздоровление – хронификация», «ремиссия – рецидив – интермиссия», «адаптация – дезадаптация», «компенсация – декомпенсация» и «позитивное – негативное».

Можно ли назвать дефект здоровьем, или его вернее отнести к болезненным проявлениям? Для диагноста так вопрос не формулируется, поскольку он не может иметь однозначного ответа. Дефект и есть дефект. Так же как и, впрочем, иные вышеперечисленные параметры, например, негативная симптоматика.

Далее будут приведены наиболее известные диагностические принципы-альтернативы и проанализированы клинические параметры, позволяющие производить выбор одного из альтернативных критериев оценки психической деятельности.

Болезнь – личность

Принцип «болезнь – личность» является основополагающим в диагностическом феноменологически ориентированном процессе. Он предопределяет подход к любому психологическому феномену с двух альтернативных сторон: либо наблюдаемый феномен является психопатологическим симптомом (признаком психической болезни), либо он является признаком личностных особенностей, например, мировоззрения человека, традиционного для его этноса, культурной или религиозной группы стереотипом поведения.

Особенно ярко альтернатива «болезнь – личность» может быть продемонстрирована на примере такого феномена, как убежденность в чем-либо, которую можно представить в виде альтернативы «бред – мировоззрение», «бред – суеверие». Как известно, бред – это ложное умозаключение, не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе. Однако столь распространенное определение бреда наталкивается на серьезные сложности при проведении дифференциации между бредом и иными идеями, суждениями, умозаключениями, не поддающимися коррекции. Например, религиозная идея в представлении атеиста может

быть признана ложной и не поддающейся коррекции, т. е. атеисту не разубедить верующего. Следует ли из этого факта, что вера – это бред? Критерий болезненной основы в данном случае ничего не дает для дифференциации, поскольку непонятно, как определить болезненную основу, если еще не произведен диагностический поиск, не выяснено, имеются ли симптомы болезни. С другой стороны, близкой по значению к вышеприведенному определению следует признать дефиницию мировоззрения. *Мировоззрение* – система принципов, взглядов, ценностей, идеалов и убеждений, определяющих направление деятельности и отношение к деятельности отдельного человека, социальной группы или общества в целом. Где же граница между религиозным убеждением как мировоззренческой системой и бредовыми идеями?

Современная психиатрия, пытаясь обойти подобный риф на пути диагностики, ввела новое определение бреда. *Бред* – это ложная, непоколебимая уверенность в чем-либо, несмотря на несомненные и очевидные доказательства и свидетельства противного, если эта уверенность не присуща другим членам данной культуры или субкультуры. Наиболее существенным в данном определении является не традиционная оценка бреда как ложного умозаключения, а указание на значимость этнокультурального анализа. Следовательно, как болезненная подобная уверенность будет оцениваться только в случае неопровержимых доказательств обратного (что практически невозможно – какие факты, к примеру, необходимы для убеждения человека с идеями ревности: свидетельства очевидцев? чистосердечное признание?), либо тогда, когда для микросоциальной среды, выходцем из которой является обследуемый, подобное убеждение чуждо.

Особенно сложным является дифференциация в рамках альтернативы «*бред – суеверие*». Основным опорным пунктом в данном случае также должен стать этнокультуральный подход. Если конкретное суеверие типично для данного микросоциума, то убежденность не может явиться основой для диагностики психопатологического симптома. Необходимо будет искать иные психические феномены и доказывать их психопатологический характер. Таким образом, для того чтобы с высокой вероятностью отнести убежденность в чем-либо к бредовым идеям, необходимо оценить ее (убежденность) как уникальное и субъективное явление, не находящее аналогов в субкультуре анализируемого человека. К примеру, убежденность человека в том, что его плохое самочувствие связано с «наведением порчи», чаще трактуется в нашей культуральной среде на настоящем историческом этапе как суеверие, а не как симптом, поскольку убеждение в способности «наводить порчу, сглаз» является достаточно типичной мировоззренческой установкой. В то же время убежденность человека в том, что сходное плохое самочувствие и даже болезнь обусловлены тем, что на улице мимо него проехали три машины красного цвета, невозможно обосновать традиционными верованиями, и вследствие этого высоковероятной является оценка их с психопатологических позиций.

Несколько десятилетий назад убежденность человека в том, что он находится под воздействием «энергетических вампиров», была бы истолкована психиатрами как бредовая, сегодня она чаще всего трактуется как мировоззренческая установка. К явлениям того же ряда можно отнести идеи контактов с иноземными цивилизациями, зомбирование и пр. Сложной остается и дифференциация символизма как способа творческого мышления и символизма как симптома.

В качестве яркого примера принципа-альтернативы «болезнь – личность» может быть представлено следующее наблюдение, в котором рассматривается феномен восприятия зрительного изображения.

Больная Г., 70 лет, пенсионерка. В психиатрический стационар поступает впервые в жизни с жалобами на мучающие ее видения «необычных зверей», человеческих голов, страх. На госпитализацию идет по собственному желанию с целью избавления от надоевших «видений». Психически больной себя не считает.

Из анамнеза. Родилась под Киевом, родители работали в совхозе: отец бухгалтером, мать рабочей. В семье было пятеро детей, младший брат умер вскоре после рождения, Г. – младшая из четырех сестер. Сестры в настоящее время проживают на Украине. В детстве переболела коклюшем, пневмонией. Окончила 7 классов, училась хорошо, но была вынуждена бросить учебу из-за тяжелой болезни матери (травма позвоночника). Была учеником счетовода, потом работала счетоводом в совхозе. Родители умерли до войны, сначала мать, затем от рака поджелудочной железы отец. Во время войны была призвана в армию. В 1944 г. после ухода войск на Запад служила в Киевской области связисткой. После войны уехала в г. Черновцы к сестре, работала в сберкассе. В Казань приехала в 1946 г. В 1947 г. в возрасте 26 лет вышла замуж. Муж был старше нее на 9 лет. О своих отношениях с мужем говорит: «всякое было», «когда замуж выходила, любила, наверное», «потом муж стал пить, я часто болела, бывало и спорили». Родилась дочь, которая умерла в 6-месячном возрасте от диспепсии. «Я переживала, конечно, плакала, но что же делать, мертвого не поднимешь, куда деваться, надо жить». Хотела еще иметь детей, но после родов было приращение плаценты, эндометрит, затем бесплодие. Рассказывает, что муж очень любил детей, часто приводил соседских ребятишек домой, играл, катал на машине. Она к этому относилась спокойно, в играх не участвовала. Никогда не думала о том, чтобы усыновить ребенка, не позволило здоровье и отношения в семье. Хозяйство всегда вела сама, когда начала болеть (бронхиальная астма), не могла ухаживать за мужем, трудно было делать все самой, муж пил. Предлагала ему жениться или привести к себе в комнату женщину, чтобы было кому за ним ухаживать, на что муж однозначно ответил, что много лет они прожили вместе, и сейчас он так непорядочно поступить не может. Семейной жизнью была удовлетворена не вполне. После смерти мужа осталась одна, много болела. Никогда не думала о том, чтобы создать новую семью, «не позволяло здоровье». В Казани 20 лет работала на швейной фабрике. Говорит, что часто с подругами ходила в кино, театр, ездила в лес. Под окном дома был участок 5 соток, работала на нем, выращивала помидоры, огурцы. Сейчас участок отдала, т. к. не справляется, оставила немного земли, сажает там цветы. Говорит, что раньше была веселой, много смеялась. Были подруги – дружила с женщинами во дворе, отношения были хорошие, но откровенничать не любила: «в жизни всякое бывает», а «жаловаться не люблю – еще осудят», «надеялась только на себя», «хорошего в жизни не было, а о плохом что говорить». На работе отношения с сотрудниками были нормальными, близких подруг там не заводила, особенно когда работала в сберкассе: работа связана с деньгами, поэтому никому не доверяла. Хорошо делала свое дело, замечаний никогда не было. Говорит, что колебания настроения появились давно. В последние годы настроение часто было плохим, особенно после смерти мужа. Когда осталась совсем одна, много болела. «Больная куда пойдешь? Только мешать людям». «Все с мужьями, дети есть, а я кругом одна». Есть несколько подруг, иногда ходит к ним в гости. Общается с соседями во дворе. Хозяйство ведет сама, помогают соседи (принести воды, в магазин сходить, сделать укол, вызвать «скорую помощь»). Приходит медсестра по социальной помощи.

В Бога верила всю жизнь: «Не знаю, передалось ли это от родителей, это всегда со мной. Людям не показывала – в душе помолишься». В церковь не ходила: «Раньше церкви были разрушены, сейчас тяжело физически». Дома

икон не было, «недавно купила одну новую, старых нет». Говорит, что верила в «воздействие Кашпировского, Чумака». За сеансами следили всем двором. Вначале верили, но, когда никому из близких не помогло, вера прошла. Статью об экстрасенсе Дубицком читали все вместе, но соседи отнеслись к ней с недоверием или «боялись вызвать призрак»: «Он колдун, дьявол». Говорили: «Ты что, с ума сошла?», «но угораздило меня попробовать». Жалеет, что не смогла получить образование, говорит, что очень хотела учиться, работать «повыше», кем, где, значения не имело. Имеет инвалидность (II гр. по поводу бронхиальной астмы). Отмечалась травма позвоночника, в связи с этим была установлена инвалидность I гр., частые приступы гипертонической болезни (АД до 240/170 мм рт. ст.), сопровождающиеся сильной тошнотой, рвотой, головной болью. Увеличение щитовидной железы II степени, страдает также холецистопанкреатитом, сахарным диабетом компенсированной формы. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Психические расстройства возникли за 4 мес. до обращения к психиатрам и госпитализации в психиатрическую больницу. После прочтения в газете «Труд» заметки «Призрак спешит на зов» у Г. резко изменилось психическое состояние. В публикации рассказывалось об экстрасенсе Евгении Дубицком, чей энергетический двойник «по воле реципиента можно вызывать на дом для лечения». Экстрасенсом описывалась методика подобного вызова: «А вызвать энергетический фантом можно так: мысленно произнести слова: «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». Представить, что я пришел, и поздороваться. Потом попросить помочь. Все это мысленно. Больной, к которому меня вызывают, должен лечь или поудобнее устроиться в кресле и расслабиться. В комнате никого постороннего быть не должно. Через полчаса так же мысленно надо попрощаться, сказать: «Большое спасибо, до свидания». В публикации экстрасенс обещал излечить любую болезнь. Пациентка Г. выполнила инструкцию, решив избавиться от соматических недугов. Об этом эпизоде рассказала так: «В первый раз ко мне явился врач в белом халате, при этом комната расширилась, двери переместились. Лица он не показал, стоял только спиной или боком, разговаривая с кем-то о том, что помочь этой больной он не сможет». Слов она не слышала, но поняла, что разговор идет о ней. После этого по стенам, по потолку стал «бегать глаз». Считает, что это был глаз Дубицкого, она мысленно с ним разговаривала, ощущала на себе его воздействие, «как будто рентгеновский луч или очень яркий солнечный зайчик». При этом появилась боль и тяжесть в глазах. Все события происходили в вечернее и ночное время. В это время Г. лежала на кровати с закрытыми глазами, однако образы «видела в комнате». Через 2 нед. после этого случая больная стала видеть, как на стенах и потолке комнаты «появляются и двигаются портреты людей, которые к вечеру превращаются в страшных, фантастических зверей, при этом вытягиваются носы, вырастает шерсть». «Звери кружатся по комнате, залезают ко мне под одеяло, ложатся в постель, постоянно изменяются, принимают разные облики». Каждый вечер больная мучительно не могла заснуть под влиянием этих видений. Говорит, что они очень реальны, окружают ее везде: «Был бы фотоаппарат, обязательно бы их сфотографировала». Видела их только при закрытых глазах. Интенсивность видений увеличивается к вечеру. Сам Дубицкий, по ее мнению, принимает разные облики: один раз он явился к ней в виде «огромного

трехметрового зверя» (полумедведя-полудракона), лег рядом на кровати, «стал задыхаться». Больная, забившись в угол кровати, долго смотрела, как он «испускает дух», и, не выдержав, в 2 часа ночи убежала к соседке ночевать, но двойник и звери преследовали ее и там. Больная отмечает, что первые 3–4 раза она «вызывала» Дубицкого по своему желанию, в дальнейшем он стал являться к ней самостоятельно. Она ложилась на кровать, закрывала глаза, мысленно произносила формулу вызова «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». На 3-м сеансе больная «увидела красивого молодого мужчину», завернутого во все черное, который сел перед ее кроватью и стал смотреть «пронзительным взглядом». Говорит, что в процессе развития болезни сначала к ней являлся двойник Дубицкого, затем стала видеть его глаз, который плавал по потолку и воздействовал на нее лучами. Затем глаз изменился, «я поняла, что это не его глаз, другой», что Дубицкий, обидевшись на нее за холодный прием его двойника (т. к. она не поздоровалась), «стал посылать ужасных зверей». Сейчас больная думает, что Дубицкий, возможно, умер, т. к. «уже давно перестала видеть глаз, через который он воздействовал на нее, однажды видела его двойника в виде чудовища, которое у нее на кровати задыхалось и умирало, и все звери, которых он насылал, тоже стали умирать», «плавали как мертвые». Видела яркое зарево в углу комнаты, глаза очень слепило, пыталась закрыться рукой, «но яркий свет проникал и через руку». В последние недели (до поступления в стационар) под влиянием «видений» больная спала по 3–4 часа в сутки, ждала, пока, совсем измученная, не уснет. Ела достаточно, но готовить боялась: «Руки как будто отрубает, нет желания ничего делать». Часто чувствовала неприятный запах, даже закрывала пол, чтобы не ощущать его. Голосов, комментариев не слышала, все происходило вокруг нее беззвучно. Обратилась к психиатру, «т. к. нет возможности все это больше терпеть», хочет вылечиться, избавиться от «видений». За день до поступления после беседы с врачом, который под ее давлением обещал связаться с Дубицким, решила, что в 20 ч. 30 мин. будет сеанс общения с экстрасенсом, который, «узнав от врача о ее новой болезни, попытается избавить ее от видений». В этот вечер ощутила гул в комнате, «как будто двигатель работал», «кровать стала шататься», а сама больная чувствовала «оцепенение, тяжесть во всем теле», «как свинцом всю залили». Казалось, что «стены дышат, переливаются волнами», «все вокруг в движении». В 23.00 в невключенном телевизоре появилась человеческая голова с множеством глаз на лбу, шее, волосах, из которых стали выползать младенцы и тут же превращаться в фантастических зверей, кружить по комнате. Больная отмечала, что, кроме невероятной тяжести, она ощутила сильное сердцебиение, пульс был очень частый. Думала, что поднимается давление. На следующий день была госпитализирована в психиатрическую больницу. Обращалась к психиатрам стационара с просьбой связаться «по своим каналам» с экстрасенсом Дубицким и попросить его прекратить воздействие.

Соматический статус. Больная пониженного питания (вес 41 кг, рост 150 см). Имеется выраженная деформация грудной клетки. Состояние больной удовлетворительное, иктеричность склер, кожных покровов. В легких много сухих рассеянных хрипов. Тоны сердца приглушенные, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт. ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастрии, в правой подреберной области. Печень увеличена на 2,5 см,

плотная, поверхность бугристая. Диагноз: бронхиальная астма инфекционно-аллергического генеза, гормонозависимая форма; желчекаменная болезнь; хронический холецистопанкреатит; сахарный диабет легкой степени, II тип, компенсированный.

Неврологический статус. Походка с легким пошатыванием. В позе Ромберга пошатывание, мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Нистагм в крайних отведениях (слева чуть хуже конвергенция). Хоботковый, сосательный рефлекс – с тенденцией к мышечной гипотонии. Рефлексы оживлены, с 2 сторон Якобсона – Ласка (S>D), грубый Маринеску – Радовичи с 2 сторон. Чувствительных расстройств нет. Заключение: цереброваскулярная болезнь с хронической сосудистой мозговой недостаточностью в форме двусторонней органической микроочаговой симптоматики.

Электроэнцефалография. Отмечаются легкие диффузные изменения с периодическими негрубыми пароксизмами волн диэнцефального характера.

Психический статус. На беседу к врачу больная приходит в основном по вызову. Двигательно спокойна, ориентирована правильно. Охотно беседует. Эмоционально, последовательно и подробно рассказывает о своих переживаниях. Мимика живая. В рассказе часто закрывает лицо руками, вытирает навернувшиеся слезы, беззвучно плачет. Говорит, что видит «разных страшных, лохматых зверей» вокруг себя в отделении, они «постоянно изменяются, рождаются новые», «сначала появляются человеческие младенцы из пасти зверя, они обрастают шерстью, вытягиваются», превращаются в «настоящих зверей, страшилищ». «Чудовища» кружат вокруг больной, бегают по полу, кровати, плавают в воздухе. «Зверей» видит разных – от совсем маленьких до трехметровых. Видит также «человеческие головы»: старика («колдун, наверное»), «ведьму лохматую, с горбатым носом», просто людей – мужчин, женщин, детей. Слов, звуков никаких не слышит, хотя видит, как они что-то говорят. Больная отмечает, что видит все при закрытых глазах, однако проецирует зрительные образы на то пространство, в котором находится. К примеру, на палату в больнице, на коридор. При закрытых глазах «видит» зверей на потолке, если лежит на спине, или на стене, если поворачивается в кровати на бок. Экстракампинной проекции никогда не отмечалось. Интенсивность видений усиливается к вечеру. При открытии глаз изображение зверей исчезает: «я их не вижу, но знаю, чувствую, что они здесь, вокруг меня», «куда же они денутся?» Прикосновений посторонних, невидимых существ больная до поступления в больницу не ощущала. Вспоминает, как однажды «огромный бегемот подошел к кровати и лег» на нее, при этом она никак не почувствовала его веса. В отделении стала ощущать покалывания в ногах: «наверное, звери кусают». Картина видений меняется в течение болезни: сначала видела «двойника экстрасенса Дубицкого», потом «его глаз», по стенам, потолку, «плавали портреты людей». Затем появились «фантастические звери». В процессе лечения звери стали «вялыми, часто плачут, съеживаются, плавают как мертвые». Раньше больная видела их черно-белыми, в больнице они ночами окрашиваются в голубой и морковно-красный цвет. В последние дни «они стали темными, расплывчатыми, как бы отодвинулись» от больной. Отмечает, что дома несколько раз видела, как «стены комнаты расширялись, двери передвигались», «стены были как живые, дышали, переливались». Чувствовала неприятный запах, исходящий из «пасти чудовищ» только при закрытых глазах. Свои переживания больная описывает

ярко, красочно. Понимает необычность своих ощущений, несколько месяцев «стеснялась» о них говорить, скрывала от соседей, окружающих свое состояние. Говорит, что боится «чудовищ», особенно страшно становится, когда они подходят близко, смотрят в глаза пронзительным взглядом, «пасть разинут и дышат на меня». Дома под влиянием этого не могла спать, спала по 3–4 ч. в сутки, несколько раз ночью убегала из дома к соседям. В больнице ведет себя спокойно: «Здесь мне не страшно, меня окружают люди, здесь они со мной ничего не сделают». Очень хочет избавиться от «видений», просит вылечить ее, но твердо уверена в том, что «зверей» на нее «наслал Дубицкий», просит «связаться с ним, пусть он меня полечит», ведь «он же лечит на расстоянии». Критика к своим высказываниям формальная. Иногда в процессе беседы соглашается, что, «возможно, это казалось». Часто использует выражение «видела видения», уточняя, что «видеть с закрытыми глазами вообще-то нельзя, но видения появляются в необычных условиях – под воздействием экстрасенса, тогда это возможно, раз так написано в газете». При обсуждении темы экстрасенсорики начинает плакать: «Вот ведь угораздило меня вызвать призрак, двойника экстрасенса». О своих дальнейших планах говорит, что больше «экспериментировать с призраками» не будет: «хватит, помучилась». Настроение больной неустойчивое, со склонностью к снижению. Бывает угнетена содержанием своих «видений». В отделении держится замкнуто, обособленно, в основном лежит в постели, редко читает газеты. С больными не общается: «Здесь такие тяжелые больные лечатся!» Пунктуально выполняет назначения врача, аккуратно пьет лекарства, контролируя медицинский персонал в правильности выполнения назначений. Ориентировка всех видов сохранена. Внимание привлекается достаточно. Память незначительно снижена на текущие события. Больная религиозна. Рассказывает, что долго, когда зверей становилось особенно много, пыталась читать молитвы, крестила их, но это не помогло. Верит в возможность положительного и отрицательного влияния экстрасенсов, в существование фантомов, привидений. В процессе терапии в течение 2–3 нед. (сонапакс, пропазин, амитриптилин, этаперазин) состояние больной улучшилось. Зрительные образы потеряли яркость. Больная отметила уменьшение частоты их появлений и изменение «настроения зверя» (от агрессивно-издевательского до пассивного и даже «умирающего»). Отмечалась корреляция между нормализацией эмоционального состояния пациентки, исчезновением страха и тревоги, восстановлением сна и характером галлюцинаторных образов.

Экспериментально-психологическое обследование. Беседует охотно, доброжелательно. Задания выполняет старательно, не утомляется при длительной работе. Механическое запоминание не нарушено, из 10 слов воспроизводит: 5–7–8–8–8, через 1 ч. – 3 слова. Умеренно нарушено опосредованное запоминание. Из 16 понятий вспомнила 5. По таблицам Шульте: 71–125–95–60 сек. В мышлении выявляются элементы разноплановости и субъективизма. Например, в методике классификации на втором этапе выделяет следующие группы: «предметы из дерева», «предметы из железа», «смешанная», «фруктовые», «домашнее питание», «цветы», «лесные звери», «травянистые, букашки», «домашние животные», «транспорт». В рисуночных тестах легкие признаки органического графического симптомокомплекса. Счетные операции выполняет без ошибок. Не справилась с наиболее сложными заданиями методики Коса. Данные

СМОЛ малодостоверны ($F = 83T$), код 69 (72–63T), (3–38T), что может указывать на аффективную ригидность, склонность к сверхценным идеям, обидчивость, упорство в достижении цели. В методике Розенцвейга резкое увеличение экстрапунитивных ответов, уменьшение интрапунитивных и импунитивных, а также препятственно-доминантных ответов. Показатель групповой конформности = 50 %. По тесту Люшера: первый выбор – 3 6 5 2 4 1 7 0, второй выбор – 3 5 6 4 2 1 7 0, что указывает на неудовлетворенность жизненной ситуацией и взаимоотношениями, повышенное внимание к физическому самочувствию, тревогу и беспокойство, вызванные неудовлетворительным жизненным положением, определяют попытки избавиться от них с помощью напряженной деятельности, направленной на поиск сочувствия и понимания.

Приведенный случай представляет интерес по нескольким причинам: во-первых, обращает на себя внимание атипичность расстройств восприятия, которые достаточно сложно классифицировать, во-вторых, неясна нозологическая принадлежность выявленных нарушений и, в-третьих, несомненно значим и необычен механизм взаимовлияния мировоззренческих установок пациентки в условиях атмосферы пропагандирования нетрадиционных экстрасенсорных способов терапии и психотического уровня психических нарушений.

Выявляющиеся у больной Г. психопатологические феномены можно оценивать в нескольких плоскостях. Либо в клинической картине заболевания присутствуют «галлюцинации при закрытых глазах» или «галлюцинации внушенные», либо эти расстройства неверно трактовать как галлюцинации, а следует признать, что это – сенсориализованные, визуализированные представления, так называемые «галлюцинации воображения» Дюпре. Своеобразие приведенного случая заключается в доминировании психотического (по степени дезорганизации деятельности) синдрома – зрительных феноменов (галлюциноза?), возникшего вслед за психическим (эмоционально значимым) воздействием информации об экстрасенсорике. В литературе существуют указания на сходные феномены, например, «мнимовосприятия» умерших людей, однако подобные расстройства, как правило, носят нестойкий характер, и зрительные образы воспринимаются при открытых глазах и при сохранении критического отношения к ним. До настоящего времени дискутируется вопрос о психогенных галлюцинозах, и большинство авторов отрицают подобный механизм психогенеза. Своеобразием случая больной Г. является и характер психических нарушений. Ядром их служат зрительные образы, возникающие только при закрытых глазах, несущие ощущение «сделанности» (прошедшие путь от произвольных до непроизвольных), имеющие экстрапроекцию и не сопровождающиеся критическим отношением больной («псевдогаллюцинации при закрытых глазах» по терминологии М. И. Рыбальского). Зрительные образы оказывают влияние на поведение больной и ее интерпретацию ситуации, которая носит неадекватный характер. В эмоциональной сфере у больной выявляется выраженный тревожно-депрессивный синдром, взаимосвязь которого со зрительными образами имеет двоякую направленность (от аффективной обусловленности и ожидания галлюцинаций до эмоциональной реакции на их появление).

Наиболее трудным для диагностической оценки является ассоциативный процесс, в частности, убежденность больной в воздействии на нее экстрасенсорным способом (по клиническим параметрам сходная с синдромом Кандинского – Клерамбо). Однако этот критерий на настоящем этапе развития общества не может считаться убедительным для диагностического процесса в психиатрии. Социологические исследования указывают, что 42 % населения «верят в возможность передавать и принимать мысли на расстоянии».

Как показывают экспериментально-психологические исследования, с одной стороны, нет оснований говорить о шизофренических нарушениях мышления больной, с другой – не отмечается выраженных ассоциативных расстройств органического типа. Неадекватность оценки

происходящего затрагивает лишь узкую, субъективно значимую (в большей степени мировоззренческую) сторону жизни больной – представления о возможности излечения болезней на расстоянии с помощью экстрасенсорного воздействия. Рассмотрение приведенного случая с традиционных для психиатрии клинических позиций наталкивается на ряд непреодолимых преград, не позволяющих достоверно квалифицировать синдромологию наблюдаемой картины.

Анализ клинической картины позволяет предполагать, что случай с пациенткой Г. отражает редкое (но, возможно, имеющее большие перспективы к распространению) психическое состояние, генез которого, возможно, кроется в психотерапевтическом воздействии мистической информации при экспансии мифологического мышления в обществе.

Нозос – патос

Принцип-альтернатива «нозос – патос» позволяет трактовать любой психопатологический феномен в системе координат, использующей понятия болезни (нозос) и патологии (патос). Под первым в психиатрии подразумевают болезненный процесс, динамическое, текущее образование; под вторым – патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или пороков, отклонение развития.

Наблюдаемый диагнозом психопатологический феномен в соответствии с этим принципом должен трактоваться либо как имеющий нозологическую специфичность с болезненным механизмом возникновения и развития, обладающий тенденцией к изменениям, прогрессивности, эволюции или регрессу; либо как патологическое образование, не склонное к каким-то существенным трансформациям, не имеющее этиологических факторов и патогенетических механизмов в медицинском смысле этих терминов, а также обладающее свойствами устойчивости, резистентности, стабильности.

Нозос и патос являются крайними (патологическими) вариантами различных по своей сути процессов или спектров. Так, нозос располагается в спектре «здоровье – болезнь», а патос в спектре «норма – патология». При этом в рамках каждого из них разнятся составные части спектра (рисунок 1).

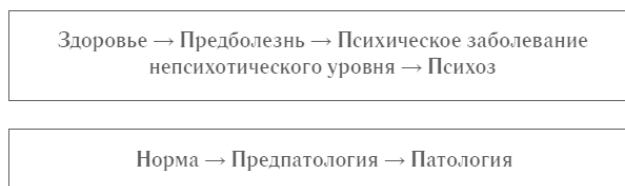


Рисунок 1. Динамика нозоса и патоса в психиатрии

Приведенные спектры отличаются друг от друга как отдельными этапами, так и характером взаимоотношений между ними. По мнению Ю. С. Савенко, спектр «норма – патология» носит характер континуума, наблюдаются плавные переходы от одного состояния к другому. В то время как спектр «здоровье – болезнь» не является континуумом и можно отметить ступенеобразность переходов. Вследствие этого, с позиции феноменологического подхода, переход между непсихотическим и психотическим этапами носит качественный (скачкообразный) характер, вследствие чего «вчувствоваться в психоз» невозможно.

Два приведенных спектра отражают современные представления о характере взаимосвязи нормы и здоровья. Понятие здоровой деятельности, здорового самочувствия, здорового поведения значительно шире, богаче и разнообразнее, чем понятие нормального. **Здоровье** определяется как состояние полного физического, умственного и социального благополучия

и основывается на субъективном ощущении здоровья, вследствие чего его диапазон расширяется. **Норма** же в медицине определяется как оптимум функционирования и развития организма и личности, оценка которого требует объективного (насколько это возможно) и сравнительного подходов. По данным некоторых исследователей-психиатров, норма составляет лишь одну треть здоровья. Условно это соотношение можно определить так: человек признается здоровым, но «ненормальным», т. е. субъективно он не испытывает никаких болезненных проявлений, отмечает комфортность собственного самочувствия (полное благополучие), но при этом объективно отмечается отклонение от оптимума функционирования. В соматической медицине проблема болезнь – патология не стоит столь остро, как в психиатрии, где оценка состояния пациента имеет социально значимое звучание.

К **нозосу** относят болезненные процессы и состояния, такие как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, инволюционные, сосудистые, инфекционные и иные психозы; к **патосу** – в первую очередь, расстройства личности, дефектные состояния, аномалии развития.

Реакция – состояние – развитие

Альтернатива «реакция – состояние – развитие» является одной из важных при феноменологическом анализе психического состояния обследуемого. Она позволяет ввести в этот анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена или психопатологического симптома строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Этот принцип-альтернатива, так же как другие, позволяет использовать многомерный подход, что дает возможность корректно подойти к ответу на многие диагностические вопросы. К примеру, как можно оценить в традиционных общемедицинских категориях болезни – здоровья следующее наблюдение: у ребенка на фоне повышенной температуры, вызванной инфекционным заболеванием, возник впервые в жизни развернутый судорожный припадок, который впоследствии в течение полугода не повторялся. Позволительно ли назвать состояние ребенка болезненным, диагностировать эпилепсию и ответить на вопрос, здоров он или болен, нуждается в назначении антиконвульсантов или не нуждается?

Подобная постановка вопроса при феноменологическом подходе некорректна, поскольку она носит характер контрастности, одномерности. Для правильного ответа на подобный вопрос необходим анализ в рамках принципа «реакция – состояние – развитие».

Психической **реакцией** в психиатрии называется кратковременный (не дольше 6 мес.) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим **состоянием** обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 мес.). Под психическим **развитием** понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействием гипертермии, и, следовательно, должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь в виду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципа-альтернативы «реакция – состояние – развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или иными психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невро-

тическое развитие личности), шизофрения, особенно в западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Психотическое – непсихотическое

Данное альтернативное разделение является традиционным для психиатрии и считается одним из основополагающих принципов, имеющих значение как для теории, так и для практики. Оно определяет тактику и стратегию психиатрического действия, диктует выбор методов терапии, обосновывает применение тех или иных профилактических и реабилитационных мероприятий.

Принцип «психотическое – непсихотическое» оценивает такой психический параметр, как уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. В соматической медицине подобный критерий отсутствует, поскольку отсутствует необходимость оценки социально значимых сторон деятельности человека. Присутствует лишь параметр тяжести болезни, вероятности летального исхода или хронификации и инвалидизации. В психиатрии тяжесть расстройств может быть проанализирована двояко. С одной стороны, ее можно оценить с позиции представления о психическом здоровье – состоянии полного физического и душевного комфорта и благополучия, и тогда тяжесть расстройства будет определяться субъективно. С другой стороны, ее можно определять с позиции представления о социально вредном воздействии, к которому может привести психическое заболевание (в крайнем выражении – угроза жизни окружающих и своей), что предопределяет сугубо «объективный» подход.

Реальная клиническая практика основывается на второй платформе. Вследствие этого психотический уровень расстройства психической деятельности во всех случаях оценивается как состояние более «тяжелое», чем непсихотический.

Психоз, по определению фон Фейхтершдебена, это психическое состояние, характеризующееся тяжелым нарушением психических функций, контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности обычно до асоциального поведения и грубым нарушением критики.

Под **непсихотическим** уровнем понимаются симптомы и синдромы, сопровождающиеся критикой, адекватной оценкой окружающей действительности, когда больной не смешивает собственные болезненные субъективные ощущения и фантазии с объективной реальностью, а поведение находится в рамках социально принятых норм.

Исходя из дефиниций уровней психических расстройств, к психотическому уровню причисляются такие симптомы и синдромы, как галлюцинации, бредовые идеи, расстройства сознания, ментизм, шперрунг, разорванность и бессвязность мышления, амбивалентность, аутизм и другие. К непсихотическому – астенический, фобический синдромы, расстройства внимания и пр. Однако и при оценке уровня психического расстройства, так же, как и в других случаях, необходим феноменологический подход, учитывающий принципы «понимания», «эпохе», «контекстуальности», поскольку подавляющее большинство психопатологических симптомов могут трактоваться альтернативно и при определенных условиях могут быть отнесены либо к психотическому, либо к непсихотическому уровню. Даже, казалось бы, однозначно психотический галлюцинаторный синдром может расцениваться как непсихотический, если будут отсутствовать критерии психотического: некритичность, грубая дезорганизация деятельности и контакта с реальной действительностью. В этом отношении показателен пример расстройств восприятия, сходных по клиническим проявлениям, но разнящихся параметром критики. Депрессивный синдром оценивается как психотический, как правило, на основании присоединения к нему кататимных бредовых идей (самообвинения, самоуничужения) и не поддающихся коррекции суицидальных намерений.

Особые сложности возникают при анализе уровня негативных психических расстройств (аутизма, абулии, деменции, изменений личности и некоторых иных). Связано это, с одной стороны, с малой теоретической разработанностью характера самосознания и полноты критичной оценки при них, с другой – их негативными психопатологическими свойствами. В связи с этими непреодолимыми на настоящем этапе развития психиатрии препятствиями было предложено, наряду с психотическим и непсихотическим уровнями психических расстройств, выделить третий уровень, условно обозначенный *дефицитарным* (В. Д. Менделевич). По нашему мнению, в него следует включать многие негативные психические расстройства.

Экзогенное – эндогенное – психогенное

Принцип-альтернатива «экзогенное – эндогенное – психогенное» относится в первую очередь к психопатологическим феноменам, поскольку он отражает тип психического реагирования на уровне патологии и не может использоваться при анализе психологических феноменов.

Разработка этого принципа основана на постулате психиатрии о том, что для определенной группы психических расстройств существуют выявленные и верифицированные этиопатогенетические механизмы. На основании исследований Бонгхоффера, Мейера и Мебиуса, проведенных в конце прошлого века, было определено, что некоторые симптомы и синдромы могут возникать преимущественно одним из трех вышеуказанных этиопатогенетических путей: экзогенным, эндогенным или психогенным.

Экзогенный тип психического реагирования представляет собой психические реакции, состояния и развития, возникающие вследствие органических поражений головного мозга. Под органическими причинами в психиатрии принято понимать любые нефункциональные (непсихогенные) причины, непосредственно воздействующие на головной мозг человека. К ним относятся черепно-мозговые травмы, сосудистые и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, а также интоксикации.

К **психогенному типу психического реагирования** относят психические реакции, состояния и развития, причины которых кроются в психотравмирующем влиянии жизненных событий. Любое событие, конфликт, фрустрация или житейская ситуация могут вызывать расстройство, относимое к психогенному типу.

Под **эндогенным типом психического реагирования** подразумевают психические реакции, состояния и развития, вызванные внутренними (эндогенными), наследственно-конституциональными причинами.

Ниже будут приведены некоторые психопатологические синдромы, имеющие достаточно оснований для отнесения их к одному из типов психического реагирования, т. е. перечисленные синдромы позволительно считать продуктами лишь одного из известных типов (таблица 1).

Таблица 1. Психопатологические синдромы при различных типах психического реагирования

Экзогенный	Эндогенный	Психогенный	Личностный
судорожный, психоорганический, амнестический, делириозный, сумеречного расстройства сознания, дереализационно- деперсонализационный	психического автоматизма, кататонический	псевдодементный	истерический, ипохондрический

Некоторые психопатологические синдромы не укладываются ни в один из трех традиционно выделяемых типов психического реагирования, вследствие чего нами предложено выделять, наряду с экзогенным, психогенным и эндогенным, *личностный тип психического реагирования*. В него следует включать в первую очередь истерический и ипохондрический симптомокомплексы, а также некоторые симптомы однозначно социального звучания (например, копролалия, kleптомания, пиромания и некоторые иные). Не вызывает сомнений тот факт, что истерический и ипохондрический синдромы не могут быть причинно вызваны эндогенными или экзогенными факторами. Они есть суть социально опосредованного отношения к действительности и собственному месту в обществе. Их можно обозначить как личностные реакции на социально значимые события или изменения своего статуса. Невозможно себе представить их возникновение по иным механизмам, к примеру, биологическим (что подтверждается их отсутствием при моделировании психических феноменов на животных). Проблематично относить их и к психогенному типу психического реагирования, поскольку принципиальное значение в данном случае имеет не характер психотравмирующего влияния, но личностное отношение к нему. Если сравнить истерический и ипохондрический симптомокомплексы с иными, которые часто ставятся в один ряд с ними (синдром навязчивостей – ананкастный, фобический, депрессивный), то несомненны разительные их отличия. Синдром навязчивостей, фобический или депрессивный синдромы могут возникать как по личностным, так и по иным механизмам (экзогенному, эндогенному, психогенному). Истерический и ипохондрический синдромы никак не способны формироваться вне личностного типа реагирования.

Спорным представляется отнесение симптома копролалии (насилованного и непроизвольного произнесения бранных слов) к экзогенному типу реагирования на основании вхождения его в качестве существенного и патогномоничного симптома синдрома Жиля де ля Туретта, который включается в рамки экзогенного типа психического реагирования. Теоретически возможно представить возникновение насильственных движений мышц, формирующих речь, и обосновать с нейрофизиологических позиций. Однако объяснить тот факт, что насильственно произносимые слова носят нецензурный характер (имеют определенную смысловую нагрузку), нейрофизиологическими механизмами неправомерно. Морально-нравственные критерии, коррекция собственного поведения и направление его в этически поощряемое русло зависят только от личностных свойств.

Дефект – выздоровление – хронификация

Принцип-альтернатива «дефект – выздоровление – хронификация» дает возможность оценивать в зависимости от особенностей клинической картины психического заболевания состояния, возникающие после исчезновения явных психопатологических нарушений.

Дефектом в психиатрии принято называть продолжительное и необратимое нарушение любой психической функции (например, «когнитивный дефект»), общего развития психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность. Дефект в таком контексте может быть врож-

денным или приобретенным. Однако, как правило, термин «дефект» в настоящее время в психиатрической науке и практике употребляется по отношению к приобретенным психическим расстройствам и обусловлен перенесенным психическим заболеванием. К примеру, «шизофреническим дефектом» называется стойкое состояние, включающее негативные психопатологические симптомокомплексы, возникшие после исчезновения острых психотических проявлений.

Наиболее существенной характеристикой дефекта выступают именно негативные расстройства, поскольку в резидуальном периоде психоза или иных психических расстройств возможно появление продуктивных психопатологических феноменов, например психопатизации, и тогда состояние будет обозначаться не как дефект, а как изменения личности.

Противоположностью дефекта выступают **выздоровление**, т. е. полное восстановление утраченных на время психического заболевания психологических функций, или **хронификация** психических расстройств, когда в клинической картине болезни продолжают преобладать продуктивные (позитивные) психопатологические симптомы и синдромы.

Адаптация – дезадаптация, компенсация – декомпенсация

Принципы-альтернативы «адаптация – дезадаптация» и «компенсация – декомпенсация» дают возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что дает возможность определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

Адаптация – это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Компенсация – состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, при адаптации происходит как бы «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит замещение утраченных психических функций иными приемлемыми для личности и организма, т. е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

В психиатрической практике адаптация выглядит так: пациент нормально работает, проживает в семье, считается окружающими «психически нормальным», однако при этом он может испытывать на себе воздействие галлюцинаторных образов, к которым у него есть критика и которые не сказываются на его поведении, что нередко наблюдается при синдроме вербального галлюциноза. При компенсации человек, к примеру, с умственной отсталостью (олигофренией) замещает «умственный дефект» тем, что трудится на доступном его пониманию и освоению производственном процессе или занимается еще чем-нибудь, что ему удастся. При личностных расстройствах (психопатии) компенсация может быть достигнута при выборе сферы деятельности, в которой базовые черты характера человека задействованы в полной мере (к примеру, работа эпилептоидного психопата бухгалтером).

Негативное – позитивное

Альтернативное деление психопатологических симптомов на негативные и позитивные, принятое в психиатрии, позволяет в дальнейшем оценивать наблюдаемое состояние как активный болезненный процесс, хронификацию заболевания или как устойчивые и не склонные в дальнейшем изменяться дефект и изменение личности.

К позитивным (продуктивным, плюс) симптомам в психиатрии причисляют те психопатологические проявления, которые являются болезненной «надстройкой» над здоровыми психологическими свойствами. Патологические симптомы и синдромы как бы «плюсуются», прибавляются к тому, что у человека уже существует.

Негативные (дефицитарные, минус) симптомы – это психопатологические феномены, соответствующие выпадению тех или иных психических процессов. В данном случае к здоровым проявлениям психической деятельности не добавляется ничего нового, а лишь устраняется, удаляется то, что было человеку присуще до болезни. По-другому эти симптомы называют **симптомами «обкрадывания»** – болезнь крадет нормальные функции.

Если к позитивным можно отнести большинство известных и ярких психопатологических симптомокомплексов, то негативные расстройства представлены лишь несколькими, менее яркими по сравнению с позитивными симптомами и синдромами. К последним относятся аутизм, апатия, абулия, амнестические расстройства, деменция, изменения личности и некоторые другие.

Вышеприведенные законы и принципы позволяют утверждать, что процесс разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов (диагностика) в психиатрии строится не на субъективной основе, когда считается, что «каждого человека можно признать душевнобольным, просто нужно его привести на прием к психиатру», а базируется на строго объективных научных критериях, позволяющих при их корректном, умелом и честном использовании познать истину.

1.3. Спорные вопросы психической нормы и симптоматологии

Основой дифференциации психологических проявлений индивидуальных особенностей психической деятельности и психопатологических симптомов является верная и точная феноменологическая оценка клинически наблюдаемого признака (феномена в узком понимании). Именно на этом этапе диагностики встречается наибольшее количество ошибок. Широкая осведомленность современного пациента в психиатрической и психологической терминологии, его попытки не описать свое состояние, а проанализировать, увеличивают риск диагностических ошибок, особенно в случаях невозможности непосредственно наблюдать изменения поведения и переживаний человека, а также из-за отсутствия данных объективного анамнеза (т. е. информации о поведении – последовательности и характере действий, высказываниях). Кроме того, риск неправильной оценки особенностей нормального мышления возрастает при обследовании личности с высоким уровнем умственного развития или широкими знаниями в области философии, психологии, медицины.

В оценке психиатрического симптома нельзя полностью основываться на определении и предъявлении его пациентом. К примеру, указание обследуемого на появившуюся у него «апатию» не означает, что этот симптом присутствует в клинической картине болезни. Подобных сложностей не возникает в клинике внутренних болезней, где зачастую вся диагностика строится на высказываниях пациента. Выявляется даже такая зависимость: чем грамотнее в медицинском плане обследуемый, чем точнее он может изложить свое состояние в научных терминах (например, если пациент – врач), тем объективнее диагностика соматической болезни. Ведь в подобном случае «медицински подкованный», «квалифицированный» больной самостоятельно выберет из проявлений своего заболевания наиболее существенные симптомы, сможет проанализировать, четко описать их характер, выраженность, особенности течения.

В клинко-психиатрической практике подобной зависимости отметить не удастся. Как бы хорошо испытуемый ни разбирался в психиатрии, он не сможет критично оценить свое состояние и осознать наличие некоторых симптомов как при психотических, так и при невротических расстройствах. К сожалению, вопросы самосознания душевных болезней еще недостаточно теоретически разработаны. Однако можно предположить, что, наряду с объективно неосознаваемыми симптомами, такими, например, как бредовые и сверхценные идеи, имеются условно неосознаваемые или осознаваемые не в полной мере и не в любое время (галлюцинации, навязчивые ритуалы и т. д.). Можно предполагать, что такие психопатологические симптомы, как аутизм, апатия, амбивалентность, абулия, мания, разорванность, резонерство, бессвязность и некоторые другие качественные нарушения мышления не могут быть полностью осознаны пациентом. Исходя из дефиниции, подобные симптомы принципиально не могут до конца осознаваться. В противном случае логично было бы обозначать эти симптомы иными терминами, например, «интраверсия» вместо «аутизма», «гипопатия» взамен «апатии», «гипобулия» в противовес «абулии» и т. д. Видимо, не поддаются критическому анализу негативные (дефицитарные) симптомы, в то время как к позитивным симптомам возможно появление адекватного отношения со стороны больного. Приведение пациентом в качестве проявлений своей болезни вышеперечисленных симптомов не может являться объективным и не способно служить основой для диагностики.

Таким образом, не представляется возможным считать в качестве основополагающих при распознавании болезни декларируемые клиентом (пациентом) симптомы с помощью известных ему медицинских (психиатрических) терминов. Кроме вышеперечисленных причин подобная невозможность связана и с наличием разночтений в определении одних и тех же психиатрических понятий. Многие люди в быту вкладывают неверное значение в такие

термины, отражающие расстройство психики, как тоска, тревога, беспокойство, смешивая их, не видя никакой разницы между этими нарушениями. Больной человек может жаловаться на тоску, определяя свое эмоциональное состояние именно этим словом, несмотря на то, что у него объективно определяется не тоска, но тревога. Построение диагностики лишь на основании определения своего состояния самим человеком часто приводит клинициста-психиатра к диагностическим ошибкам.

Желание пациента при оценке своего состояния использовать психологические или психиатрические термины может косвенно указывать на иные расстройства и способствовать выявлению истинных нарушений ассоциативного процесса.

Проблема нормы и патологии в психиатрии одна из наиболее сложных. Л. Л. Рохлин указывал на возможность возникновения сходных проявлений у здоровых и душевнобольных людей (чаще страдающих психопатиями, чем абсолютно здоровые). Повторимся, что для разделения нормы и патологии среди прочих причин необходимо учитывать те социально-психологические сдвиги, которые характерны для современного общества. Об относительной ценности психопатологических симптомов говорят этнопсихологические и транскультуральные исследования, изучающие структуры заболеваний в различных регионах мира у людей разных наций и народностей.

До настоящего времени остается неясным положение о том, возможно ли возникновение психопатологических феноменов у здорового человека или же в период их появления такого человека нельзя считать вполне здоровым и следует признать «условно душевнобольным» (подразумевая под душевной болезнью не только психозы, но и невротические расстройства). Остановимся подробнее на специфике квалификации и феноменологии некоторых наиболее сложных в диагностическом плане психологических феноменов и психопатологических симптомов.

Нередко сложности возникают при оценке *навязчивых мыслей, воспоминаний, опасений и движений*. При этом возможно три варианта определения состояний, два из которых имеют четкое психиатрическое обозначение: навязчивые и насильственные (импульсивные) состояния. При сравнении этих болезненных симптомов с проявлениями здоровой психики, которые трудно определить каким-либо термином (наиболее подходящим можно считать слово «назойливость»), обращает на себя внимание в первую очередь степень чуждости симптомов для самой личности. Так, при навязчивых состояниях больной остро переживает невозможность избавиться от навязчивостей, прилагает к этому массу усилий, совершает необычные ритуальные действия, которые помогают лишь на время избавиться от тягостного переживания.

Насильственные мысли, движения чаще не сопровождаются критическим пониманием их чуждости, возникают непроизвольно, автоматически. Они обычно не тяготят больного и могут не привести его к врачу.

Крайне трудно определить в ряду психолого-психопатологических симптомов место мыслей и действий здорового человека, обозначенных условно как «назойливости». Ведь они, так же как и навязчивости, осознаются человеком, пытающимся противоборствовать им. Следует признать, что четких дифференциально-диагностических критериев для разграничения болезненных и неболезненных (или донозологических) навязчивостей выделить не удастся. Однако любое проявление навязчивостей нельзя относить к психопатологическим феноменам. Важнейшим критерием оценки вариантов нормы является их относительно целесообразный характер и отсутствие чрезмерно длительной фиксации, не соответствующей требованиям деятельности или потребности индивидуального развития.

Значительные трудности возникают у диагноста при столкновении с таким психопатологическим симптомом, как *аутизм*. **Аутизмом** обычно обозначают состояние больного, сопровождающееся погруженностью в мир собственных переживаний (В. С. Гуськов), замкнутостью, отгороженностью от внешнего мира, ограничением контактов с окружающими людьми, умень-

пением потребности в общении. Несмотря на достаточно ясное определение этого психопатологического термина, нередко ошибки при его клинической оценке. Следует помнить, что аутизм – достаточно стойкое состояние, не подверженное значительным колебаниям, т. к. оно рассматривается в рамках дефицитарных симптомов. Суть последних заключается в процессе «обкрадывания» здоровой психики, нанесения ей невосполнимого ущерба.

Нормальным и обязательным для душевного здоровья свойством является коммуникативная функция мышления. Вследствие этого у человека существует биологически обусловленная потребность в общении. Эта потребность у разных людей различна по своей интенсивности. Она вплетается в структуру психической деятельности и наряду с другими необходимыми составляющими (волей, ассоциативным процессом, памятью, интеллектом) формирует индивидуальный уровень психического здоровья. При игнорировании этого обстоятельства возможны ошибки в диагностике психических заболеваний.

Неправомерно для построения диагностического процесса делать упор лишь на сравнение психических симптомов, наблюдаемых у разных людей. Недопустима формулировка: «У многих так бывает». Важен анализ изменения психического функционирования конкретного человека, с конкретным наследственно обусловленным и сформированным в процессе жизни уровнем душевного здоровья. К аутизму такие рассуждения имеют непосредственное отношение, т. к., сравнивая людей по параметру общительности, можно прийти к неверному мнению о наличии у менее общительного признаков аутизма.

Важным диагностическим параметром аутизма является отсутствие к этому симптому достаточной, истинной критики, переживания своей замкнутости, нелюдимости. Аутизм сочетает в себе не только невозможность установления больным контактов с окружающими его людьми, но и болезненное нежелание этого делать, способность довольствоваться одиночеством. Именно так проявляется аутистическое мышление, обходящееся без притока информации извне.

Принципиально различны по механизмам возникновения аутизм и *интраверсия*, несмотря на то, что их определения схожи. Интраверсия определяется как нелюдимость, замкнутость, поглощенность собой, обращенность внутрь личности (В. С. Гуськов). Интраверсия в действительности представляет собой ту вариативную норму человеческой психики, которая, опираясь на индивидуальный биологически обусловленный уровень здоровья и особенности воспитания, формирует акцентуации характера, разнообразие индивидуальностей.

Интраверсия в отличие от аутизма не может возникнуть внезапно. Кроме того, она способна к компенсации под влиянием внешних микросоциальных факторов, чем отличается от аутизма. Э. Блейлер определял аутизм как симптом, отражающий отсутствие реального приспособления к требованиям жизни со склонностью к замене реальности мечтами и фантазиями, когда мышление и восприятие регулируются скорее личностными желаниями, чем объективной реальностью. Как справедливо считают Ц. П. Короленко и А. Л. Галин, аутизм при всей кажущейся патологичности не всегда является психопатологическим феноменом. Погружение в мечты об исполнении желаемого особенно часто может наблюдаться у подростков в начальном периоде переделки жизненных стереотипов, что связано со становлением личности. На первых этапах выдвижения целей юноша не интересуется и не должен интересоваться, как и какими путями может быть достигнуто желаемое, идеальное. Само это идеальное может быть представлено в виде неопределенных переживаний, т. к. речь идет о выяснении целей. Представления о желаемом еще не сформировались.

Оценка такого состояния как патологического ошибочна. Не следует забывать, что речь идет о развивающейся личности. И то, что сейчас может оцениваться как стабильная черта личности, на самом деле является лишь фазой развития. Этап «приземления» идеалов, выбора способа их достижения и, возможно, разочарований будет следующим в развитии человека. Опережающая критика идеалов – это прежде всего попытка свести на нет творческие тенден-

ции личности. Именно в этот период оторванного от жизни, не приспособленного к ней фантазирования складываются устойчивые цели поведения, формируется вера в достижение того, что никогда не было достигнуто (или, проще, не достигалось лицами, представляющими реальное окружение человека).

А. Ф. Лазурский подчеркивал, что процесс адаптации личности с более высоким уровнем психического развития отличается от процесса адаптации личности среднего уровня. Оценка фантазирования с увлечением фантазиями при наличии неприспособленности к жизни как аутизма неверна. Правильная квалификация этих состояний возможна лишь при учете многих черт личности (особенно ее развития), характера отношений с окружающей средой и, что самое главное, при учете динамики дальнейшего развития личности.

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.