

Ядерный Гештальт шизофрении

Josef Parnas

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 142, 2300 Copenhagen S, Denmark

Перевод: Смирнова Д.А. (Самара)

Редактор: Курсаков А.А. (Москва)

Недавняя активная дискуссия во «Всемирной психиатрии» на тему противопоставления прототипов операциональным критериям (1) призывает к переоценке клиничко-феноменологического видения шизофрении с точки зрения прототипического подхода, в особенности, в свете последних данных феноменологической психопатологии (2). Шизофрения активно изучалась в течение более чем столетия, но, не смотря на накопление большого объема разнообразных эмпирических данных, мы все еще имеем частичное представление о диагностических границах (3) и патогенетических механизмах (4, 5) этого расстройства. Эпистемологическое сопротивление формирует целое разнообразие ответных реакций: например, рассмотрение изолированных аспектов фенотипа, взятых в его отдельных составляющих и изучаемых с помощью более легких в постижении переменных; попытки преобразовать шизофрению в своего рода похожее на деменцию нейрокогнитивное заболевание; предложения по дальнейшему упрощению разнообразия психопатологических проявлений (например, понятие «единого психоза»); или даже устранение понятия шизофрении, в целом.

Вызывает сомнения, что подобное уклонение от понимания основополагающего фенотипа, игнорирование и умалчивание эпистемологических проблем, приведут к кристаллизации окончательного научного знания. Единственной стоящей и своевременной ответной реакцией может быть пересмотр клинической сути (природы) шизофрении, с подчеркиванием ее самобытности и теоретических затруднений в ракурсе современных нозологических представлений. Возможно, эпистемологические трудности связаны с феноменологическим своеобразием шизофрении, которое проявляется в ее непрекращающемся изменении.

ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

Уязвимость эпистемологических аспектов связана с так называемой «проблемой описания» в психиатрии, которая фактически является отражением вопроса соотношения «психика-тело». Это вопрос о том, куда адресован феномен сознания: например, какие разграничения здесь уместны и адекватны, какова природа «психического объекта» (симптом и признак), что является особенным, с точки зрения первого, второго и третьего лица, и какой вид методологии ориентирован на эти феноменологические сферы (6).

С появлением бихевиоризма и операционализма, тема сознания исчезла из академического дискурса, и только в последние 20 лет пережила второе открытие в философии сознания, когнитивных и нейронауках. Сознание (субъективность) находится на передовой линии сегодняшней научной дискуссии, определяя, пожалуй, самую важную и сложную задачу (7). К сожалению, эти события в значительной степени ускользают из основного направления в психиатрии. Тем не менее, концепция психического заболевания, в целом, и шизофрении, в частности, основана на нарушениях полученного опыта, сформированных убеждений и их экспрессии, т. е. нарушениях сознания.

В историческом обзоре понятие шизофрении представляется в качестве конечно достигнутого последо-

вательного и согласованного феноменологического определения (2). Данные феноменологические описания могут быть рассмотрены – в ретроспективе – как повторяющийся поиск характерного фенотипического паттерна, прототипа или Гештальта. Этот поиск четко представлен в знаменитом пассаже немецкого психиатра Rümke, который утверждает, что некоторые галлюцинации и бредовые идеи являются диагностически значимыми для оценки шизофрении только в том случае, если они пронизаны определенным свойственным шизофрении оттенком; тавтологические претензии, которые Rümke сам квалифицирует как «научный абсурд», все-таки является абсурдом, «знакомым каждому опытному клиницисту» (8).

Суть Гештальта состоит в характерном объединении или определенной внутренней организации различных особенностей и феноменов, происходящих из взаимодействия «части» и «целого». В данном ракурсе, психиатрические симптомы и признаки заболевания не могут рассматриваться как не зависящие друг от друга особенности, представлять обособленными (т.е. быть четко определены как те или иные симптомы) «сами по себе», вне эмпирического контекста. Улыбка сама по себе не может быть определена как несоответствующая или глупая. Глупость улыбки может быть распознана только в контексте эмоциональной экспрессии и коммуникации. В отличие от соматической медицины, где симптомы и признаки болезни четко соотносятся с функцией и своего рода внешней физической протяженностью, «экстенциональностью» (например, хронический кашель → подозрение на заболевание легких), психопатологические феномены выделяются опосредованно через их значение или внутреннюю суть, «интенциональность» проявления (например, «избегание других» меняет свое значение, если появляется в связи с параноидным отношением, меланхолией или страхом чтения мыслей из-за открытости мышления).

Диагностическое определение шизофрении в психиатрии дооперационального этапа не сводилось к поперечному, одномоментному и, образно говоря, «двумерному» ее рассмотрению вследствие суммирования независимых друг от друга симптомов и признаков («подсчета симптомов»), а было связано с признанием понятия Гештальта, подчеркивало необходимость наполнения диагноза измерением «глубины», т.е. контекстом взаимосвязей между отдельными особенностями, их качествами, аспектом развития и временным аспектом. Существуют две взаимозависимых клинических особенности, которые укладываются в понятие шизофрении: а) аспект развития, который заключается в том, что шизофрения, как правило, не возникает внезапно, на пустом месте, и почти всегда имеет преморбидную траекторию, б) шизофрения принадлежит спектру условий, различных по интенсивности и качественным проявлениям, которые тем не менее объединены важной характерной чертой фенотипической общности. Оба этих аспекта не являются случайными, дополнительными клиническими фактами, а составляют основание понятия шизофрении, измеряемого существенной характерной чертой болезни.

«ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ» СИМПТОМЫ

Синтез и развитие теории шизофрении были основаны на признании ее феноменологической обособленности и специфичности, прототипическом «что это такое» и феноменологической сути, ядерном Гештальте. Ядерные свойства – это не время от времени появляющиеся феномены (психотические симптомы), а характерные особенности болезни, отражающие ее феноменологическую структуру. Или, перефразируя, обоснованность существования расстройств шизофренического спектра базируется на связи клинических проявлений с их ядерной составляющей.

Было предпринято множество попыток с целью понять и описать этот ядерный Гештальт болезни через перечень ее симптомов и признаков. Блейлер и другие исследователи проводили различия между фундаментальными симптомами, характеризующими ядерную составляющую и специфичными для шизофренического спектра (шизоидия, латентная шизофрения, шизотипические расстройства), и дополнительными феноменами, возникающими в психотическом эпизоде (галлюцинации, бред, развернутые кататонические проявления). Первые были описаны на уровне экспрессии и поведения, т.е. преимущественно как «признаки»: уход в себя, недоступность контакту, неадекватный или странный аффект, отражающие эмоции и аффект отклонения, формальное расстройство мышления, амбивалентность, изменения в структуре личности, двигательные и поведенческие расстройства (2).

При более близком рассмотрении многие из этих особенностей перекрываются друг с другом. Более того, их преимущественно выраженный вонне в признаках («объективный») характер, как правило, связан с аномальным опытом (симптомами). Таким образом, не функционируя как самостоятельные сущности, не зависящие друг от друга признаки, эти отдельные «фундаментальные черты» существуют в рамках большой целостности, объединяющей аномальные опыт и экспрессию, и с диагностической значимостью проявляющейся в контексте и наиболее уязвимо в межличностном и коммуникативно-символическом пространстве. Здесь мы указываем на взаимодействие «части» и «целого» в Гештальте: отдельные черты и особенности наполняют Гештальт его конкретным клиническим содержанием, и в то же время именно целостность Гештальта формирует диагностическую значимость у его отдельных черт и особенностей.

ПОРОЖДАЮЩЕЕ РАССТРОЙСТВО: ИСКАЖЕННАЯ СТРУКТУРА СУБЪЕКТИВНОСТИ

Было представлено множество разнообразных, зачастую метафорических обозначений для лежащей в основе болезни структуры или Гештальта, таких, например, как «разобщенность сознания», «диссонанс», «интрапсихическая атаксия», «аутизм», «утрата витального контакта с реальностью», «общий надлом здравого смысла», «когнитивная дисметрия», и т.д. То, с чем соотносятся все эти обозначения – это не модуль психологической дисфункции или отграниченное, временное, психопатологическое содержание, а скорее признак изменения самой структуры сознания (субъективности, ментальности). В МКБ-8 это было сформулировано как «фундаментальное нарушение личности [т.е., самости], [которое] включает в себя его самые основные функции, те, которые дают нормальному человеку его ощущение индивидуальности, уникальности, и саморегуляции» (мои дополнения в квадратных скобках).

Феноменологический, эмпирический взгляд на понятие самости раскрывает нам то, что мы живем нашу (сознательную) жизнь от первого лица, ощущающего самоприсутствие, отдельную сущность, временность постоянства, осознание воплощения и ограниченности бытия, которые являются предметом его

переживаний. Мир предопределен, то есть всегда по умолчанию принят как реальный, как должное, само собой разумеющийся фон из всех переживаний и всех значений (9). Последние эмпирические исследования подтверждают классические наблюдения, указывающие на то, что именно эта базовая и лежащая в основе субъективного восприятия собственного мира структура является нестабильной или поврежденной при шизофрении, составляя собственно ядро уязвимости (2,10). Зачастую это является результатом опыта тревоги и отчуждения, который случается еще в детстве или в раннем подростковом возрасте. Это повреждение структуры определяет расширение нозологического спектра расстройств шизофренической природы: шизофрении, шизотипического расстройства (11-15) и уязвимости доманифестного периода (16, 17).

Пациенты ощущают в себе эфемерность, недостаток ядерной идентичности, чувствуют себя глубоко (часто невыразимо) отличающимися от других и отчужденными от социального мира. У больных редуцировано чувство воплощенного человеческого существования, самоприсутствия и присутствия в мире, наблюдаются искажения взгляда от первого лица, проявляющиеся в анонимизации или недостаточном чувстве «моего собственного» в поле осознания («мои мысли странные и не имеют отношения ко мне»), отмечается измененное восприятие пространства содержания опыта (например, мысли воспринимаются как пространственно расположенные во внешних объектах) и нарушение чувства конфиденциальности внутреннего мира. Выявляются значительные неполадки в соностройке с миром и погружении в мир и при этом всепроникающее недоумение, когда имеют место неадекватное дорефлективное понимание самоочевидного смысла («Почему трава зеленая?») и гиперрефлексия («Я живу только в своей голове», «Я всегда наблюдаю за собой»). Социальная изоляция и одиночество являются в большей мере солипсистскими, произрастающими «изнутри», а не функционирующими в качестве психологической защиты или простого следствия болезни как депривации. Основное расстройство часто приводит к искаженным и нелепым экзистенциальным паттернам, например, к солипсистской грандиозности, чудаковатому поведению и поступкам, «двойному бухгалтерскому учету», манерному поведению или поиску новых экзистенциальных или метафизических значений (например, присоединение к сектантской, политической или религиозной группе).

Что в действительности является диагностически значимым на уровне ядра Гештальта, так это смысл противостояния условиям, обозначенным фундаментально измененной субъективностью, которая может проявляться во всех сферах психической деятельности: аффекте, экспрессии, мотивации, настроении, когнициях, воле и действиях. Ядерный Гештальт проступает через полиморфную картину болезни, выражаясь «в том, как пациенты ощущают самих себя, других и окружающий мир, а не только в том, что они чувствуют». Ядерный Гештальт удерживает процесс порождающего состояния, что делает клиническую картину менее загадочной, находя объяснение в том, что он наделен определенными статической (синхронной) и динамической согласованностью его симптоматических элементов. Бред, явления пассивности и галлюцинации в периоды психотических приступов часто проявляются как тематические надстройки более ранних особенностей измененной структуры субъективного опыта восприятия (18).

ВЫВОДЫ

Непреднамеренным следствием операционального ремейка диагностических систем стало снижение психопатологической компетентности и эрудиции (19), сочетающихся с овеществлением диагностических категорий и взаимосвязанных с резким распростране-

нием явления коморбидности. Шизофрения в значительной степени превратилась в психотическое расстройство с хроническим бредом и галлюцинациями, обедненное аффективными возможностями. Диагнозы шизотипического расстройства и дезорганизованной шизофрении (более широко, непараноидная шизофрения) стали клинической редкостью, уступая пространство для множества других, альтернативных (как правило, происходящих из контрольного списка) диагнозов, например, пограничного расстройства личности, социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства, дефицита внимания с гиперактивностью и т.д. (20).

Не существует иного пути вперед, кроме как возрождение и выстраивание приоритетов обучения психопатологии, включающего общую экспертную оценку психопатологии в совокупности с теоретическими знаниями и междисциплинарными экскурсами и дискуссиями. На сегодняшний день активизация исследований основных характерных особенностей шизофрении представляется крайне необходимой для достижения значимого прогресса в поле патогенетических и терапевтических исследований и улучшения результатов клинической практики, включающей в себя ранние диагностику и вмешательства. Утонченное владение психопатологическим знанием является необходимым условием для прицельного и плодотворного привлечения научных и технических альтернатив, предлагаемых стремительно развивающейся областью нейронаук.

Литература:

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-30.
3. Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull* 2007; 33:1178-200.
4. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, «just the facts» what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
5. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* (in press).
6. Parnas J, Sass LA. Varieties of phenomenology: on description, understanding, and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008; 239-77.
7. Chalmers DJ. *The character of consciousness*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
8. Rümke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* 1958;29:40-53.
9. Parnas J, Sass LA. The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: Gallagher S (ed). *The Oxford handbook of the self*. New York: Oxford University Press, 2011;521-46.
10. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
11. Parnas J, Handest P, Jansson L et al. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005; 38:259-67.
12. 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.
13. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis* (in press).
14. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* 2009;37:344-51.
15. Haug E, Lien L, Raballo A et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* (in press).
16. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis «prodromal» population. *Schizophr Bull* (in press).
17. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry* (in press).
18. Henriksen MG, Parnas J. Clinical manifestations of self-disorders and the Gestalt of schizophrenia. *Schizophr Bull* (in press).
19. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.
20. Parnas J. The DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: Are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? In Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophy and psychiatry II*. Oxford: Oxford University Press, 2012:237-59.