

Концепция «Я» и шизофрения: некоторые открытые вопросы

Mario Maj

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

Перевод: Смирнова Д.А. (Самара)

Редактор: Курсаков А.А. (Москва)

В концепции шизофрении, в том виде, в котором она заявлена в DSM-IV и готовится предстать в ракурсе разработок диагностических критериев DSM-5, отсутствует четкое описание характерного и определяющего «ядерного» клинического проявления расстройства. В текстах классификаторов последовательно описано множество симптомов и признаков заболевания, в то время как остается неясным, каким образом взаимосвязаны и объединены воедино его разнородные клинические проявления. Мы всегда были заинтересованы понять (1), существует ли на самом деле тот самый гештальт шизофренического синдрома, который не может быть распознан через призму операционального подхода, или же гештальт, предполагаемый в психиатрических традициях, является лишь иллюзией, которую разрешает операциональный подход.

В своей статье, которая содержится в настоящем номере журнала (2), Josef Parnas формулирует точку зрения о том, что ядерным психопатологическим конструктом шизофрении, который определяет гештальт синдрома, является искажение базового, дорефлективного представления образа «Я». Заданные «базовые настройки самости», «обуславливаемые на уровне головного мозга действием постоянного источника генерируемых внутренних импульсов», в норме несут ответственность за приобретаемый субъективный опыт действий, их согласованность, единство, соответствие и простраивание границ в рамках временных аспектов (4), и сопровождаются возникновением дорефлективного представления о своем месте в окружающем мире и взаимодействии с ним (2, 5). «Искажение этой особенности» лежит в основе воспроизведения разнообразных клинических проявлений шизофрении. Принятые в настоящее время различия между позитивными, негативными симптомами и симптомами дезорганизации могут рассматриваться в данном ракурсе как поверхностные и вводящие в заблуждение выводы; например, симптомы первого ранга Шнайдемра, привычно определяемые как «позитивные» (т.е. связанные с наличием опыта переживаний, которые в норме отсутствуют), могут потребовать переосмысления в рамках альтернативной интерпретации – «отсутствия чего-то, присутствующего в норме – ощущения самообладания и преднамеренного контроля» (5).

Упомянутая точка зрения, базирующаяся на феноменологической традиции (6, 7), но сочетающаяся с классическими описаниями (8-10) и некоторыми психоаналитическими представлениями (например, 11, 12) о шизофрении, выходит на поверхность в определении заболевания в МКБ-10 («В нарушениях вовлечено большинство основных функций, которые у нормального человека ответственны за формирование чувства индивидуальности, уникальности и саморегуляции»), а также в текстах DSM III и DSM-III-R («Ощущение собственной личности, которое дает нормальному человеку чувство индивидуальности, уникальности и саморегуляции, часто нарушено при шизофрении»), в то время как в DSM-IV и проекте DSM-5 нет даже упоминаний об этом. Данная модель в действительности подкупает интерес и поднимает ряд концептуальных вопросов, которые

могут сформировать направление для дальнейших размышлений и исследовательской активности. Прежде всего, это связано с тем, что в литературе встречается множество определений понятия «Я» (самости) – около двадцати, одно из которых дается Strawson (13).

Во-первых, противоречие появляется (например, 14) уже на уровне описываемой Parnas особенности нарушения чувства самости как характерной черты, формирующейся задолго до манифестации психоза (2,4), и представленного в отдельных психосоциальных подходах (например, 15,16) искаженного восприятия собственной личности, возникающего в болезни, с которым человек активно борется и которое может быть восстановлено (17). Очевидно, что, описываемый Parnas дорефлективный уровень чувства самости (восприятия собственной личности), представляется более основательным и значимым, чем уровень «Я» в рамках дескриптивных характеристик (18) из психосоциальной литературы. Однако подход Parnas в большей мере сфокусирован на том, что происходит до манифестации шизофренического процесса, тогда как психосоциальные подходы опираются на то, что случается после начала заболевания. Последующие исследования необходимы для того, чтобы изучить, как обозначаемое Parnas, нарушение чувства самости (восприятия собственной личности) ведет себя с течением болезни (в частности, проверить, что происходит с ним в периоды ремиссий).

Во-вторых, это вопрос о том, может ли концепция самости, выстроенная в феноменологических традициях в понятиях «автономности, свободы и подконтрольности» (19), быть вынесена за пределы западного культурного контекста. Утверждается, что развитие индивидуального «Я» подвержено неизбежному влиянию системы общекультурных значений (коллективного «Я») и что в разных сообществах паттерн расстройств самости при шизофрении может отличаться от описанного в западной культуре (19). До настоящего времени не проводилось кросскультуральных исследований, посвященных изучению данного вопроса.

В-третьих, понятие стабильного ядра самости выходит из диалогической психологии (например, 20), в соответствии с которой индивидуально-личностный опыт возникает из диалога различных граней и составляющих «Я», и нарушение данного опыта при шизофрении может являться следствием трудностей в поддержании этого самого диалога в ситуациях межличностного общения (например, 21). Опять же, похоже на то, что разные уровни личного опыта больше сопряжены с «внутренним диалогом «Я», упомянутым выше «повествованием «Я» – «открытой конструкцией, которая подвержена постоянной ревизии» (18) – чем с базовым чувством самости, описываемым Parnas. Тем не менее, интерперсональная динамика, описываемая в диалогическом подходе как основательно простраиваемая межличностная коммуникация, впоследствии разрушающая уязвимое «Я» (например, 22), может быть также объяснена в понятиях уровня индивидуально-личностного опыта, на который ссылается Parnas (например, 23).

В дополнение к этим концептуальным вопросам, модель Parnas обращает внимание на отдельные прак-

тические аспекты, что опять же может задать направление дальнейших исследований.

Во-первых, предлагая формулировать и пытаясь оценить ядерный Гештальт шизофрении, мы должны принимать во внимание риск возродить «атмосферный» диагноз расстройства, возможно, приобретающий исключительную надежность в руках высоких экспертов, но с достаточной долей опасности способный распространиться с потоком ветра в воздухе рутинной клинической практики. Значение этого момента приобретает еще большую глубину, если подход будет адаптирован и принят относительно такой особенно чувствительной области, как ранняя диагностика психоза. Инструментарий для систематической оценки расстройств индивидуально-личностного опыта был разработан и успел продемонстрировать удовлетворительную межэкспертную надежность в ряде исследований (например 24, 25). Однако допустимость и надежность данной оценки в переводе на рутинную клиническую практику еще предстоит изучить (также как следует повысить компетенцию клиницистов относительно вопросов психопатологического знания, чтобы реализовать предлагаемое направление).

Во-вторых, диагностическая специфичность описанных расстройств самости по отношению к шизофрении требует эмпирического подкрепления. Симптомы первого ранга Шнайдера, которые являются типичными в рамках своего происхождения из болезненного индивидуально-личностного опыта, были описаны как возникающие широко за пределами расстройств шизофренического спектра (например, 26). В действительности, одним из предложений относительно диагностических критериев шизофрении для DSM-5 является уход от выделения данных симптомов в особую категорию, т.к. «по сравнению с другими проявлениями, данные характерные симптомы не обнаруживают уникальной диагностической специфичности» (www.dsm5.org). Parnas и соавторы (27) в своем исследовании доказали, что сфера самосознания имеет отличительные особенности у пациентов с шизофренией, по сравнению с больными биполярным расстройством, но эти находки нуждаются в дальнейшем подтверждении, и их внедрение в рутинную клиническую практику требует предварительной оценки.

Третий, и наиболее значимый, аспект касается терапевтических интервенций. Находит ли постулируемый ядерный конструкт расстройства самости свои методы лечения, доступные в практике на настоящий момент времени? Являются ли нарушения индивидуально-личностного опыта (в противопоставление структурированному бреду) реальной мишенью для антипсихотической терапии, или же мы говорим о не изменяемом существенным образом конституциональном дефиците (14)? Могут ли техники когнитивно-поведенческого подхода быть усовершенствованы в свете модели расстройства самости или уровень их воздействия не достаточен по своей глубине, чтобы воздействовать на обозначаемый ядерный психопатологический конструкт? Могут ли в связи с этим другие психотерапевтические подходы, включая психодинамический (например, 12, 28), быть подвергнутыми дальнейшей разработке или претерпеть возрождение? Соотносятся ли расстройство индивидуально-личностного опыта с нейрокогнитивным дефицитом и играет ли роль для восстановления когнитивных функций? Все эти аспекты должны быть изучены в исследованиях соответствующего уровня. В противном случае, они могут сформировать риск для нового терапевтического песимизма, в то самое время, когда психиатрические службы поддерживают идеи и выступают в направлении возможностей восстановления и выздоровления.

Я считаю, что степень влияния интригующего подхода Parnas будет в решающей мере зависеть от того, насколько убедительно будут освещены вышеуказанные вопросы.

Литература:

1. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998;172:458-60.
2. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012; 11:67-9.
3. Kircher T, David AS. Self-consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:445-73.
4. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:217-41.
5. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
6. Minkowski E. *La schizophrénie*. Psychopathologie des schizoids et des schizophrènes. Paris: Payot, 1927.
7. Blankenburg W. *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit*. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart: Enke, 1971.
8. Kraepelin E. *Psychiatrie*, 4th ed. Leipzig: Barth, 1896.
9. Bleuler E. Dementia Praecox oder gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (ed). *Handbuch der Psychiatrie*. Spezieller Teil, 4. Abteilung, 1. Hälfte. Leipzig: Deuticke, 1911.
10. Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt. Leipzig: Deuticke, 1914.
11. Hartmann H. Contributions to the metapsychology of schizophrenia. In: *The psychoanalytic study of the child*, vol. 8. New York: International Universities Press, 1953:177-98.
12. Kohut H. *The restoration of the self*. New York: International Universities Press, 1977.
13. Strawson G. The self and the SESMET. In: Gallagher S, Shear J (eds). *Models of the self*. Thoverton: Imprint Academic, 1999:483-518.
14. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophr Bull* 2010;36:331-40.
15. Davidson L. *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press, 2003.
16. Estroff SE. Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr Bull* 1989;15:189-96.
17. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry – II. *Schizophr Bull* 1989;15:179-87.
18. Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T, David AS (eds). *The self in neuroscience and psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:56-75.
19. Fabrega H, Jr. The self and schizophrenia: a cultural perspective. *Schizophr Bull* 1989;15:277-90.
20. Hermans HJM, Dimaggio G. *The dialogical self in psychotherapy*. London: Brunner Routledge, 2004.
21. Lysaker PH, Lysaker JT. Narrative structure in psychosis: schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory Psychol* 2002; 12:207-20.
22. Lysaker PH, Lysaker JT, Davis LW et al. Enactment in schizophrenia: capacity for dialogue and the experience of the inability to commit to action. *Psychiatry* 2006;69:81-93.
23. Stanghellini G. *Disembodied spirits and deanimated bodies*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
24. Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression, 2nd ed. Zürich: University of Zürich, 1996.
25. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
26. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 1999;174:243-8.
27. Parnas J, Handest P, Saebye D et al. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:126-33.
28. Bion WR. *Second thoughts*. New York: Jason Aronson, 1967.