

## Понятие «Я» и шизофрения: текущее состояние вопроса и последствия для диагностики

Понятие о расстройствах самосознания при шизофрении появилось в современной психиатрии в начале этого тысячелетия<sup>1</sup>. Оно считалось новаторским, и ни DSM-IV, ни DSM-5 не содержат упоминаний о нарушениях самосознания при расстройствах шизофренического спектра.

Однако это понятие исторически связано с концепцией шизофрении. Bleuler<sup>2</sup> причислял эмпирически выявленные «расстройства цельности “Я”» к основным симптомам шизофрении и описывал пациентов, жаловавшихся на то, что они являются только «отражением себя», неспособны «понять себя» или «потеряли свое индивидуальное “Я”». Все классические работы по шизофрении содержат упоминания о расстройствах самосознания. Понятие «дезинтеграция», широко используемое в психиатрии и психоанализе, имеет смысл только при наличии чувства, что некоторая часть собственного «я» находится под угрозой.

В глоссарии терминов DSM-III нарушения «чувства самосознания» связываются с шизофренией. Также в определении шизофрении в МКБ-9 упоминалось о нарушении фундаментальных свойств личности (в частности, уникальности и автономии), тогда как из МКБ-10 термин «личность» был удален. Исчезновение «расстройств “Я”», возможно, связано с упрощением основных симптомов шизофрении до так называемых «четырёх А» (Аутизм, Амбивалентность, нарушение Ассоциаций и Аффективные расстройства) и трудностями концептуализации понятия аутизма.

Каковы расстройства самосознания при заболеваниях шизофренического спектра? В данном случае целесообразно использовать термины философии сознания и феноменологии, которые проводят различия между так называемым «нарративным “Я”» и «ядром личности».

Нарративное «Я» относится к отличительным индивидуальным характеристикам человека, которые легко поддаются лингвистическому самоописанию («Я склонен действовать импульсивно») и описанию с точки зрения третьего лица («Она действует импульсивно»). Эти особенности включают биографические, характерологические и когнитивные характеристики и сильно зависят от словарного запаса и памяти.

«Ядро личности», напротив, представляет собой взгляд от первого лица, являющийся неотъемлемой структурной характеристикой всего опыта и дающий нам непосредственное или дорефлективное ощущение субъективности и самопонимания на уровне «я – мне – я сам». Это представление может быть расширено и включает в себя чувство существования в настоящем, тождественность самому себе, предметное воплощение и демаркацию. Все эти свойства никогда не являются сами по себе объектом обычного переживания, а переносят структуру первого лица на описательный уровень себя и своих переживаний, например, как «импульсивного» или «подозрительного». Тем не менее эти свойства доступны изучению, когда мы размышляем, каким образом наш чувственный опыт проявляет себя.

Ранее мы предположили, что отличительной особенностью расстройств шизофренического спектра являются нарушения самосознания в его непосредственном взаимодействии с окружающим миром<sup>3</sup>. Важно подчеркнуть, что мы говорим не об отсутствии или дефиците (в понимании «слишком много» или «слишком мало»), а скорее о нестабильности и рассогласованности функций<sup>4</sup>. Это

базовое нарушение взаимоотношений с миром является генеративной составляющей представления аутизма в гештальт-подходе<sup>3</sup>, которая «больше нигде не проявляется в подобной форме»<sup>2</sup> и пропитывает шизофрению духом непонимания<sup>5</sup>.

Эмпирические исследования<sup>1</sup> в различных группах и выборках четко демонстрируют избирательное частое сочетание расстройств самосознания с шизофренией и шизотипическим расстройством в сравнении с биполярным аффективным расстройством и другими психическими заболеваниями. Расстройства самосознания обычно впервые проявляются в детстве или в подростковом возрасте, часто встречаются в популяциях с повышенным риском развития психоза и позволяют прогнозировать высокий риск развития заболеваний шизофренического спектра<sup>1</sup>.

В двух исследованиях показаны устойчивость во времени и сходство моделей расстройств самосознания с разницей в пять лет<sup>6</sup>. Расстройства «Я» не связаны с коэффициентом интеллекта<sup>1</sup>, и по результатам предварительных данных не выявлено их значимых корреляций с нейрокогнитивными расстройствами. В целом, эмпирические исследования скорее подтверждают мнение Bleuler о том, что данный феномен следует рассматривать как отличительный признак расстройств шизофренического спектра.

Нестабильность отношений с миром является фоном для развития психотических симптомов, которые содержат в себе отпечаток нарушенной самосознания<sup>4,7</sup>. Примером могут служить слуховые вербальные галлюцинации, которые зачастую развиваются из анонимизации и изменений пространственной локализации мыслительного процесса – собственные мысли пациента «Я думаю» превращаются в «Оно мыслит во мне». Симптом открытости мыслей – яркое проявление потери чувства демаркации. Характерная убежденность в реальности бредовых переживаний при понимании их болезненности предполагает наличие как «личного» мира, так и альтернативной онтологической структуры<sup>7,8</sup>.

Признание концепции расстройств самосознания влечет за собой важные нозологические последствия. В настоящее время мы наблюдаем снижение частоты диагностики гебефренической формы шизофрении, редкое использование диагноза шизотипического расстройства и возрастающую частоту диагностированного пограничного расстройства личности. Последний диагноз включает в себя чрезмерное количество разнородных состояний и часто применяется у пациентов, которым в рамках МКБ-9 был бы выставлен диагноз расстройств шизофренического спектра<sup>9</sup>. Нам кажется, что практически невозможно выделить основные психопатологические различия между понятием шизотипического расстройства и пограничного расстройства личности в его современном понимании в рамках DSM-5<sup>9</sup>.

Трудности дифференциальной диагностики связаны со многими факторами, но основной причиной является очень толерантное использование девятого критерия пограничного расстройства («переходные, связанные со стрессом параноидальные мысли или тяжелые диссоциативные симптомы») и нечеткость критериев «нарушения идентичности» и «ощущение пустоты». У «ощущения пустоты» нет надлежащего определения, а критерий «нарушения идентичности», хотя, по-видимому, и отсылает к нарративному уровню «Я», недостаточно диффе-

ренирован от нарушений «ядра личности». Мы считаем, что важно уточнить различия между психопатологией расстройств шизофренического спектра (включая нарушения как самосознания, так и нарративного «Я») и расстройств личности, которые не связаны с нарушениями самосознания.

Современные классификации стремятся к простоте и повышению надежности, на основании большого количества исследований, проведенных интервьюерами, прошедшими специальное обучение. Разочарование и медленный прогресс в патогенетических исследованиях вызывают критику с предложениями выступить за полный отказ от фенотипических категорий. Однако изучение расстройств самосознания может вдохновить нас на пересмотр фенотипической классификации с использованием усовершенствованного психопатологического подхода.

**Josef Parnas<sup>1,2</sup>, Maja Zandersen<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Mental Health Centre Glostrup, Institute of Clinical Medicine, University Hospital of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>2</sup>Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)  
Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)  
(World Psychiatry 2018;17(2):220-221)

#### Библиография

1. Parnas J, Henriksen MG. Harv Rev Psychiatry 2014;22:251-65.
2. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke, 1911.
3. Parnas J. World Psychiatry 2012;11:67-9.
4. Stephensen H, Parnas J. J Phenom Cogn Sci (in press).
5. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie, 1st ed. Berlin: Springer, 1913.
6. Nordgaard J, Nilsson LS, Sæbye D et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (in press).
7. Parnas J, Henriksen MG. Conscious Cogn 2016;43:75-88.
8. Henriksen MG, Parnas J. Schizophr Bull 2013;40:542-7.
9. Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. J Pers Disord (in press).
10. Zandersen M, Parnas J. Schizophr Bull (in press).

DOI:10.1002/wps.20528

## Парадокс ангедонии при расстройствах шизофренического спектра

Ангедония – снижение способности испытывать удовольствие – рассматривается как ключевой симптом шизофрении еще в самых ранних описаниях данного расстройства. Ангедония остается устойчивой на протяжении всего заболевания и коррелирует с неблагоприятными клиническими исходами<sup>1</sup>. К сожалению, попытки лечения ангедонии дали минимальные результаты, и ни один из применявшихся для этого препаратов не получил одобрения Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США.

Отсутствие значимого эффекта при лечении ангедонии отчасти связано с отсутствием концептуальной ясности в отношении природы данного симптома. Наличие ангедонии при шизофрении подтверждается главным образом по данным клинических интервью, которые выявляют данный симптом у большинства пациентов с установленным диагнозом шизофрении. Клиницисты в течение продолжительного времени полагали, что подобные субъективные описания указывают на то, что пациенты с шизофренией обладают сниженной способностью испытывать положительные эмоции. Однако лабораторные исследования приводят доказательства, которые противостоят этому предположению, указывая на то, что пациенты с шизофренией в той же степени, как и здоровые люди, описывают положительные эмоции в ответ на приятные явления<sup>2</sup> и не обнаруживают нарушений нейрофизиологических процессов в системе награды при получении положительных стимулов<sup>3</sup>.

Предполагалось, что это кажущееся несоответствие может быть разрешено при внимательном изучении ключевых слов, используемых в опросниках, касающихся негативной симптоматики<sup>4</sup>. При тщательном рассмотрении стало понятно, что интервьюеры фактически оценивают частоту поведения, направленного на поиски поощрения, а не степень удовольствия пациентов от участия в приятной деятельности. Основываясь на этих данных, а также на результатах полевых исследований, представление о том, что пациенты с шизофренией имеют сниженную способность к получению удовольствия, постепенно изменялось.

По-видимому, шизофрения скорее связана с изменениями в поведении, обусловленными снижением частоты вовлечения в виды деятельности, приносящие удовольствие<sup>4</sup>.

Разрыв между поведенческими паттернами и способностью получать удовольствие был назван «парадоксом ангедонии» и вдохновил исследователей на поиск причины, по которой при шизофрении явно нормальные реакции удовольствия не ведут к мотивированному поведению, направленному на получение вознаграждения. В ряде концептуальных моделей предприняты попытки ответить на этот вопрос. Так, предполагается, что имеющиеся нарушения в различных звеньях системы вознаграждения (например, подкрепляемое обучение, обозначение ценности, оценка соотношения затрат и выигрыша, предвкушение вознаграждения), в основе которой лежат кортико-стриарные взаимодействия, препятствуют неповрежденным реакциям удовольствия влиять на процесс принятия решений, необходимых для направленного выбора действий и инициирования мотивированного поведения<sup>4</sup>. Эти модели получили значительное эмпирическое подтверждение и оказали влияние на разработку методов лечения, нацеленных на эти основные механизмы.

Однако существует второй «парадокс ангедонии», который привлек внимание в последние годы. Мы называем его «парадоксом ангедонии при расстройствах шизофренического спектра». Так, появляется все больше доказательств того, что, в отличие от пациентов с шизофренией, имеющих неповрежденную способность переживать удовольствие<sup>4</sup>, индивидуумы с шизотипическим расстройством и лица в продромальной фазе болезни таковой не обладают. Пациенты с шизотипическим расстройством описывают сниженную интенсивность положительных эмоций по сравнению со здоровой популяцией и демонстрируют нарушения нейрофизиологического ответа в процессе получения вознаграждения<sup>5</sup>. Молодые люди из группы высокого риска развития психоза демонстрируют аналогичные результаты<sup>6</sup>. Поскольку шизофрения является более тяжелой психопатологической формой практически с любой