























































































































































































































































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

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

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

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

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

Само расщепление Л.С.Выготским рассматривалось

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

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

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

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



акции, возникающей в ответ на рассогласование того, что ожидается, и того, что оказывается в действительности. Это нарушение, в свою очередь, объяснялось нарушением вероятностного прогнозирования, использования вероятно организованного прошлого опыта, который является одним из звеньев, необходимых для осуществления ориентировочной реакции. С этих позиций становилось возможным единообразно интерпретировать как расстройство эмоционального реагирования, так и характерные для шизофрении нарушения мышления. Проведенные в свое время исследования [24] обосновывали гипотезу, что у больных шизофренией нарушено вероятностное прогнозирование – больной действует так, будто его прошлый опыт в той или иной степени дезорганизован (срабатывает тенденция к уравниванию вероятностей), хотя формально сохранен. Следствием такого нарушения является искажение всех тех видов деятельности, в которых используется вероятностная структура прошлого опыта – будь то «простая» ориентировочная реакция или «сложная» речевая или ассоциативная деятельность<sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> Эти представления в последующем привели к концепции о сбое в формировании эфферентных копий (упреждающих разрядов, предсказывающих сенсорные сигналы, в сравнении с которыми оценивается поступающая сенсорная информация), приводящих к рассогласованию ожидания и результата действия как ключевого механизма (нарушения процесса перцепции) в развитии шизофрении [27]. Они оказались совместимы и с современными исследованиями нейрофизиологических эндофенотипов шизофрении, к числу которых отнесена, например, предстимульная модификация акустической стартл-реакции [23].

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

Эти работы наследовали отечественной традиции исследований основного расстройства. Так, еще А.Н.Залманзон [12] считал основным расстройством при шизофрении системное, избирательное расстройство сенсо-моторной предуготовленности, отражающееся в нарушении единства мыслительной деятельности, в снижении синтетической работы. Сенсо-моторная предуготовленность лежит в основе логически познавательного процесса, является тем фундаментом, на котором вырастает мощный аппарат понятийного мышления, предшествующего действию, представляя собой планирующий, протекающий в голове процесс.<sup>1</sup> Разрушение сложного познавательно-логического синтеза видоизменяет и гипертрофирует аналитические процессы, которые, будучи лишены действительной направляющей силы, паразитируют, видоизменяя функциональную деятельность всего нервного аппарата в целом. Присущая шизофреническому процессу гипотония сознания характеризуется расщеплением сознания, разрывом между нарушением сознания Я (самосознания) и гипертрофированным функционированием качественно измененного предметного сознания (т.е. отражающего деятельность органов чувств), имеет место обратное влияние человеческого сознания и самосознания на деятельность органов чувств, на предметное (различающее) сознание. Это изменение – двойственной природы. Первое изменение характеризуется переходом к комплексному примитивному типу познания и выражается в понижении активности восприятия, что связано с повышенным

<sup>1</sup> Ср. с суждениями А.Кронфельда [15] о связи всех нарушений «Я» при шизофрении с расстройствами схемы тела и тем самым с «антиципационной» активностью, от которой зависимы предметное восприятие и распознавание.

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

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

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

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

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

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

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

## Литература

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