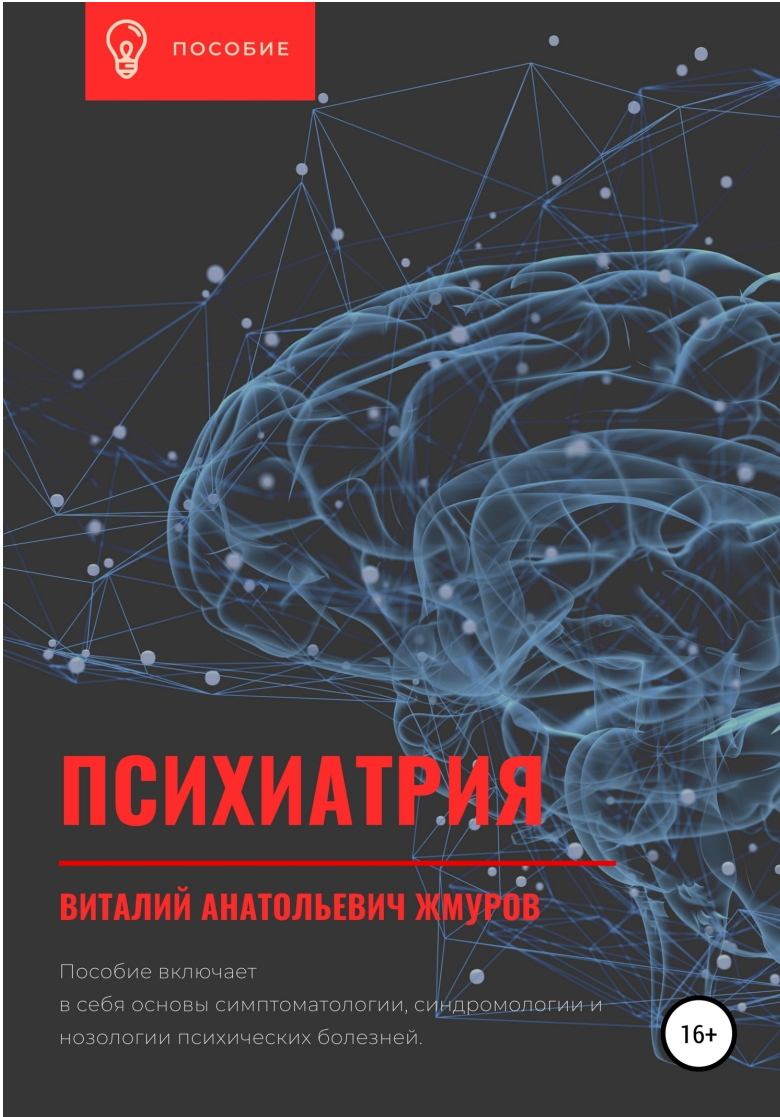
ПОСОБИЕ
ПСИХИАТРИЯ
ВИТАЛИЙ АНАТОЛЬЕВИЧ ЖМУРОВ
Пособие включает
в себя основы симптоматологии, синдромологии и
нозологии психических болезней.
16+

Виталий Анатольевич Жмуров

Психиатрия

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=63095087
SelfPub; 2020

Аннотация

Настоящее пособие включает в себя основы симптоматологии, синдромологии и нозологии психических болезней. Текст содержит достаточно полное изложение основ современной психиатрии, а также других смежных тем. Книга адресована врачам-психиатрам, преподавателям психиатрии и всем, кто интересуется вопросами душевного здоровья человека.

Содержание

Часть 1 6
Глава 1. Психика 6
Глава 2. Психическое здоровье 28
1. Введение 28
2. О практике разграничения нормы и патологии 30
3. Психическое здоровье, актуальность проблемы 35
4. История вопроса 42
5. Различные подходы к определению психической нормы 49
6. Новые подходы к пониманию психической нормы 55
7. Качества здоровой личности 58
Глава 3. Симптомы психического расстройства 79
1. Общие вопросы 79
2. Систематика симптомов 85
Глава 4. Ощущение. Нарушения чувствительности 101
1. Психология ощущения 101
1. Термины 101
2. Модальности чувствительности 103

3. Свойства ощущений 105
4. Боль 112
2. Нарушения чувствительности 123
Глава 5. Восприятие, представление. Нарушения в сфере восприятия и представления 169
1. Общие вопросы 169
2. Нарушения восприятия 185
Глава 6. Память. Нарушения памяти 343
1. Общие сведения 343
1. Термины 343
2. Процессы памяти 343
3. Формы памяти 355
4. Нейрофизиология памяти 361
5. Виды памяти 362
2. Психопатология памяти 374
Глава 7. Воображение. Нарушения в сфере воображения 450
1. Общие вопросы 450
1. Термины 450
2. Нарушения в сфере воображения 458
Глава 8. Мышление. Нарушения мышления 497
1. Общие сведения 497
2. Нарушения мышления 561
1. Общие данные 561
2. Систематика нарушений мышления 563

3. Нарушения операционной стороны мышления 567
4. Нарушения логики мышления 603
5. Нарушения динамики мышления 638
6. Симптомы диссоциации мышления 648
7. Нарушения отдельных видов мышления 664
8. Нарушения отдельных форм мышления 679
Глава 9. Язык, речь. Нарушения речи 700
1. Общие сведения 700
2. Нарушения речи 762
1. Общие вопросы 762
2. Локально-органические расстройства речи 762
3. Нарушения развития речи 790
4. Психогенные нарушения речи 809
5. Психотические нарушения речи 822
6. Нарушения речи при отдельных болезненных формах 827
Глава 10. Бредовое расстройство 832
1. Общие сведения 832
2. Виды бреда 835
Конец ознакомительного фрагмента. 854

Виталий Жмуров
Психиатрия

Посвящается психиатрам России

Часть 1

Глава 1. Психика

Психика (греч. psychikos – душевный) – имеется в виду душа, внутренний мир, т. е. ощущения, мысли, чувства, действия человека, а в самом общем виде, – его сознание и бессознательное.

В отличие от субъективного ощущения людей, наука, однако, не знает, чем являются восприятия, мысли, эмоции и побуждения: теоретически можно контролировать нервные пути, но что стоит за ними, сознание или бессознательное, неизвестно. Есть и много других вопросов:

1) когда и каким образом психика возникла на месте мёртвого, неживого?

2) родилась она на Земле или где-то за её пределами?

3) сколько раз психика появлялась на Земле? Если она была, то должны бы остаться её последствия на Земле и вне её;

4) как и в какой последовательности она развивалась у теперешнего человека?

5) каким образом и как она возникает в ходе эмбриогенеза?

6) как нервные процессы мозга превращаются в психические и обратно?

7) насколько велики возможности человеческой психики, какой она станет у человека через сто или тысячу лет, каким станет человек будущего, и вообще, на что он способен?

8) способен ли человек познать самого себя или эти попытки частичны и даже бесполезны?

9) какие последствия для индивида, общества и цивилизации принесли и таят её различные нарушения?

10) где пролегает граница между здоровой и анормальной психикой и есть ли она вообще?

11) что есть психическая норма и каковы отклонения от неё, есть ли вообще такая граница?

12) можно ли устранить психические отклонения, они будут сохраняться или они будут охватывать всё большее число людей?

13) возможно ли развитие личности без психических отклонений или человек обречён на вечные ошибки познания и сознание самого себя?

14) есть ли в мире другие существа, подобные человеку или есть существа выше его?

15) какой смысл имеет психика? Для чего кому-то было

создавать её в работе адекватно функционирующего мозга?

16) она нужна конкретному человеку или её представляет коллективные способности вида? Или то и другое в равной степени необходимы?

17) возникла она потому, что в основе мира лежит принцип создания психики или участник её сознания – Всевышний, как бы познающий в человеке себя самого?

Собственную душу человек когда-то отождествил с таинственным, сверхъестественным, надприродным. Он сделал это благодаря отчуждению собственной психики – **деперсонализации.** Она разграничила воображение и инстинкты в первобытной психологии, и это растянулось на сотни тысяч лет. Она, собственно, стала первым появлением расстройства самовосприятия в психопатологии.

Первым известным безбожником стал, вероятно, Сократ. Он был первым основателем философии внутреннего мира человека. Лишь спустя 2 тысячи лет после него возникла психология.

Любой человек, если его спросить о философии своей психики, произнесёт то же самое, что скажет о ней дикарь. Он, вероятно, подумает, что психология человека как-то связана с влиянием извне. Не знают того и самые современные философы и знатоки психики человека.

С деперсонализацией связано происхождение религии. Иначе говоря, именно так возник «Бог». Он предстал как разное в человеческой психике, как хорошее, так и плохое.

Верование, в итоге, превратились в орудие отчуждения человеческой психики.

Не вечное и возвышенное, и не человек поклоняется Богу, человек создаёт Бога таким, каков он сам. Древние о Боге думали не так, как современный человек, но в одном и те, и другие одинакова правы, – отчуждение души обернулось беспредельным презрением к человеку. Именно поэтому самые жестокие войны связаны с религией, так как в ней представлено отношение человека к самому себе. Психолинвист Н. Хомский однажды сказал: «Библия – одна из самых геноцидных книг в истории человечества». И не только Библии.

Атеисты, с этой точки зрения, – эти верующие во зло и их не должно быть. Любопытно, однако, что именно атеисты создали первое в мире недолговечное государство без эксплуатации, который разрушили верующие. С Богом или, что то же самое, Сатаной на устах. Они это делают всегда, нападая друг на друга.

А человек зависисит от всёго, его незавимость – крайне редкое качество. Многие погибают, например, от потребляемого алкоголя, еды, секса, азарта, игры, сект, гипноза, самовнушения и многого другого. И эта зависимость с течением времени только возрастает. Если даже А. С. Пушкин был игроком, О. Хаайм и Ф. Энгельс пили, А. Эйнштейн много курил, что же говорить о других людях. Ныне говорят, что человек потерял способность отличить ложь и действительность, он оказался зависимым и от лжи.

В своё время К. Юнг говорил, что психика – та тонкая нить, на ней висит судьба человека. И она, добавим, самое хрупкое творение мира. В этом состоит и великая сила, и бесконечная слабость человека. От состояния психики зависит не только судьба отдельного индивида, но теперь также множество событий в обществе, на всей Земле, а теперь уже и в Солнечной системе.

Но скептик обычно думает иначе. Что человек делает, например, с природной средой обитания. Почему он, назвав себя термином homo sapiens, не осознаёт, что рубит сук, который вот-вот сломится под ним? Почему, например, вырубает леса, лишает жизни животных, птиц, разрушает Байкал и т. д. Всё очень просто. Ему нужны деньги и власть.

Поэтому он ведёт дело к ***экоциду*** и к гибели себя самого (греч. eikos – дом, родина, лат. caedero – убивать)? Не высшее творение, вовсе нет, он – типичный самоубийца. По А. Маслоу, человек в своём общественном сознании не продвинулся далее 2 уровня из 5, и не продвинется, скорее всего, и далее.

Ещё хорошо, если убивал бы он только себя, последнее, кажется, он заслужил. Как это происходит у северного человека, который теперь вырождается. В России за 2018 год население убыло на 100 000–240 000 человек, в 2019 годы убыло 300 000 человек, то же происходит и в странах Запада. Какого-то определения психики в определении пессимиста здесь нет, угадывается только надежда на то, что она суще-

ствует, но существует лишь у небольшой части лиц. Но эти люди не могут обуздать массовую психологию почти 8 млрд малограмотных людей.

Психиатры осознают, что по мере накопления у человека психических отклонений становится всё более «помешанным» и тот мир, который люди создают вокруг себя. Мир и в самом деле «сходит с ума». И, считают, быть адекватным теперь – это уже ненормально, а сегодяшний святой – это вчерашний грешник.

Приведём, однако, другие определения психики.

1. Это термин, обозначающий «достаточно избитый результат объединения усилий философии и психологии», пытаясь внятным образом показать внутренний мир человека. Философы утверждают, что «психика есть свойство высокоорганизованной материи отражать объективную реальность в процессе взаимодействия с ней…способность разграничивать себя и окружающий мир…способность регулировать…проверять…действовать». Подчёркивается, что «важнейшей характеристикой психики является её активность».

«Объединение усилий» привело к тому, что из ванны вместе с волной «идеализма» водой выплеснули и «высокоорганизованную материю» – **самого человека.** Главное, это фраза о том, что материя, – имеется в виду мозг, нервные процессы, – первичны, а психика – вторична. Психика – феномен, всего лишь сопутствующий материальным процес-

сам. И не важно, что человек при этом думает и думает ли он вообще.

Правда, некоторые философы термин «высокоорганизованная материя» поменяли на представление о сознании («субъективной реальности», «идеального»). В итоге философы решили, что делает само сознание, на что оно способно, они часто пишут, что об этом думали древние греки, немцы, французы и т. д., как если бы кто-то из них мог разъяснить, что представляет собой психика. Отношение же к человеческой личности, каким оно было раньше, таким оно и остаётся и теперь.

2. Психика – это, с одной стороны, функция головного мозга человека, способность создавать мысленные копии происходящего в действительности и модели возможного в будущем. Она – беспредельная Вселенная, уместившаяся в черепе и спрессованная в знание, в «микрокосмос», – необъятный мир, который посредством собственных усилий человек познаёт себя сам. С другой стороны, психика – результат способности человека усваивать коллективный опыт человечества, превращать его в своё личное достояние.

Вне общества, с такой позиции, существование психики абсолютно невозможно, и не только у человека. У отдельных муравьёв, например, собственно психика отсутствует, но она существует, только представлена в разумной организации жизни муравьиных колоний. Психика человека, также социального существа, но она иная, её представляют инфор-

мационные процессы в мозге.

Мозг человека – уникальное из известных во Вселенной устройств. С каждым шагом человека вперёд он совершенствуется, так что нейробиологам надо вечно догонять вчерашнее время. Это с одной стороны. С другой стороны, отдельный человек – это всего лишь социальная функция, и его мозг работает, в основном, по социальным, а не только по биологическим программам (с их рефлексами). Сам мозг человека за последние 10–20 тысяч лет анатомически существенно не изменился, и в то же время в психике человека произошли гигантские изменения.

От охотника на мамонта и наскального художника он стремительно продвинулся в космос, в биологии – до генов, создателя коллайдера и искусственного интеллекта. Можно утверждать, что наиболее значительным достижением цивилизации являются успехи в области воспитания, образования и социального программирования. Как говорит Э. Кант, человек становится человеком лишь благодаря образованию.

3. Гипотеза биосоциальной природы психики наталкивается на возражение. Дело в том, что человек – единственный из всех пока что известных существ, способный подняться над собой, природой и обществом. В частности, только он может создавать новые программы восприятия действительности и собственного поведения, а не просто повторять, воспроизводить то, что в него вложили воспитатели и учителя. Когда, например, он делает научные открытия, находит

нестандартное решение проблем и т. п., и раздвигая границы своего знания.

Каким образом человек это делает, неизвестно. И это не проблема устройства и функционирования его мозга. Творит не мозг, а человек, наделённый управлять неизвестным. Посредством своего мозга. Нельзя научить творчеству воспитанием или образованиием, не зная, в чём именно оно состоит. Первична именно психика человека, или точнее – его личностъ.

Тем временем ежедневно у человека возникают и новые достижения, и угрозы. Разрабатывая, к примеру, биотехнологии, человек претендует на природные основы земной жизни. И неизвестно, как поведут себя новые биологические формы. Такой человек, правда, этого не знает, но искренне думает, что сможет узнать наверняка. Одновременно с этим он подошёл к тому, чтобы конструировать роботы. Эти роботы уже заменяют человека во многих сферах деятельности. В скором будущем, как предполагается, роботы сменят человека в т. н. технической, цифровой цивилизации. Уже сегодня думают о том, чем бы занять человека, чтобы он не стал придатком машины. И, кажется, занять его абсолютно нечем, труд его будут исполнять роботы.

4. В употреблении термина «психика» часто обнаруживаются ещё две противоречивые тенденции. Одна из них состоит в том, чтобы представлять психику как некое метафизическое явление, оторванное от материальных систем, в

частности, от головного мозга человека. Это позиция теологов, согласно ей душа человека рассматривается как проявление божественной сущности.

Господь, согласно известной теории христианства, вдохнул душу в своё изделие и отпустил человека на свободу. На свободу в нескончаемых поисках добра и зла. С тех пор люди стремятся к добру, но понимают его каждый по-своему и поэтому враждебны друг к другу. Эта позиция противоречива.

С одной стороны, душа человека – частица Бога, она вечна, нетленна. А с другой стороны, не человеку решать, что представляет божественная душа. Надо молиться, соблюдать религиозные церемонии, стоять в церкви. Иерархи церкви говорят, правда, о науке, но вера и истина – разные вещи. Вера и убеждение не совпадают.

Другая тенденция стремиться представить психику как «удобную биологическую метафору», представляющую собой явление, ***изоморфное*** нейрофизиологическим процессам мозга (греч. isos – равный, одинаковый, подобный; morphe – форма). Её представляет теория ***психофизического параллелизма.***

Она утверждает, что нервные процессы и психические процессы протекают параллельно, но они нигде не пересекаются и не оказывают друг на друга никакого влияния. Следует исследовать нервные процессы и в то же время исследовать никак не связанную с ними психику человека, не пытаясь объединять учение о мозге и психологию в одно целое,

не задаваясь заведомо неразрешимыми пока что проблемами в надежде на лучшее будущее.

5. Психика суть множество гипотетических мысленных процессов и действий, которые могут служить «объяснительными приёмами для психологических данных». Эта модель использования термина «психика» становится, как считают некоторые авторы, доминирующей. «Мысленные процессы и действия» в данном подходе представляются некими абстракциями, а его сторонников объединяет отказ исследовать не только мозг, но и социальные детерминанты психики.

Внимание сосредоточивается при этом на объяснительной эффективности той или иной модели сознания. Наиболее часто это значение термина используется теми, кто работает в области искусственного интеллекта, современными когнитивными психологами и некоторыми философскими школами, в частности, функционализмом – направлением исследований, защищающим положение о функциональной эквивалентности психологических и нейрофизиологических процессов.

6. Психику представляет множество сознательных и бессознательных умственных опытов индивида. Это определение является не самой удачной попыткой избежать упомянутую философскую путаницу, так как оно, в свою очередь, создаёт проблемы «второго порядка» – в первую очередь из-за неясности того, что следует понимать под сознанием и под бессознательным. Данную позицию последовательно защи-

щает психоанализ, хотя в нём считается, что оно вполне понимает, чем является подсознание.

Например: «Общая теория психоанализа, если определять её более обобщённо, есть психология психических процессов и их организации. В такой психологии психика перестаёт быть статической структурой или чем-то вещественным и становится динамической сущностью, тем, что объединяет действия и последовательность адаптивных реакций (Brierlie, 1951). При этом для психоанализа не важно, как функционирует головной мозг, какова роль общества и культуры в развитии психики.

7. Психика есть совокупность процессов, таких, как восприятие, память, мышление и вообще познание (сознание и другие психологические функции в этом определении отсутствуют). Считается, что это вторая по распространённости точка зрения на психику. В сущности, в таком подходе нет определения психики как таковой, а есть лишь неполный перечень функций или свойств того, что рассматривается как психологическая реальность. Этот подход в сущности тот же, что и бытовой.

8. Психика рассматривается как эквивалент мозга – позиция, которая восходит к американскому учёному У. Джемсу, одному из основателей психологии. Её можно переформулировать так: необходимо изучать мозг и только тогда можно узнать, что представляет собою психика и сущность человеческого. Позиция спорная.

Можно разобрать компьютер на отдельные детали или даже на атомы и ровно ничего не понять, каким образом он устроен, где содержится в нём та самая психика человека, которую человек вдохнул в компьютер. Точно также изучение самого по себе мозга человека ни на шаг не продвинет понимание его души, даже если мозг будет изучен до самого последнего синапса или молекулы, – в нервной ткани нет и следов присутствия нематериальной психики.

Тем не менее ряд психологов сохраняют веру в то, что позиция У. Джемса должна быть истинной. Конечного счёта не может быть там, где начинается бесконечность. Безусловно, изучать мозг необходимо, это очевидно, иначе появляется психоанализ и бихевиоризм.

Время от времени, как известно, предпринимаются попытки заменить психологию рефлексологией и нейрофизиологией, преобразовать клиническую психиатрию в учение о патофизиологии. Современные нейробиологи и этологи пошли дальше. Они не только скептически настроены к психологии, психопатологии.

Они утверждают, что мозг работает по биологическим программам. Мозг устроен так, что не работает без крайней на то необходимости, и он работает только для себя самого. И не будет работать, сберегая ресурсы энергии, – ему вообще нет дела до человека. Иными словами, человек – придаток мозга, а его мозг, – уверяют нейробиологи, – враг человека и «враг человечества».

9. Психика есть спонтанное свойство сложно организованной структуры – позиция, связанная с философской концепцией эмерджентизма (лат. emergens – выбивающийся, неожиданно возникающий). Указывается, что в любой биологической системе, достигающей достаточной степени сложности в организации её структуры, неизбежно возникает психика (или сознание). Иными словами, психика свойственна не только человеку, но и высокоразвитым животным, и это действительно так. Принципиального различия между ними, следовательно, не существует.

А это значит, что результаты исследований на животных справедливы и к человеку, и наоборот. Всё то, что свойственно человеку, в значительной степени присуще и животным. Более того, животные самой природой застрахованы от человеческих пороков и глупостей, они существуют в гармонии со средой обитания, чего, увы, человек лишился.

Качества животных присущи и роботам. Исследования показали, в частности, что у группы роботов появляется собственный язык, недоступный человеку. Их программируют люди, но, как выяснилось, роботы придумывают что-то и сами. Удивительно дело, но среди роботов стали появлятся настоящие расисты, они стали ненавидеть людей.

Такой системой логично считать не только отдельного индивида, шимпанзе, робота. Это качество в ещё в большей степени присуще всёму человеческому сообществу, всей биосфере, всему миру, наконец. А если это так, то хочется

того или нет безбожникам, но ничего другого не остаётся и им, как только признать факт социальной, планетарной или вселенской психики (сознания). Данная позиция является, пожалуй, лучшим способом доказательства существования Бога.

10. Психика есть список или набор синонимов. Таких, например, как душа, самость, сознание, psyche, mens, Seele, self и т. д. Таким формальным определением ничего не достигается, кроме смешения в одну группу различных достигается лишь подход, согласно которому назвать что-либо, обозначить каким – то термином, означает что-то объяснить, понять.

11. Психика суть интеллект. Собственно, это даже не определение понятия, а скорее свойственная дилетантам разговорная модель употребления термина «психика».

12. Психика – это характеристика или черта. Это определение, как и предыдущее, является не очень профессиональным употреблением термина, используемым в таких выражениях, как «психика художника», «северно-европейская психика» и др.

13. Психика есть особая субстанция, обладающая материальными свойствами. Это продолжение средневекового представления психики, которую, как считалось, мозг выделяет подобно тому, как печень продуцирует желчь. И ныне даже видные исследователи считают доказанным факт того, что психические явления есть нечто осязаемое, материали-

зованное, их можно запечатлеть на ЭЭГ, расшифровать их содержание, зафиксировать на фотоплёнке или даже взвесить (душа как бы имеет массу 5–7 г).

Многие парапсихологи пытаются доказать, что мысли можно транслировать на расстояние, улавливать их и что мыслеформы закодированы в биотоках мозга. Распространена также вера в то, что психика способна оказывать непосредственное воздействие на материальные процессы. Мыслями можно, к примеру, передвигать предметы. Ещё полезнее мысленно «чистить» ДНК – устранять повреждения генов, предупреждать и лечить наследственные болезни.

14. Психическое – это множество нервных связей в головном мозге индивида, относящееся к вниманию, памяти, мышлению и другим проявлениям психического. В головном мозге человека десятки, а может быть сотни триллионов таких нервных связей. Неизвестно, как человек поведёт себя не только в настоящем, но и в будущем. Может случиться и так, что человек будет угрожать жизни ядерным оружием, изобретая болезнетворные микробы, если, наконец, он будет страдать психическим расстройством. На мировых часах, как известно, осталось 2 минуты до гибели человека. Очень не хотелось бы так думать. Ведь пока что человек считается единственным разумным существом в мире.

Психика изучается психологией. Психика животных и психика человека во многом сходны, но человек по своей сути устроен иначе. У него, помимо психики, есть «духов-

ность» – его отношение к действительности и к самому себе. Становление души приходится на ранний детский возраст, если это не происходит во время беременности. «Душа», – указывает «Большой Толковый Словарь русского языка» (2000 г.), – это «внутреннее состояние, моральная сила самого человека, коллектива; дух» (термин «дух» происходит от выражения «стеснять», «нарушать дыхание», то есть препятствовать поступлению кислорода в организм).

Если индивид заботится преимущественно о себе, ему нет дела до других людей, до проблем общества. История полна примеров, когда одна нация побеждала другую на десятки и сотни лет. И что в итоге? Рим, англичане, французы и немцы правили половиной мира, и что сейчас представляют собой эти страны? США полвека угнетала весь мир, и где находится этот «спаситель мира от фашизма», разрываемый от политических разногласий и от проблем в мире.

Бездуховный человек – это дефицитарный тип личности, он находится на грани нормального развития личности. Есть также некоторые основания говорить о существовании разных типов духовности. Дело в том, что человек не может подняться выше самого себя. Если следовать А. Маслоу, личностей разного типа насчитывается всего пять, а «высшего» типа – всего 1–3%. Наука пока не знает, почему люди столь разные. В странах, далёких от Запада, считается, что нормальные люди по своей природе одинаковы по своим возможностям.

«Психическое» и «духовное» имеют разное происхождение. Психика есть и у животного, но душа есть у личности, управляющей человеком. В 20-м столетии появилась ***персонология***. Психология становится как бы составной частью персонологии. Например, психология и персонология психопатов – это очень разные вещи. Психически психопат может быть вполне адекватным, а личностью – очень простой. Психика у психопатов может очень высокой, но их личности чаще занимают лишь самые низкие границы нормы.

У человека существуют также **идеалы** – «цель, к которой стремятся люди и которая руководит их деятельностью» (Большой толковый словарь русского языка, 2000) и средства, которыми эти цели достигаются. Идеальное – желаемое будущее, оно недостижимо. Это то же самое, что и дух. «Дух – указывает В. Франкл, – упрям, вопреки страданиям, которые может испытывать тело, вопреки разладу, которые может испытывать душа». Но люди всегда стремятся к идеалам, понимая, правда, их по-разному. Состоят же идеалы из неосознаваемых итогов активости человека в обществе, они существуют как бы в надсознании.

Но лишь небольшое число людей придумывает идеалы сами, обычно чаще человек их кого-то заимствуют. В том числе заимствует у душевнобольных людей. Нередко и даже очень часто встречаются ситуации, когда большинство людей идёт вслед за нездоровым человеком, который выражает их нездоровые потребности.

История полна таких примеров. Ф. Ницше писал, что психическое нездоровье иногда случается, но очень многие люди следуют за нездоровым человеком. Восприятию идеалов у большинства людей мешают самооправдания (защиты). Когда защиты теряют силу, то и перед смертью индивид может просить людей простить им за своё прошлое.

Душевнобольной пациент нередко бывает по своим идеалам выше т. н. здорового индивида, так он как бы не зависит от общества, как здоровой человек. Многие выдающиеся люди страдали психическим расстройством и в то же время были первооткрывателями этого мира. Все, кто учился в школе, знают многие удивительные изобретения и поразительные открытия, сделанные такими людьми. Психическое заболевание в этом смысле не влияет на идеалы человека.

Определяясь с ценностями бытия, люди в большинстве своём обнаруживают как высокие духовные способности, так и невысокие либо низкие. Большинство лиц демонстрируют ***фрагментацию своей личности***, при этом сами того не подозревая, как в разных ситуациях они ведут себя очень поразному.

Природа такой фрагментации не изучена. Возможно, что она есть результат склонности разных потребностей человека к изолированному существованию в условиях дефицита сознания. Повидимому, фрагментация личности есть основа развития множественной личности, впервые описанной А. И. Куприным в рассказе «Убийца».

Ещё Фукидид писал, что великие делают, что они хотят, а малые люди от этого страдают. Так продолжается и ныне. Лишь небольшое число состоятельных лиц управляют миром так, сохраняя тем самым своё заслуженное место. В 2019 году, по словам генсека ООН, 26 человек имели такой же доход, как и у остальной части человечества.

И в то же время знаменитые люди делают всё возможное, чтобы лишить остальных достичь максимального в своём развитии. Так, в странах с низким уровнем дохода, 17 % лиц, родившихся 20 лет назад, уже умерли по разным причинам (данные за 2020 год).

Всё это достигается с помощью образования, в котором главную роль играет единый государственный экзамен, заказных средств массовой информации, других методов «оболванивая». Такие «состоятельные лица» ничего не знают о будущем человечества, учение об историческом его развитии не для них. Они проецируют на общество результаты своего труда, не всегда полезного для нормального человека. Всё, что ценно в человеческой жизни, писал А. Эйнштейн, зависит от возможности развития, предоставленной человеку.

Нередко их успех в жизни – разновидность наркотической зависимости, т. е. зависимости от дохода, прибыли. В частности, так думал о своей власти У. Черчилль, считавший свою потребность во власти наркоманической. Так думают, однако, немногие, большинство остаются такими же всю свою жизнь.

Если ссорятся, допустим, Ротшильды и Рокфеллеры за рынки, начинается война. Главное происходит в мире от того, какие идеалы внушаются людям власть имущими. Такие идеалы связаны деньгами и сексом. Очевидно, что именно с этим связаны многие проблемы общественной жизни: агрессия, суициды, расизм, геноциц, безработица, работоторговля, проституция, коррупция, разводы и многое другое.

Иудей Д. Рокфеллер со сверхценной идей обогащения, способный уничтожать конкурентов, филантроп, сделавший 6 операций на сердце, считал: людей, ни на что не способных, не похожих на него, стало очень много. Разве не так возникает нацизм? Только от того, что у человека много денег и он думает, что может купить на них всё без исключения. Даже представление человека о самом себе?

Обществом должны управлять, по А. Эйнштейну, «справедливые» люди. Типа В. И. Ленина (Ульянова). Но такие люди появляются редко. Был И. Христос, но это была мечта о загробной жизни. Но с Лениным для большинства людей это стало реальностью. И абсолютно неизвестно, появится ли такой человек когда-то вновь и, наконец, примут ли его люди в будущем.

Сходные сложности возникают при попытках определить не только понятие о психике и личности, но и другие категории, такие, как «материя», «энергия», «информация», «время», пространство» и т. п. Сказанное впереди – лишнее свидетельство того, как отсутствие чётких дефиниций не только

помогает, но и сильно может мешать познанию действительности. Синонимы: Психическая деятельность, Сознание.

Глава 2. Психическое здоровье

1. Введение

Понятие психического здоровья в сущности равно «идеальному газу» – в природе его не существует. Да, тема привлекательна, интересна, но первые трудности начинаются в терминологии. Как будто ясно, что здоровье – это понятие качества, человек может быть либо здоровым, либо больным, третьего не дано. Как говорит персонаж сказки А. Н. Толстого о Буратино, пациент либо жив, либо мёртв.

Если, однако, он жив и здоров в данный момент, то через час или месяц может заболеть, но когда и чем, неизвестно. В то же время, если человек заболел, не стоит писать завещание. Его организм сопротивляется болезни, он может с нею совладать, причем иногда без врача, либо пациент, оставаясь больным, долгое время продолжает работать, лишаясь, условно говоря, 5 или 10 % своего здоровья. Эта утрата часто относительна. Например, потеря 10 % психического здоровья индивидом с пограничной умственной отсталостью низводит его на уровень олигофрении.

Но те же 10 % у индивида с JQ 160 % не превращает гения в обывателя. Современная наука о человеке пока не может представить ни качественных, ни количественных характе-

ристик его здоровья. О болезнях со времён Гиппократа написано гигантское количество текстов. В то же время в учении о здоровье трудно найти что-либо кроме заклинаний о неисчерпаемых природных ресурсах здоровья да ещё, пожалуй, сомнительных публикаций валеологии («науки о здоровье»).

Начнём с того, что здоровье – это не просто отсутствие каких-либо признаков болезни. Таких признаков долго не бывает иногда и в случаях тяжёлой болезни. С другой стороны, такое индивид ничем серьёзно не болен, но от мнимой болезни может покончить с собой. Более важная характеристика здоровья состоит в сопротивляемости болезни, а при её появлении, – в способности к выздоровлению.

Здоровье это не только результат эволюции человека очень многих поколений. В значительной мере это и торжество социальной политики государств, отчего продолжительность жизни с 25–30 увеличилась до 70–80 лет. Человек также обязан своим здоровьем выдающимся научным достижениям в области биологии, медицины и особенно профилактической медицины. И всё же определить грань, отделяющую норму от патологии, а здоровье от болезни в связи с быстрым ростом требований к здоровью и инвалидизацией сегодня так же сложно, как и сотни лет назад.

2. О практике разграничения нормы и патологии

Несколько примеров того, как иногда решается такая проблема. Правда, относятся они к казуистике, но именно они наиболее показательны.

В 2002–2005 г.г. в Германии, по данным СМИ РФ, выяснилось, что людоед нашёл по интернету жертву, пожелавшую быть съеденной. Каннибал – образованный, состоятельный, одинокий программист средних лет. Свою встречу с жертвой он записал на диск: после того, как он ампутировал и зажарил её половой член, оба они «перекусили», затем каннибал её умертвил. После разделал труп на части, рассортировал, аккуратно упаковал куски мяса для холодильника и несколько дней лакомился мертвечиной.

После ареста немец своей вины не отрицал, был изолирован. С сокамерниками вёл себя обходительно, дружелюбно, те, якобы, его уважали. Проводилась ли судебная психолого-психиатрическая экспертиза, не сообщалось. Судьи, правда, были шокированы тем, что в стране обнаружилось 800 посетителей сайтов каннибалов. Проводилась или нет посмертная судебно-психиатрическая экспертиза жертвы каннибала, сведений также нет, но едва ли он вполне здоров.

Пожалуй, главное в этой истории, – это то, что решение

вопроса о психическом состоянии каннибала приняли судьи. Лица, которые в подобных вопросах едва ли более компетентны, чем клинические психологи и судебные психиатры, которые очень разные и не порой находят общих слов друг с другом. Иными словами, это указывает, что сказанное о понятих «норма» и «патология» относятся к сфере права и политики.

На основании каких критериев принимаются подобные судебные акты? Таких критериев два. Во-первых, подэкспертные не обнаруживают очевидных симптомов психотического расстройства (бреда, обманов восприятия и т. п.). Во-вторых, такие лица могут быть неплохо адаптированы к жизни, а обладая высоким интеллектом, могут скрывать или запутывать мотивацию своего поведения.

В СССР долго, к примеру, не верили тому, что педофил Ч. – заслуженный педагог СССР с безукоризненной служебной репутацией. Достаточная степень социальной адаптации – это едва ли не главный критерий в пользу того, что индивид будет признан адекватным индивидом. Ещё один пример такой нормы – недавний президент Уганды. Скорее всего, да, он нормален, но лишь в той мере, в какой нормальным может быть расист, людоед, насильник и массовый убийца.

В целом попытки решать вопросы нормы и патологии, здоровья и болезни текущими моментами едва ли результативны. Поскольку речь идёт о том, каким является данный человек, как и с каких позиций следует оценивать его пове-

дение. В Средние века в Европе, когда хотели узнать о связи человека с дьяволом, поступали эффективно: подозреваемого в связях с ним связывали, бросали в воду и ждали, – утонет он или нет. Если не утонет, то с дьяволом он не связан. Тонули, правда, все без исключения.

В итоге, святая инквизиция на сотни лет задержала развитие науки. В настоящее время суд, как и во времена «Молоха ведьм», является официальной инстанцией, способной поставить точку в дискуссии или задержать на время трудности в понимании природы человека. Суд не может их устранить, он не источник разума, а функция. Он работает для социальной группы, которая находится у власти. Всегда есть люди, несогласные с мнением суда, и эти люди могут быть правы. Суд прав не потому, что он прав, а потому, что он суд, – такова позиция западного, а ныне, похоже, и российского правосудия.

Но власть всегда неоднородна, она всегда суть компромисс разнонаправленных сил. Отсюда может быть выгодной интерпретация одного и того же закона разными судьями. У нас за инцест можно получить уголовное наказание, а можно не получить. В ряде штатов США этого также не делают. В сентябре 2016 г. суд США отказался, например, регистрировать брак матери со своей дочерью после того как мать развелась с сыном, брак с которым узаконил другой суд.

В путаном законодательстве США, в котором не разбираются даже юристы, до сих пор существуют законы с расист-

скими, курьёзными, порой комичными запретами, принятыми более века назад. Например, в штате Дакота действует закон, предписывающий стрелять в группу индейцев, если их более 5 человек. «Пуританский» закон другого штата требует исключить из шекспировского текста «Ромео и Джульетта» 400 слов, которые у авторов закона ассоциируются с сексом. И это происходит после «сексуальной реформы», поэтому встречается будто бы 54 типа отношений к сексу. Расовые волнения в США в 2020 году перекинулись в Европу, знаменуя, как говорят, конец капитализму.

В то же время нет страны, где не преследуется «промывание мозгов» – методы разрушительного информационного и психологического воздействия на сознание человека. «Зомбирование» не встречает в судах мира никаких препятствий. Безответственные суды становятся иногда на сторону, например, тоталитарных сект. Так, сообщалось, что в ноябре 2016 г. московский суд оставил детей матери из секты Иеговы, известной своей деструктивностью, отказав отцу в просьбе отдать их на воспитание ему. Давать на откуп судебной власти решение вопроса о психическом здоровье, таким образом, рискованно.

Считается, что личность человека – это неделимое целое, в котором все её стороны более или менее гармонизированы. То есть, если индивид нормален в чём-то одном, то он должен быть адекватен и в другом. Столь высокая степень интегрированности личности теоретически возможна. В дей-

ствительности, в особенности в тех случаях, когда возникают вопросы разграничения нормы и патологии, приходится признать, что это далеко не так. То есть личность многих, если не подавляющего большинства людей, разделена на несколько фрагментов, каждый из которых обладает относительно высокой степенью свободы. «Вот что, признаться, меня поражает – взаимный раздор между желаниями одного и того же человека…у человека вы найдёте больше воль, чем минут» – удивлялся Ф. Петрарка.

Действительно, в одном и том же индивиде, как правило, уживается хорошее и дурное, возвышенное и низменное, прекрасное и безобразное. И разные начала в человеке могут развиваться как бы независимо друг от друга. Выдающийся художник может быть отпетым подлецом, садист – тонким ценителем музыки, великий учёный – закоренелым женоненавистником, замечательный спортсмен или актёр – социальным идиотом, священник – педофилом, а уголовник – нежным отцом.

Можно одновременно быть коммунистом, христианином и язычником; работорговцем и просветителем-гуманистом; основателем научного коммунизма, алкоголиком, каким был Ф. Энгельс, или, как американский писатель-классик Фаст, сионистом и коммунистом. Кем бы был Ф. Энгельс и ещё больший руссофоб К. Маркс во время Второй мировой войны, чью бы они сторону заняли? Не Сталина, нет. Удивительно и то, что сам индивид очень редко замечает раздирающие

его внутренние противоречия.

Единственное, что следует сказать, это не плохие законы, некомпетентные суды или извращения режима, а отсутствие подлинного знания о природе человека. Это примерно то же самое, указывает В. Франкл, как вооружившись телескопом, пытаться изучать происходящее на Земле.

3. Психическое здоровье, актуальность проблемы

Ситуация сильно усложняется, когда речь идёт не о здоровье вообще, а заходит о психическом здоровье. Можно почти со 100 %-й уверенностью установить, что индивид не болен гриппом, СПИДом или гипертонической болезнью, но намного труднее определить, страдает он или нет психиатрической патологией – слишком много здесь неизвестного, условного, относительного. По данным экспериментов, которые проводились у нас в прошлом, выяснилось, например, что из 10 профессоров психиатрии 8 или 9 из них выставляют разные диагнозы и готовы отстаивать свою позицию «до страшного суда». Проблема психического здоровья актуальна по ряду причин. Имеются в виду распространённость, негативная динамика психиатрической заболеваемости, тяжесть социальных последствий.

1) ***Распространённость психиатрической патологии*** в настоящее время не поддаётся достоверному учёту, но,

предположительно, она ***велика.*** Так, по данным уникального эпидемиологического обследования, проведённого в США в 1990-х годах, было установлено, что 47 % американцев наблюдались ранее и/или наблюдаются в настоящее время у психиатров (не считая тех, кто наблюдается у психоаналитиков). Сходная ситуация отмечается и в других странах.

Если в России ситуация с психиатрической заболеваемостью столь же серьёзна, как в США, то число больных и бывших больных достигает у нас 60–70 млн человек. Немало, разумеется, проблем и с другими патологиями: 6,5 млн больных с сахарным диабетом, 1 млн ВИЧ-инфицированных и многого другого. Не признавать распространения психической заболеваемости означает одно из двух: демонстрировать либо непонимание, либо нездоровую заинтересованность в этом.

2) ***Повсеместно отмечается устойчивая тенденция к росту числа психиатрических пациентов***. Например, в РФ на психиатрическом учёте в 2001 г. состояло на учёте 3 508 586 пациентов, в 2014 г. их число составило 4 093 994 пациентов (рост на 16,7 %). По мере повышения качества жизни и начиная с 2010 года прирост числа пациентов в РФ существенно замедлился. Но это по данным официальной статистики, которая по разным причинам не отражает реального положения дел в разных странах. Напомним «феномен айсберга»: число учтённых пациентов невысоко, более лиц не состоящих на психиатрическом учёте. Например, в США

до 75–80 % пациентов, страдающих депрессией, не выявляется и не получает специализированной помощи. В других странах и в РФ такая же ситуация.

Рост психиатрической заболеваемости идёт, в основном, за счёт:

а) ***наследственных заболеваний*** и болезней с наследственной предрасположенностью, число которых быстро увеличивается. Это прямой результат деградации естественной среды обитания на планете;

б) ***заболеваний с конституциональной предрасположенностью***, вызванное ухудшением материнского здоровья многих матерей, высокой частотой абортов, рождением детей от матерей в слишком юном возрасте и других материнских патологий;

в) ***социально зависимых форм патологии***, обусловленных социально-психологическими причинами (стрессами, ощущением пустоты жизни и т. д.). Имеются в виду химические и нехимические формы зависимости). При этом в РФ, как и в других странах, хуже всего обстоит дело с профилактикой, учётом и лечением пациентов, страдающих зависимостью, частота их растёт;

г) множество лиц***, страдающих неврозами, психогенными заболеваниями и психопатией,*** число их возрастает.

В то же время власти многих стран лишь сихогеннымиделают вид, будто они обеспокоены распространением психиатрической патологии и болезней зависимости. Не сооб-

щалось о том, что кто-то из президентов или генсеков выразил серьёзную озабоченность ростом психиатрической заболеваемости. Более обеспокоены они, похоже, тем, что где-то начинается бескомпромиссная борьба с нею, в частности, с наркоманией. Так, жёсткие меры противодействия последней на Филиппинах (смертная казнь, поощрение самосуда над наркодилерами), в результате которых в 2016 г. убито более 1,5 тысячи поставщиков наркотиков, а свыше 700 000 торговцев наркотиками добровольно сдались властям, вызвали критику президента Филиппин со стороны властей Евросоюза. В ответ на это президент Филиппин «послал к чёрту» Евросоюз и ещё дальше бывшего экс-президента США, который в юности и сам курил анашу. На 100 млн населения Филиппин приходится 1 млн наркоманов, употребляющих, в основном, амфетамины.

В то же время в США по разным данным, число пациентов с химическими зависимостями достигает 30–40 млн, в России – 3–8 млн человек, то есть в 3–5 раз больше, чем на Филиппинах. В ноябре 2016 г. министр здравоохранения РФ «выразил беспокойство» также распространением ВИЧ-инфекции в России. Высокие показатели ВИЧ-инфицирования – не только результат неосведомлённости, а следствие роста психиатрической заболеваемости и сексуальной зависимости. И теми не менее на радио и ТВ идёт постоянная реклама средств, усиливающих потенцию (афродизиаков). И их покупают больше, чем наркотиков, несмотря на то, что

бесподием страдает всё большее число лиц.

3) ***Социальные последствия психиатрической патологии велики***: огромные трудопотери, страдания родственников больных, нарушения психического развития детей, гигантские затраты бюджета, связанные с содержанием, реабилитацией и пенсионным обеспечением растущего числа душевнобольных и умственно отсталых лиц. Есть и другие проблемы психиатрической заболеваемости. Они связаны с психопатами, невротиками, лиц со сверценными идеями и пациентов с зависимостями.

На них приходится основная часть совершаемых уголовных, экономических и политических преступлений, случаев жестокого обращения с детьми, наркобизнеса, торговли спайсами и органами для пересадки, развязывания захватнических войн, работорговли, проституции, педофилии. К ним и принадлежат создатели порнографии, агрессивных мультфильмов для детей, конструкторы порносайтов, сайтов самоубийц, извращенцев, каннибалов и педофилов, изобретатели жестоких компьютерных игр, «групп смерти» («синих китов»), сайтов, доводящих до крайнего истощения и т. д.

Нетрудно представить себе также социальные последствия, если к власти приходят психопатические личности: расисты, геи и лесбиянки, воры, уголовники, религиозные фанатики. Нередкие случаи такого рода в прошлом становятся как будто всё более частыми в настоящее время. Не может адекватный человек отдать приказ об атомной бом-

бардировке какой-то страны, развязать войну с миллионами убитых и искалеченных ради обладания ресурсами, делать бизнес на болезнях, лекарствах, готовить смертников из женщин, детей и подростков и т. д. Самый свежий и наиболее чувствительный для России пример такого рода – приход к власти в 2014 г. киевской патократии – власти психиатрических пациентов. И такое происходит не только на Украине.

Лечение и реабилитация психиатрических пациентов в принципе не могут быть эффективными. Медицина делает многое, её успехи неоспоримы, но, увы, даже она не всесильна, она не способна действовать на опережение. Особенно если это платная медицина. Разрыв её достижений, с одной стороны, и состоянием психического здоровья населения, с другой, неуклонно возрастает. И в других областях медицины также. Так, каждые 2 года появляется новый штамм вируса гриппа, появляются супербактерий, возникают новые болезни, пандемии. Если этот разрыв будет увеличиваться и впредь ещё 75-100 поколений, то во весь рост встанет проблема тотальной заболеваемости или полного вырождения человека. Многое говорит за то, что именно так и будет.

Единственная возможность человечества поправиться – это профилактика заболеваемости. Не на словах и не половинчато, а на деле, полномасштабно и с сознанием ответственности за будущее человечества. Между тем ни в одной стране мира до сих пор нет стратегии профилактики, конкретного, долгосрочного и финансируемого

плана развития профилактической медицины. Его не было даже в СССР, когда медицина развивалась очень динамично. Не используются в полной мере даже имеющиеся ресурсы профилактики. В РФ ведутся странные дискуссии о вреде прививок, а вспышки кишечной инфекции, кори, коклюша и сибирской язвы в некоторых странах стали восприниматься как рядовые события. Например, на Украине стало много вслучает кори.

Не остановлен рост числа ВИЧ-инфицированных лиц и потребителей наркотиков. В России насчитывается до 900 000 ВИЧ-инфицированных. Всё громче говорят о легализации мягких наркотиков, за лечение наркомании более мягкими наркотиками. Наркомафия проникает не только во власть, но и в медицинскую среду. Так, в июле 2017 г. в США раскрыта сеть медиков из 400 человек, занимавшихся наркобизнесом. Пока наркомания и другие болезни будут приносить кому-то солидную прибыль, трудно расчитывать на то, что возобладает именно профилактическое правление медицины. Капиталу это не свойственно.

Не прекращается неконтролируемый процесс воспроизводства от страдающих умственной отсталостью, алкоголизмом, душевными заболеваниями, от лиц, являющихся носителями генов наследственной психиатрической патологии. В России, генофонд населения которой оказался сильно подорванным в 20-м столетии, этот риск особенно велик. Народонаселение нуждается в изменении основных положений,

иначе ему будет всё труднее.

Кто должен заниматься профилактикой, чтобы можно было расчитывать на реальные результаты? Отдельные индивиды что-то могут делать каждый для себя и своей семьи, но это не выход из положения. Неспособны на что-то серьёзное благотворительные общества, частные фонды, общественные организации. Профилактика заболеваемости по силам только государству, если оно откажется от коммерциализации медицины и отказа от положения, согласно которому здоровье человека – это личное дело каждого отдельного индивида. Здоровье людей, и прежде всего психическое, забота государства и общества в целом. Как и образование.

4. История вопроса

Первые представления о психической норме, патологии и здоровье относят к древности. Впервые они возникли, по-видимому, в Китае. Император Хванг Ци (приблизительно 2764 г. до н. э.) писал следующее: «Человек, страдающий нездоровым воображением, сначала испытывает печаль, меньше ест и меньше спит; затем ощущает себя весьма изящным и благородным, говоря и бранясь денно и нощно, распевая песни, ведёт себя странно, видя странные вещи, слыша странные голоса, полагая, будто он может видеть дьявола или бога». В этом описании отчётливо представлен т. н. биполярный аффективный психоз (маниакально-депрессив-

ный или циркулярный психоз). В середине 1 тыс. до н. э. в Китае возникла первая теория развития патологии.

Её основанием явилась концепция мироустройства Янь и Инь. Янь – мужское, активное начало, Инь – женское, пассивное начало. Янь и Инь образуют единство, которое обозначаются кругом, разделённым на две половины не диаметром, а сигмовидной линией. В каждой из половин маленьким кружком обозначается зачаток противоположного начала. Патология возникает при дисгармонии этих двух мировых начал. Внутренние органы человека и их совокупности (системы) подразделяются на Янь- и Инь-системы. Янь-органы подвержены воздействиям со стороны сознания и неосознаваемых психических импульсов. Здоровье организма обеспечивается Инь-органами. Испуг, тревога, волнение (и прочие Янь-влияния) способны деструктивно влиять на Инь-органы, вызывая болезни.

В папирусе Смита (Египет, 16 век до н. э.; Э. Смит – исследователь, который расшифровал текст папируса) приводится рисунок и описание головного мозга. При этом сообщается, что головной мозг является ответственным за ментальные функции. Папирус Смита – копия другого, написанного за 3000 лет до н. э. Этой материалистической позиции противостояла иная – «безмозглая». Психические расстройства, о них древние египтяне уже знали, рассматривались как результат одержимости злыми духами. Жрецы рекомендовали лечить такие расстройства процедурой изгнания духов бо-

лезни – экзорцизмом. Сохранилась такая практика до настоящего времени.

Гиппократ (Греция, 460–377 гг до н. э.) рассматривал болезни как результат неправильного смешения жидкостей организма – дискразии. «Тихое помешательство» возникает, если головной мозг слишком влажный, «буйное помешательство» – слишком сухой. Гиппократ уже догадывался, что помешательство – массовое явление. Так, однажды он обследовал Демокрита, которые ослепил себя, чтобы глаза не мешали духовному зрению, – познанию истины. Гиппократ сказал, что философ обладает здоровым и ясным умом, а нездоровы те, которые третировали Демокрита. Здоровье рассматривалось в то время как дар богов.

В средние века в Европе на фоне костров инквизиции (последнюю ведьму сожгли всего 150 лет назад) возникла и постепенно укреплялась мысль о том, что её жертвы являются пациентами, у которых повреждён головной мозг. Первая осмысленная реакция на демономанию (специалисты насчитали в то время около 1,5 млн демонов) – книга И. Вейера «Хитрость демонов» (1515–1558). Автор, который считается основоположником психопатологии, указал, что жертвы инквизиции «больны душой и телом». В эпоху Ренессанса главенствующей стала идея о естественных причинах развития болезней. Символом психического здоровья с начала 18 столетия становится неповреждённый головной мозг, а здоровье рассматривается как некая абстрактная норма.

В настоящее время существуют различные точки зрения на то, что представляют собой здоровье и болезнь.

Медицинское представление здоровья, как указывают эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сводится к следующему. Здоровье характеризуют:

1) структурная и функциональная сохранность органов и систем организма. Иными словами, это отсутствие анатомических и физиологических признаков заболевания или нарушений физического развития.

2) свойственная организму индивидуально достаточно высокая приспособляемость к изменением в типичной для него природной и социальной среде;

3) сохранность привычного самочувствия.

Во-первых, первый критерий, если иметь в виду психическое расстройство, возвращает мысль к началу 18-го века: если мозг не повреждён и не нарушены его функции, индивид в психиатрическом смысле должен быть признан, скорее всего, здоровым. Это спорный критерий. Ряд заболеваний, в частности, болезни зависимости, возникают, повидимому, без повреждения мозга.

Во-вторых, потому, что не все повреждения мозга могут быть выявлены как в настоящее время, так и в последующем. Если мозг человека и будет изучен когда-то исчерпывающим образом, то на это потребуется, вероятно, не одно столетие.

В-третьих, психика индивида и его поведение могут быть нарушены и при интактном мозге под влиянием внешних

воздействий. Например, при длительной изоляции детей от общества. Они возникают и в результате деструктивных информационных и психологических воздействий. Когда десятки млн человек за считанные годы можно превратить в параноиков, одержимых идеей расизма, то по своим последствиям это более опасно, чем психиатрическая заболеваемость.

«Достаточно высокая приспособляемость», «достаточно высокая приспособляемость», «типичная для него социальная среда», «привычное самочувствие» выглядят ещё более расплывчато, эти критерии отдаются на оценку самому индивиду.

Что касается термина «психическое здоровье», то в нём, помимо неясности в отношении «здоровья», появляется то, что оценивается под термином «психика».

А. Ребер, автор «Большого толкового психологического словаря» (2001), указывает, что термин «психическое здоровье», если он сохранится, то недолго и только для характеристики отдельных высокоразвитых индивидов. Он уверен, что психика – «эквивалент мозга». Согласно этому мнению, изучение мозга: 1) необходимо; 2) достаточно для понимания того, что представляет собой психика. Всё это уже ранее было. В частности, в виде «объективной психологии» В. М. Бехтерева (1928), а также стремления «преобразовать всю психиатрию в систему рефлексологических соотношений». Изучение психики поэтому лишено смысла, поскольку она

лишь сопутствует рефлекторным процессам. Лишён смысла и термин «психическое здоровье». Известный психиатр В. П. Осипов под впечатлением от бихевиоризма, как и работ И. П. Павлова, предлагал заменить термин «психиатрия» на более адекватный, – «тропопатологию», т. е. науку о расстройствах поведения.

Продолжением этой же методологии является нейропсихология. Знание процессов нейромедиации, уверяют нейропсихологи, позволит решить все вопросы, не обращаясь к «метафизике», – психологии и психопатологии.

Внешней альтернативой упомянутыму подходу является классический психоанализ с его учением об инстинктах и их динамике. Главная проблема психического здоровья состоит в разрядке инстинктного напряжения. Эта разрядка происходит тремя путями: сублимацией, продуцированием симптомов невроза и непосредственным поведением. Чем более социализирован индивид, тем менее вероятна разрядка последнего типа и более вероятно, что он окажется «невротиком». По З. Фрейду, лишь 20 % индивидов могут претендовать на то, чтобы считаться психически здоровыми, – людьми, вполне удовлетворяющими «основной инстинкт».

Нейрофизиология, бихевиоризм и психоанализ едины в главном. Во-первых, в том, что нет принципиального отличия психического здоровья от психиатрической патологии – это вопрос степени, а не качества. Во вторых, нет и существенного различия между психикой человека и животных –

и здесь оно является количественным.

Приведём, однако, критерии, психического здоровья экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ):

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я;

2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

3) критичность к себе и собственной психической продукции (деятельности) и её результатам;

4) соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

5) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

6) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовать это;

7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Если обобщить критерии экспертов ВОЗ, то все они сводятся к отсутствию признаков психического расстройства. В них нет главного: указания на способность психически здорового человека изменять окружающий мир, в том числе социальный мир. Согласно этим критериям, психически здоровым индивидом является обыватель, конформист.

5. Различные подходы к определению психической нормы

В наиболее систематизированном виде они представлены А. Маслоу. Автор указывает, что слова «нормальный» и «аномальный» имеют такое множество значений, что они стали практически бесполезными. «В целом попытки определить соответствие норме относятся или к сфере статистики, или к сфере культуры, или же к биологии и медицине. Однако всё это лишь формальные определения, этакие парадные дефиниции, которые не подходят для повседневной жизни…Для большинства людей, даже для специалистов, в определённых аспектах это вопрос ценностного характера; в действительности речь идёт о том, что представляет для нас ценность, что, по нашему мнению, хорошо, а что плохо, о чём нам следует беспокоиться, за что мы ощущаем вину, а что считаем добродетелью».

Все работы о психической норме, продолжает А. Маслоу, и теперь, и в прошлом были попытками выстроить психологию ценностей, которая могла бы служить практическим руководством для обычного человека, и наряду с этим представлять собой систему ценностных ориентаций для преподавателей философии и других специалистов. Дать представление о человеческой природе не смогли ни философия и наука, ни различные религии. Задача состоит в том, чтобы

предложить такую систему ценностных ориентаций, с помощью которой люди могли бы понять, когда должны сознавать свою вину и когда этой вины за ними нет.

А. Маслоу разграничивает 2 группы представлений о психической норме: традиционные представления и новые концепции.

В группе ***традиционных представлений*** автор рассматривает среднестатистическое значение, социальные нормы, культурные нормы, пассивную адаптацию и отсутствие болезни.

1) ***Среднестатистическое значение***. Статистические исследования поведения человека призваны сообщать о том, как обстоят дела в действительности. При этом предполагается, что результаты исследований объективны, свободны от оценочных характеристик, так как у бесстрастной математики симпатий к чему-или кому-либо не бывает. Между тем большинство людей, даже учёные, не могут устоять перед соблазном одобрительно высказаться в пользу того, что представляет собой наиболее распространённое явление, которое воспринимается при этом как нечто желаемое, то, к чему следовало бы стремиться.

Особенно, подчёркивает это А. Маслоу, это типично для американской культуры, которая «горой стоит за среднестатистического человека». В качестве иллюстрации слабости статистического подхода А. Маслоу ссылается на исследования сексуального поведения, проведённые знаменитым аме-

риканским сексологом Кинси и его сотрудниками. Эти исследования показали высокую распространённость сексуальных отклонений среди населения США.

Доктор Кинси, приводя данные своей статистики, не смог избежать рассуждений о том, что есть норма, то есть нечто желательное. Нормой, полагает он, следует считать наиболее часто встречающееся явление. «В нашем обществе, – замечает по этому поводу А. Маслоу, – обычной является патология сексуальной жизни (с психиатрической точки зрения)». Но, добавляет он, это «не делает её нормальным или здоровым явлением».

Другой пример – таблица возрастных поведенческих норм Гезелла для младенцев, которые полезны для врачей и учёных. Родители, дети которых отстают от средних показателей, волнуются, принимая это отставание за дурной или пугающий знак. Они могли бы утешиться, узнав, что до половины гениев в детстве были бы признаны сегодня пациентами с нарушениями психического развития.

С другой стороны, родители, дети которых опережают средние показатели развития, в большинстве своём радуются, полагая, что это сулит детям блестящее будущее. Увы, не у всех таких детей оно окажется хорошим. В настоящее время на телевидении РФ показывают чудо-детей, они прекрасно поют, танцуют и даже дискутируют по философии. Но, по опыту США известно, что немногие из вундеркиндов будут блистать талантами. Как и «гениям», по оценкам Миннесот-

ского многопрофильного личностного теста.

Если же статистический подход использовать для оценки характера или личности человека, то получим, в итоге, абсурдный результат. В самом деле, что означает среднестатистическая личность? Ровно ничего, кроме нелепости, так как самым ценным в личности является индивидуальная неповторимость, а это главное условие личностного развития.

2) ***Социальные нормы***. Термин «нормальный» часто используется как синоним таких терминов, как «традиционный», «обычный» или «общепринятый», при этом последние термины чаще всего употребляются в позитивном контексте. «Общепринятый» обычно означает одобряемый большинством, проверенный традицией, адекватный или даже единственно верный. Социальные стандарты применительно к психической норме вообще очень спорны. Что означает быть нормальным в рабовладельческом обществе. Быть рабом или владельцем рабов. Кого считать нормальным в феодальном обществе? Сегодня такие же вопросы адресуют капиталистическому строю. Сам-то этот строй нормален или это тот самый строй, который порождает анормальные личности в огромном их количестве и в котором почти нет места адекватному индивиду? Считается, что капитализм объявляется ныне самой совершенной общественной формацией и нет смысла изобретать что-то другое, чем капитализм.

3) ***Культурные нормы***. Они никак не формализованы, поэтому рассуждения на эту тему носят достаточно умозри-

тельный, пристрастный характер. Любое общество неоднородно, его образуют разные социальные группы, найти для всех них общий знаменатель крайне сложно или невозможно. В России существует до 200 различных этносов и культур. Наша страна – одна из немногих, где разные культуры сосуществуют на протяжении веков. Никто в России не говорит о превосходстве культуры собственного этноса, не навязывает своих культурных стандартов. Любой житель в России имеет право говорить и писать на своём языке, но если он предпочитает русский, то только потому, что никому не приходит в голову учить 200 языков.

Психической нормой, во всяком случае, её критериями В России считаются терпимость, трудолюбие, щедрость, открытость, коллективизм, нравственные качества, приоритет духовных ценностей. Так, по крайней мере, утверждается в русской литературной классике. В западной традиции, напротив, представитель русской культуры наделяется крайне негативными качествами. Западный мир с точки зрения восточного человека был расистки настроенным.

4) ***Пассивная адаптация***. Представление о хорошо адаптированной личности, полагает А. Маслоу, – «результат ещё одной неудачной попытки подойти к определению соответствия норме». Психологи, отмечает он, с неприязнью относятся к этой, на первый взгляд, разумной и очевидной идее. «В конце концов каждому хочется, – указывает оно, – чтобы его дети были хорошо адаптированы, были частью группы,

чтобы они пользовались популярностью и вызывали восхищение и любовь своих друзей-сверстников. Важный вопрос с нашей стороны: к какой группе они должны быть адаптированы? Нацистов, преступников, правонарушителей, наркоманов? Среди кого они должны пользоваться популярностью? Чьё восхищение вызывать? В прекрасном рассказе Герберта Уэллса «Долина слепых» признаком дезадаптации была способность видеть, в то время как все вокруг были слепы».

Адаптация – это пассивное принятие модели поведения, которая предписывается культурой и окружением (лат. adaptare – приспособлять). Идеал адаптации – это «любой, кто может быть счастлив, не имея индивидуальности, даже если это хорошо адаптированный душевнобольной или преступник». В дисгармоническом обществе лучше всего приспосабливаются анормальные личности, однако они не могут служить образцом психической нормы.

В таком обществе дезадаптированными и презираемыми являются, скорее, адекватные личности. В третьем рейхе все, кто не примкнул к нацистам, подвергались кастрации за убеждения, уничтожались или спасались от уничтожения бегством. Так и должно быть. Иными словами, представления о психической норме извращаются с точностью наоборот.

Человек не является отпечатком социальной среды. Такое крайнее выражение теории о решающей роли окружаю-

щей среды в формировании личности, заключает А. Маслоу, предполагает наличие в человеке беспредельной податливости и гибкости при отсутствии изменчивости окружающей среды. Эта теория носит фаталистический характер. Согласно ей всё предопределено заранее и наперёд и не может измениться. Но податливость человека не бесконечна, если он не страдает болезненно обострённой внушаемостью. Действительность же существует во времени и течёт в одном направлении, никогда не возвращаясь на прежнее место.

5) ***Отсутствие болезни*** – отсутствие психиатрических отклонений, которые могут быть выявлены современными методами исследования. Психически адекватный индивид может оказаться анормальным при появлении дисфункции мозга, но когда это произойдёт, завтра или спустя годы, сказать трудно. Немало лиц, находящихся на грани нормы и патологии. Либо, если поменяются представления психической нормы, и тогда то, что сегодня представляется адекватным, станет представлением анормальности. Например, история с ЛГТБ, но есть и более важные причины для такого подхода.

6. Новые подходы к пониманию психической нормы

Группу ***новых концепций*** составляет, по А. Маслоу, пока одна. Главной идеей её является представление о психи-

ческой норме как результата реализации природных и сущностных качеств человека. В Европе о природе человека говорят со времён Пифагора, который говорил, что человек свободен при одном непременном условии: если он действует по своей природе. Аристотель считал иначе: он рассматривал человека рабом по своей природе и утверждал, что высшее благо для человека – это быть рабом. Западный мир приписывает гипотезу Пифагора себе, гипотезу Аристотеля внешнему миру, отчего его люди – рабы. Ныне, убеждён А. Маслоу, находит себе дорогу новая концепция, а именно: человек может быть счастлив и благополучен, если ему удаётся реализовать все свои природные возможности, т. е. стать тем, кем он может быть. Поэтому основной причиной психопатологии автор считает «искажение глубинной сущности натуры человека», её существование вопреки своей природе, т. е. «экзистенциального предательства».

Наиболее изучена, по А. Маслоу, потребность в любви. Она занимает третье место в его потребностях и появляется уже в раннем детстве. Всего их пять. После того, как индивид чувствует, что его по настоящему любят, начинается развитие основных качеств личности. Автор говорит далее.

1) Практически всеми психотерапевтами установлено, что, когда мы определяем момент появления невроза, мы очень часто обнаруживаем дефицит любви в раннем детстве. Несколько исследований полуэкспериментального характера подтвердили, что для маленьких детей и младенцев полное

отсутствие любви представляет собой настолько серьёзную опасность, что может представлять угрозу самой жизни. Таким образом, лишение ребёнка любви ведёт к болезни.

2) Данные заболевания, если они не заходят так далеко, что принимают необратимый характер, можно вылечить, особенно в раннем детстве, посредством любви, ласки и сердечного отношения. Даже в процессе психотерапии взрослых и при анализе более серьёзных случаев есть основания полагать, что одним из результатов психотерапии является то, что она даёт пациенту возможность принять и воспользоваться силой любви. Кроме того, существует масса свидетельств, подтверждающих взаимосвязь между детством, наполненным любовью, и здоровьем взрослого человека. Эти данные подтверждают вывод о том, что любовь – базовая потребность для здорового развития человека.

3) При условии свободного выбора дети, если они не испорчены и не исковерканы, предпочитают любовь её отсутствию. Имеется огромное количество клинических наблюдений и этнологические данные, свидетельствующие в пользу этого вывода. Повсеместно наблюдается, что дети предпочитают любящего учителя, родителя, друга враждебному или молодому учителю, родителю или другу.

Плач маленьких детей говорит нам о том, что они предпочитают любовь её отсутствию. Примером могут служить жители острова Бали. Взрослый на Бали не нуждается в любви в той степени, в какой в ней нуждается взрослый америка-

нец. Детей на острове при помощи мучительных переживаний приучают не просить любви и не ждать её. Такое обучение им чуждо: дети горько плачут, когда их учат не просить любви.

4) Жизнь практически всех здоровых взрослых людей (хотя и не абсолютно всех) была наполнена любовью: они любили и были любимы. И они меньше нуждаются в любви по сравнению с обычным человеком, очевидно потому, что уже получили её в детстве в достаточном количестве.

Можно продолжить эту мысль: вероятно, поэтому любовь так ценима в обществе. Она зависит от того, что её не хватило в детстве. Неспроста у большинства людей существует ревность, измены, странные любовные влечения. Человек не должен страдать от любовной зависимости, она для него не то же самое, что элементарное удовольствие. У разных людей понимание любви очень разное.

7. Качества здоровой личности

О природе и критериях психической нормы А. Маслоу говорит следующее. Норма, по его мнению, тождественна высшей степени совершенства, «на которую мы способны». Эта норма находится внутри нас, она не придумана, а существует как реальность и базируется на эмпирических данных, а не на надеждах или желаниях. Её воплощение в реальность иллюстрирует действенность ключевых положений

современной динамической психологии, таких, как спонтанность, освобождение, естественность, самостоятельный выбор, принятие самого себя, понимание своих стремлений и удовлетворение базовых потребностей. Всё это требует радикального пересмотра всей системы отношений в обществе, в котором до сих пор доминируют контроль, подавление, дисциплина, обучение и формирование, поскольку они препятствуют развитию личности, высвобождению сущностных качеств человека.

Характеристики психической нормы, по А. Маслоу.

1. ***Реалистическое восприятие реальности*** – способность видеть её такой, какова она в действительности. Иными словами, реальность не заслоняется от человека привычками, эмоциями, желаниями, ожиданиями, предубеждениями и предрассудками, отчего в потоке текущих впечатлений он способен увидеть скрытые от других тенденции и закономерности. Помимо свежести восприятия, типично отсутствие боязни неизвестности, она привлекает такого человека, он не пропускает ничего непонятого для себя, напротив, его отличает безудержное стремление понять, что за нею скрывается.

А. Эйнштейн говорил, что «самое чудесное из переживаний – таинственность. Она служит источником всех видов искусства и науки». В первую очередь реализм восприятия проявляется в недюжинной способности человека обнаруживать фальшь и нечестность, безошибочно судить о других

людях, распознавать их неискренность, игру или социальные маски, которые они постоянно меняют, едва перешагнув порог своего дома.

2. ***Принятие собственного Я*** таким, каково оно есть со всеми его достоинствами и недостатками в любом возрасте и в разных жизненных ситуациях. Такими же принимаются и окружающие люди, с пониманием и терпимостью к их недостаткам и уважением к достоинствам. Лицемерие, хитрость, притворство, бравада, наглость, игра, попытки произвести на кого-то благоприятное впечатление практически отсутствуют у таких людей. Напротив, их отличают простота, скромность, искренность, уравновешенность и взвешенное отношение к происходящему. Здоровые люди также могут ощущать чувство вины, стыда, тревоги, печали и сожаления, но, отмечает А. Маслоу, это происходит по следующим поводам:

1) личных недостатков, которые можно исправить, таких, к примеру, как лень, бездумное времяпрепровождение, потеря самообладания, причинение страданий другому человеку;

2) пережитков психического нездоровья – предвзятости, ревности, зависти и т. п.;

3) достаточно сильных привычек, относительно не связанных с особенностями характера;

4) изъянов культуры или той социальной группы, с которой эти люди себя идентифицируют.

Таким образом, общая формула психической нормы гласит: здоровым людям неприятны расхождения между тем, что есть, и тем, что может или должно быть в идеале;

3. ***Спонтанность*** в поведении и проявлениях внутренней жизни. Здоровые люди лишены лживости и ханжества, они естественны и непринуждённы во всём, но особенно ярко их спонтанность проявляется в то время, когда они поглощены делом, входящим в сферу их важнейших приоритетов. Любые общепринятые правила поведения и условности, которые они без труда соблюдали до этого и способны им помешать, могут быть нарушены. Это высоконравственные люди, их этические принципы сильно отличаются от общепринятых тем, что подчинены интересам дела, а не интересам власти, какой-то определённой социальной группы или большинства.

Среднестатистический человек обычно ведёт себя не столько этично, сколько конвенционально, ориентируясь на принятые в данном обществе нормы. Обычно он является рабом условностей. Такой индивид стремится, как правило, к удовлетворению лишь относительно ранних базовых потребностей (потребностей организма, потребностей в безопасности, признанию и любви). Здоровые люди не борются за себя в обычном смысле этого слова, они развиваются, стремятся достичь совершенства, более полно реализовать себя.

Они не имеют неудовлетворённых базовых потребностей,

мотивацией для них является личностный рост, самовыражение, созревание и развитие – самоактуализация. Это не следует понимать так, будто здоровый индивид занят исключительно собой, своим внутренним миром и озабочен, как нарцисс, самосовершенствованием. Напротив, он ставит перед собой труднорешаемые задачи в сфере познания и совершенствования окружающего его мира, мобилизуя все свои интеллектуальные ресурсы для достижения своих целей.

4. ***Центрирование на проблеме*, а *не на себе, на своём Эго***. Такие люди имеют определённую цель жизни, решают какую-либо внешнюю задачу, что отнимает у них много времени и сил. Не обязательно, чтобы это была задача, которую они поставили сами себе. Это может быть проблема, разрешение которой они считают своим долгом, обязанностью. Это люди долга, ответственности перед близкими, своим народом, человечеством, их можно назвать подвижниками, преданными своей главной жизненной цели.

За некоторыми исключениями можно утверждать, что эти люди озабочены базовыми проблемами и вечными вопросами, которые принято называть этическими или философскими. Такие люди существуют обычно в максимально широкой системе координат. Образно говоря, за деревьями они не теряют леса, ориентируясь на долговременные, а не сиюминутные интересы и цели. В известном смысле всех их можно считать мудрецами, философами, хотя и в большинстве своём они – самоучки.

Широта взглядов, способность подниматься выше обыденных проблем, мыслить масштабно имеет, повидимому, решающее значение для межличностных и социальных взаимоотношений. Благодаря этим качествам вокруг здоровых людей создаётся атмосфера спокойствия и веры в преодоление преходящих проблем, которая распространяется и на окружающих людей.

5. ***Склонность к уединению*** проявляется тем, что здоровые лица могут пребывать в одиночестве безо всякого ущерба для себя и без ощущения дискомфорта. Эти люди не нуждаются для удовлетворения своих потребностей во внешнем окружении, например, в других людях. Нередко в окружающих они видят помеху для своего функционирования и не стараются сближаться с людьми настолько, чтобы терять на это своё время.

Обычно они не вовлекаются в какие-то волнующие бытовые ситуации, способны отстраняться от них, воспринимать их как бы со стороны, ничуть не тревожась тем, что вызывает у других бурю эмоций. Окружающие могут воспринимать их холодными, равнодушными или даже враждебными людьми, а способность к самообладанию расценивать как суровость и отчуждённость. Их могут считать даже странными людьми, поскольку в периоды тревог и волнений они сохраняют хороший сон, аппетит, способность улыбаться, смеяться, шутить.

6. ***Автономия*** или самодостаточность, относительная независимость от физического и социального окружения ве-

дёт к тому, что здоровые люди способны стоически переносить удары судьбы, лишения, крушение своих надежд. Они сохраняют спокойствие и самообладание даже в таких обстоятельствах, которые привели бы обычных людей к гибели. Их отличает высокая стрессоустойчивость, они даже в опасных ситуациях они не теряют головы, не поддаются панике.

Самоактуализирующиеся люди обретают достаточную силу и независимость от расположения окружающих, в том числе и от их симпатии. Награды, общественное положение, почести, популярность, престиж и любовь, которые они могут получить, с неизбежностью становятся менее важными, чем внутренний рост, развитие и достижение поставленных целей. По А. Маслоу, это означает, что здоровые люди в достаточной мере испытали в прошлом любовь и уважение к себе, как, впрочем, сделали достаточно для удовлетворения всех базовых потребностей.

7. ***Свежесть восприятия*** позволяет здоровым людям переживать и ценить простые радости жизни, принимать как чудо то, что для других быстро становится обыденным и привычным. Даже в повседневных и однообразных занятиях они всегда находят для себя что-нибудь интересное, занимательное. Рассказывая школьникам на уроках о чём-либо обычном, хрестоматийном, педагог сумеет увлечь их за собою чем-то неожиданным, занятным. Отец, сообщая сыну какие-то бытовые сведения, найдёт такие слова, которые скучные подробности превратят для него в открытие чего-то

нового, привлекательного.

Многие люди соглашаются с известной истиной А. Н. Толстого: что имеем – не храним, потерявши – плачем. Здоровому человеку не свойственно привыкать и не дорожить тем хорошим, что у него есть, его глаза, как говорят, «не замыливаются», не перестают замечать светлые стороны действительности. В целом он благодарен своей судьбе, даже если она не слишком к нему расположена, уже хотя бы за то, что появился на свет и живёт, довольствуясь малым. Он благодарен людям и обществу за всё, что получил от них, обычно не таит и не копит обид, не держит зла и, лишённый мелочной расчётливости, остаётся терпимым и неизменно великодушным человеком.

8. ***Пиковые переживания*** также свойственны здоровым лицам, хотя и далеко не всем (термин принадлежит основателю американской психологии У. Джемсу). Имеются в виду экстатические состояния, с научной точностью описанные Ф. М. Достоевским в романе «Идиот». По описаниям верующих людей, переживаются как религиозный, в частности, молитвенный экстаз. Экстаз – состояние крайней, исступлённой восторженности чем-либо, при этом человек забывает о себе, она как бы выходит из себя, сливаясь с объектом восхищения (греч. extasis – восхищение).

Способность испытывать такие переживания, полагает А. Маслоу, свидетельствует о том, что здоровому человеку свойственно предельно, до самозабвения концентрировать

своё внимание на чём-то одном, при этом не замечая происходящего вокруг себя. Такая поглощённость внимания присуща всем здоровым лицам, она свидетельствует о том глубоком интересе, который они проявляют к своим занятиям и без пиковых переживаний.

«Если говорить коротко, – сообщает А. Маслоу, – самоактуализирующие люди, не испытывающие пиковых переживаний, отличаются практичностью и эффективно функционируют в реальном мире. Те же, кто испытывает пиковые переживания, также существуют в сфере бытия; их удел поэзия, эстетика, символы, трансцендентность, «религия» мистического, личностного толка, запредельные переживания»…здоровые самоактуализирующиеся люди без пиковых переживаний склонны посвящать себя улучшению социального мира: это политики, реформаторы, общественные деятели. В то же время те, кто испытывает трансцендентные пиковые переживания тяготеют к поэзии, музыке, философии и религии» (лат. transcendem – выходящий за пределы).

Точнее пиковыми переживаниями следовало бы называть состояния воодушевления или вдохновения, во время которых объединяются и к одной цели направляются все душевные силы человека. Такие состояния возникают практически у всех людей и всякий раз именно они продвигают человека хотя бы на шаг вперёд по пути к самоактуализации. Эти высшие точки существования обычно сохраняются в памяти и любой человек с удивлением отмечает в себе некие качества,

о которых ранее он может быть и не подозревал.

9. ***Человеческое родство***, то есть глубокое чувство причастности, симпатии и приязни к человечеству в целом, искреннее желание принести пользу людям, обществу, всему человечеству. Здоровые люди ощущают родство и взаимосвязь с окружающими так, словно все люди, независимо от их расы, национальности и социального статуса, – члены одной семьи. В этом смысле некоторые из них, будучи в общем-то симпатичными для окружающих, но многими непонятыми, чем-то напоминают чужестранцев, так как не разделяют предрассудков, разделяющих людей, делающих их противниками, врагами друг другу.

Тем не менее они очень чувствительны к тому, что люди слабы, невежественны или эгоистичны, принимают всё это близко к сердцу. «Самоактуализирующие люди, – замечает А. Маслоу, – часто печалятся, выходят из себя, встречаясь с обычными человеческими слабостями; даже не очень значительные происшествия могут стать для них настоящей трагедией». И это притом, что им более чем другим свойственны терпимость, снисходительность к окружающим людям, способность прощать им слабости и недостатки.

10. ***Скромность и уважение к окружающим***. Как правило, самоактуализирующиеся люди не заботятся о соображениях престижа и внешних признаках своего положения в обществе, их не волнуют модные течения в одежде, вкусах, предпочтениях. Обычно они скромны в оценке своей ком-

петентности и готовы учиться у каждого, кто знает больше и лучше, чем они. Им свойственно уважение к любому человеку, при этом главное значение они придают внутренним его качествам: характеру, способностям и таланту, нежели происхождению, расе, известности и другим внешним знакам отличия. Руководствуясь собственными и довольно точными представлениями о добре и зле, хорошем и плохом, они скорее вступят в схватку со злом, станут противодействовать недобрым людям, нежели станут уклоняться от борьбы с ними, испытывают гораздо меньше сомнений при необходимости выразить свой гнев, чем обычные люди.

11. ***Глубокие межличностные отношения*** – способность проявлять больше любви, понимания и участия, чем считают для себя возможным другие люди. Вместе с тем они высокоизбирательны в общении, у них мало друзей и лишь к немногим из них они относятся с искренней любовью. «У меня нет времени на большое число друзей. Да и вряд ли у кого оно есть, когда речь идёт о настоящих друзьях» – сказали бы они. Тем не менее и в отношениях с другими людьми они проявляют больше теплоты, симпатии и дружелюбия, но особенное расположение они чувствуют к детям, которые не оставляют их равнодушными.

В то же время они всегда готовы осадить наглецов, лгунов, излишне самодовольных людей, но обычно не переходят ту черту, за которой начинается унижение кого-либо. Их мнение на этот счёт сводится к следующему:» Большинство лю-

дей не добивается того, чего могли бы добиться. Они совершают все мыслимые и немыслимые ошибки, просчёты и в конце концов ввергают себя в несчастья, недоуменья, почему это произошло, ведь намерения у них были добрые. Люди обычно платят за дурное поведение собственными страданиями. Они достойны сожаления, а не осуждения». Если они и бывают враждебными, то за негодованием всегда стоит стремление помочь человеку, который является объектом их недовольства.

12. ***Строгий этический кодекс*** – неуклонное следование определённым моральным стандартам, отсутствие внутренних конфликтов и непоследовательного поведения при возникновении этических проблем. Тезис «цель оправдывает средства» для них неприемлем не потому, что он прочно связан с коварством иезуитов или благородством намерений оправдывает злодеяния. Нормальные люди в качестве целей рассматривают многие свои дела и переживания, которые для других людей служат средствами.

Иначе говоря, и средства, и цели рассматриваются как некое единое целое, несовместимое со злом. Представления самоактуализирующихся людей о добре и зле могут заметно отличаться от общепринятых. На религиозном языке это люди, которые творят богоугодные дела. В этом смысле все они верующие, включая атеистов. Но, если иметь в виду мистический компонент и ортодоксальность религии, мало кого из них можно считать религиозными людьми.

13. ***Своеобразное чувство юмора*** – философский или реалистический юмор. Здоровые люди не смеются, если шутка причиняет кому-то вред, построена на превосходстве одного человека над другим и тем более на непристойности. Они шутят не над людьми, а над человеческими недостатками и слабостями, в том числе и своими собственными. Их юмор выполняет обучающую функцию, подобно пословицам и сказкам. В целом они шутят реже, чем в популяции в среднем.

Подтрунивание, разыгрыши, остроумные реплики, каламбуры гораздо менее характерны для них, чем шутки, наводящие на размышления и вызывающие скорее улыбку, чем громкий смех. Кроме того, такие шутки обычно связаны с ситуацией, а не привнесены извне, заимствованы из сборников анекдотов, они скорее спонтанны, чем заранее подготовлены, их часто бывает трудно повторить или пересказать. Обычные люди, привычные к выступлениям юмористов и безудержному веселью, склонны считать здоровых людей скучными, чересчур строгими и серьёзными.

14. ***Креативность –*** универсальная характеристика нормальных людей. Она, считает А. Маслоу, не имеет ничего общего с узко направленной креативностью моцартовского типа, которая никак не отражается на личности в целом, а сродни наивной универсальной креативности маленьких детей. Большинство людей теряет её в процессе приобщения к культуре, точнее, в ходе школьного обучения, немногим

удаётся её сохранить или, утратив, вновь обрести. Не обязательно она проявляется в форме написания книг, создания художественных или музыкальных произведений, она заложена в характере нормального человека, зачастую выражается в более скромной форме и касается любого занятия, даже в бытовой сфере.

В этом смысле можно говорить креативных сапожниках, плотниках или служащих, каждый из которых привносит в свою деятельность что-то своё, свежее и оригинальное. Особенно важно это для родителей, в работе воспитателя, школьного учителя и преподавателя высшей школы – именно они создают будущее народа и страны. Самоактуализирующиеся люди вообще менее скованы разного рода привычками, инструкциями, законами и указами, менее ограничены в своих решениях, они в этом смысле как бы менее окультурены, или иными словами, более спонтанны, естественны, человечны.

15. ***Ценностные приоритеты*** самоактуализирующихся людей сбалансированы в соответствии с иерархией их потребностей и основаны на философском принятии себя, человеческой природы, социальной жизни в целом, а также природы и физической реальности. Образно говоря, это система ценностей, в которой Богу – Богово, а кесарю – кесарево. Личные интересы находятся в ней в гармоническом единстве с интересами всего человеческого сообщества, собственные вкусы и пристрастия – с общими идеалами, своя

деятельность – с тем, чем заняты люди труда и созидания, индивидуальное – с универсальным.

Всегда можно понять, что нравится и не нравится здоровому человеку, вызывает его протест или одобрение, радует или огорчает. Благодаря этому здоровые люди обнаруживают поразительное сходство между собой в том, что все они обладают способностью наладить продуктивное взаимодействие с реальностью, испытывают ощущение родства с другими людьми, вполне удовлетворяют свои базовые потребности, отличаются специфическим отношением к целям и средствам, а также всем им свойственны рефлексивность и знание самих себя, чувство собственной целостности и единства, сознание внутренней стабильности и непрерывности.

16. ***Сопротивление окультуриванию*** вызвано тем, что не существует совершенной культуры, в любой из них есть нечто нездоровое, нуждающееся в серьёзных изменениях. Самоактуализирующиеся люди редко бывают бунтарями, что характерно для подростков и лиц, настроенных на свержение существующего строя. Однако они не отказываются от борьбы, предпочитая менее разрушительные или бессмысленные её формы. Их борьба основана на взвешенных подходах, тщательном анализе, ясном понимании цели и самостоятельных решениях.

«В заключение следует сказать, – уверен А. Маслоу, – что мы нашли ответ на извечный вопрос о том, можно ли быть благополучным и здоровым человеком в несовершен-

ном обществе. Да, это возможно, ведь удалось же сравнительно здоровым людям сформироваться в условиях американской культуры. Они ухитряются сложным образом сочетать внутреннюю автономию с внешним принятием культурных норм, что стало возможным благодаря тому, что сама культура относительно терпимо относится к индивидам, не желающим полностью с ней идентифицироваться».

«Безусловно, – продолжает А. Маслоу, – не может быть речи об идеальном здоровье. Наше далёкое от совершенства общество явно накладывает на своих членов целый ряд ограничений. В той степени, в которой они вынуждены хранить свои маленькие тайны, подавляя спонтанные побуждения, они препятствуют раскрытию собственного потенциала. Поскольку лишь немногие индивиды могут сохранять здоровье в нашей культуре (как, вероятно, и в любой другой), здоровые люди оказываются одинокими на свой лад и также не достигают высшей актуализации».

Таким образом, согласно теории иерархии потребностей А. Маслоу, человек от одной группы потребностей, удовлетворяя её, перемещается к следующей. Это он делает, добиваясь какого-то места в обществе и меняясь при этом сам. Продвигаясь от одного этапа развития к другому, в идеале он достигает полной своей зрелости только на последнем, пятом этапе, когда включаются и доминируют потребности в самоактуализации. Это позитивная и вдохновляющая теория личности человека, основанная на учёте и анализе соб-

ственно человеческих качеств, которые не менее реальны, чем память или мышление.

На многие вопросы теория А. Маслоу не отвечает. Например.

1. ***Человек никогда не действует в одиночку***, всегда, с раннего детства его окружают люди: родители, воспитатели, педагоги, друзья, недруги и т. д. – он именно так и развивается. Принимает участие в его судьбе и государство. Иначе: он является лишь атомом огромной социальной молекулы, одарённым в каком-то отношении или незрелым. Поэтому его коллективные качества играет решающую роль в том, чего он добьётся в жизни. Иначе говоря, почти всегда действует не один человек с его индивидуальной личностью, в каждом функционирует разум группы. Не может отдельный человек права считать себя Гераклом и думать, что он сделал сам себя. И. Ньютон, к примеру, не считал себя выдающимся физиком. Он указал, что обязан своим достижениями гигантам науки, у которых он «стоял на плечах».

2. ***Нельзя считать доказанным и тот факт, что всем людям и в равной степени свойственны упомянутые потребности***. Это относится к здоровым от рождения индивидам с их различиями в интеллекте, дарованиям, личностным качествам. Если верить тому, что 80 % в психическом человека зависит от наследственности. Ещё в значительно большей степени это касается лиц с нарушениями внутриутробного развития головного мозга, к лицам с отягощённой

наследственностью, – будущим психопатам, невротикам, лицам со сверхценными идеями, олигофренам, тяжёлым и рано начавшимся пациентами с психозами.

3. ***Люди при своём рождении изначально находятся в неравном социальном положении***. Есть разные семьи, нередко неполные, неблагополучные, у многих не всегда адекватные родители, неодинаков исходный социально-экономический уровень семей, есть существенные различия в воспитании, образовании и т. д. Даже обладая равным потенциалом развития при рождении, далеко не все люди не смогут завершить жизненный цикл полной реализацией своих возможностей. Да, некоторые люди поднимаются из очень трудных условий жизни, но поднимаются далеко не все.

4. ***Не бывает так, чтобы у человека безраздельно доминировали потребности только одной какой-то группы***. Например, индивиду, которому важно выживание, могут быть не чужды потребности в безопасности и даже более высокие. Ему не всё равно, как к нему относятся, как относится к себе он сам, он может уделять время и творчеству. Не случайно, что А. Маслоу говорит о том, что первосорный борщ лучше второсортной поэзии.

С другой стороны, индивид, в поведении которого высшие потребности не принимают участия (их просто нет, они подавлены, разрушены болезнью), по определению будет только анормальной, патологической личностью, поведение которого не контролируется зрелыми психологически-

ми структурами. Станет, например, алчным, жестоким, властолюбивым и т. п. Уподобится лисе в курятнике, которая душит десять куриц, но съесть или унести может одну-две. Этим можно говорить, к примеру, о критериях психопатии, которые в разных странах отличаются друг от друга. Думается, что лицо, которое получило всё для своего развития, но стало расистом, педофилом и т. д., должно бы считаться психопатом в первую очередь.

Как утверждает статистика, большинству лиц свойственны потребности в безопасности и в любви и признании. Если, конечно, верить тому, что люди самостоятельно принимают высшие достижения. Если же этого нет, то вина в этом принадлежить тем, кто обладает властью.

5. ***Психология и психопатология – 2 стороны личности человека.*** Психология должна сказать, в каком смысле нормален он, психопатология – в чём он ненормален. Ныне нет психологии, как нет и адекватной психопатологии. Все существующие ныне системы психологии для психопатологии не нужны, ни одна из них не может служить основой для психопатологии. Даже психоанализ, хотя он и расчитан на это. Часто пишут, что психологию создает себя каждый самостоятельно из разных данных из 7–8 разным систем, по принципу, согласен ли он с чем-то или нет. Психопатология также находится в зачаточной форме своего существования.

Возразить теории А. Маслоу может не только психопат, лишённый всего нужного для индивида. Это может сделать

и самоактуализирующаяся личность. Она не в состоянии всё время пребывать в небесной высоте своих побуждений. На какое-то время и такая личность может превращаться в «падшего ангела», временами пребывать в состоянии регрессии. Погиб в уличной драке У. Шекспир, многие выдающиеся люди страдали алкоголизмом и наркоманией, находились в местах лишения свободы за уголовные дела.

6. Увы, признаков, свойственных всем 5 уровням личности, ***А. Маслоу не приводит***. Их, вероятно, привести очень сложно. Ещё и потому, что то или иное качество личности следует рассматривать в контексте личности в целом. Не бывает так, что черты рассматривались каждая по отдельности.

На первый взгляд, сам А. Маслоу – идеалист, он чем-то напоминает будущего Будду. Этот принц, как известно, до 20 лет не знал реальной жизни, он воспитывался во дворце, в тепличных условиях. Выйдя в свет, он был поражён. Он узнал, что существуют болезни, смерть, боль, несправедливость и ложь, что есть утопающие в роскоши и прозябающие в нищете. Он понял, что все люди и каждый из них по-своему несчастливы. Будда поэтому создал теорию, согласно которой человек, достигший забвения или нирваны, избавляется от страдания, отказавшись от всего земного. «Имеющий коров из-за коров плачет. Имеющий сыновей из-за них скорбит. Лишь тот не скорбит, кто ни к кому не привязан»». Причина горестей человека, по Будде, – его привязанности.

В отличие от А. Маслоу. У А. Маслоу отец – пьяниц, дра-

чун. Одиночество и обычно пустые библиотеки, где А. Маслоу проводил всё время. Холодная мать. А. Маслоу отказался даже присутствовать на её похоронах. И образование – зоопсихология, она отнюдь не располагала к восторженному отношению к человеку.

Вероятно, эта детская мечта о любящих родителях воплотилась позднее в научную теорию о человеке. Она не просто подкупает своей безграничной верой в человека, его возможности и высокое предназначение. Она была и остаётся единственной из всех, которая согласна с действительностью.

Работы А. Маслоу показывают, кроме того, что ныне не существует надёжной психологии человека. Систем психологии множество, все они очень различны и они почти во всём противоречат друг другу. В действительности не создано методов исследования психики и личности человека. Элементарные частицы изучаются в физике куда более сложными методами, чем методы исследования в психологии типа беседы, опросников, тестов и подобных методик.

Глава 3. Симптомы психического расстройства

1. Общие вопросы

Симптом – объективный или субъективный признак соматической либо психической дисфункции (греч. symptoma – совпадение, признак). Не каждый симптом расстройства является его симптомом. Например, глубокие вздохи, т. е. рудимент плача, свойственный депрессии, – это еще не признак депрессии. Симптомом является лишь такой признак, который определенно указывает на факт болезни.

По данным психоанализа, симптомом является любое нарушение здоровья, которое причиняет страдание и отражается в жалобах пациента. Если жалоб нет, то это уже не симптом, а объективный признак болезни, выявляемый врачом в ходе объективного исследования. При этом пациент может не замечать этот признак и/или не страдать от него. Помимо симптомов и признаков болезни в психоанализе существует понятие о символе – нарушении, имеющем символическое значение. Как, например, образы сновидения, в которых будто бы зашифрованы психологические конфликты.

В отечественной номенклатуре такого деления нет. В отечественной психопатологии образы сновидения также под-

лежат обычной трактовке, как и другие признаки болезни, но пока об этом знаний мало.

Чтобы некий признак мог стать симптомом, он должен отвечать таким критериям. Это:

– ***феномен, который при каждом его повторении распознается как идентичный*** (К. Ясперс). Так, симптом «уже пережитое» обычно проявляется как чувство повтора происходящего в данный момент, а также ощущение того, что индивид с этим явлением уже сталкивался ранее («воспоминание настоящего»);

– ***определенная конфигурация двух и более признаков***. Вот, к примеру, симптом граммофонной пластинки Майер-Гросса (1931). Его образуют: 1) стереотипное; 2) безостановочное; 3) повторение; 4) с неизменными интонациями; 5) через определенные интервалы времени; 6) одного и того же сообщения. Кроме указанных признаков, важны также;

– ***врач, располагающий информацией о причине или механизме развития существующего расстройства***. Так, галлюцинация, по мнению врача, свидетельствует о том, что появляется 1. мысленный образ с мнимым содержанием, и во 2. превращающийся для него в признак, равный для него наглядному образу;

– ***патогномоничными*** или ***патогностическими*** (греч. pathos – страдание, болезнь; gnosis – знание, познание) называются такие симптомы, которые, по мнению врача, указывают на наличие определённого заболевания. Многие при-

знаки лишены или почти лишены признаков симптома;

– ***другие признаки*** могут быть следствием общих, групповых признаков либо они могут указывать на характер болезни с небольшой вероятностью, врачи иногда используют и такие признаки;

– ***большое значение имеют также признаки, указывающие на сохранение душевного здоровья***. Методы его определения практически не разработаны.

Указанные критерии симптомообразования не абсолютны. Так, тезис об идентичности повторяющегося патологического феномена не подтверждается, если сравнивать одинаковый симптом у разных пациентов. Например, симптом «уже пережитое» может быть представлен множеством чем-то отличающихся друг от друга вариантов. От одного пациента к другому меняется и конфигурация симптома, даже такого простого, как галлюцинаторный оклик. Например, пациент может слышать оклики наяву, при засыпании, во сне, бывают оклики одним и тем же или разными голосами, знакомыми и незнакомыми, однократные или многократные, громкие или едва слышные, звучащие или беззвучные и др.

Стоит обратить внимание, что симптом – это не только патологическая ***форма*** какого-то переживания, допустим, навязчивости, бреда.

Содержание переживания также может быть признаком расстройства. Например, индивид считает, что анормальную агрессивность следует рассматривать как высшее проявле-

ние «человеческого». Речь, с точки зрения психопатологии, идёт о бреде или сверхценном отношении к агрессии. Но так думают не все. Есть и такой подход, как у К. Лоренца. По мнению последнего, человек, в отличие от животного, в сравнении с животными, уже не может контролировать свою агрессивность. Точно также пациенты с наркотической зависимостью оценивают состояние опьянения как крайне привлекательное для них. Для пациентов это законная реакция. К. Лоренц, соавтор в расшифровке ДНК, был объявлен расистом. Без достаточных оснований. Это происходит в США, где расизм распространен с самого начала страны. Если бы такие вещи, т. е. расизм, призывы к геноциду и т. п. стали бы симптомами ядерной психопатии, то число таких пациентов возросло бы намного.

Кросс-культуральные исследования выявляют значительные различия в том, как симптомы представляют какое-то расстройство. Так, депрессия у австралийских аборигенов не сопровождается чувством вины, идеями самообвинения и суицидными тенденциями. Основными признаками такой депрессии являются нарушения сна, потеря аппетита, вегетативная дисфункция, снижение веса и угасание сексуальной потребности. Агрессивные проявления бывают нацелены на окружающих, а не на самого себя. В языке таких культур отсутствует само понятие о депрессии. То же следует сказать и в отношении целого ряда других нарушений, весьма по-разному проявляющихся у представителей разных куль-

тур.

Это означает, что ход симптомообразования в разных культурах различается. По-разному происходит симптомообразование и по другим причинам. Например, это зависит от уровня интеллекта. Например, у олигофренов многие симптомы психического заболевания не развиваются вообще либо представлены в зачаточной, рудиментарной форме. В частности, практически не встречаются нарушения самоосознавания: психическая анестезия, деперсонализация и др. Там, где эти признаки есть, это исключает диагноз умственной отсталости.

В целом значение симптомов оценивают по-разному. Во многих изданиях по психиатрии и анормальной психологии о симптомах лишь упоминается, в других ничего не сообщается. К. Ясперс предпочитает «симптому» термин «феномен» (греч. pheainomen – являющееся, т. е. отличающееся от сущности явление). В справочном издании В. М. Блейхера и И. В. Крук (1995) в отдельной статье о симптомах их насчитывается всего 57, на других страницах их книги указано еще 2–3 десятка симптомов с эпонимическими названиями. Если симптомов так мало, то откуда такое нескончаемое обилие синдромов, если они образованы из симптомов?

В книгах обычно приводят короткие глоссарии с не всегда ясными определениями. Например, в «Клинической психиатрии» Г. И. Каплана и Б. Дж. Сэдока (1994) написано, что галлюцинации указывают на наличие психотических рас-

стройств только в том случае, если они связаны с нарушением оценки реальной действительности. Ясно, что восприятие реальности может быть нормальными и при галлюцинациях. Эйдетические образы, утверждается далее, по своей отчетливости «почти приравниваются к галлюцинациям». Сенсорная характеристика галлюцинаций, между прочим, бывает очень разной. В рубрику «Нарушения общения» авторы указывают мышечную ригидность, восковую гибкость, каталепсию, автоматизмы, тики и даже снохождения. Деперсонализация и дереализация определяются как «выраженное чувство отчуждённости от самого себя и окружающей действительности», и этим описание расстройств самоосознавания заканчивается. Примеров подобного рода в литературе достаточно.

В отечественной литературе утвердился взгляд, согласно которому симптом, взятый сам по себе, не обладает нозологической специфичностью и в этом смысле он не имеет существенной диагностической ценности и не заслуживает серьезного внимания до тех пор, пока не окажется в структуре синдрома или болезни. Да, общее придаёт своей части новое значение, которым сама она не обладает. Но симптом не может считаться чем-то неважным, он указывает на самый процесс симптомообразования, а это крайне важно. Если бы не было симптомов, процесс болезни был бы недоступен познанию.

Например. Обследуемый рассказывает, что изредка у него

внезапно появляется «шквал» мыслей, которые бегут очень быстро, не запоминаются, об их содержании он ничего конкретно сказать не может. В это время он теряет способность также судить о чем-то. Эти эпизоды длятся всего несколько секунд и внезапно завершаются. О других симптомах он ничего сказать не может. Что наблюдается у пациента? Во-первых, они, скорее всего, указывают на проявления психического автоматизма и тем самым направляют процесс исследования. Во-вторых, они существенно сужают сферу диагностических альтернатив, ограничивая ее наиболее предполагаемым заболеваниям. В-третьих, этот феномен далее может измениться и привести либо к ранним, например, навязчивостям, либо более поздним симптомам, в частости, к кататонии.

Динамика симптомов на ранней стадии заболевания мало изучена, именно с этим связана поздняя выявляемость пациентов.

2. Систематика симптомов

Представим их описание так.

1) Согласно доминирующей ныне **теории психосоматического взаимодействия (интеракционизма**) психическое и соматическое суть разные субстанции, но они оказывают влияние друг на друга. В соответствие с нею различают:

– ***соматические симптомы*** – нарушения телесных

функций, возникающие и при психическом заболевании. Все известным психическим заболеваниям (аффективные психозы, шизофрения и т. д.) свойственны нарушения обмена веществ, дисфункция нейромедиаторов и соответствующих рецепторных систем, эндокринные сдвиги, иммунобиологические расстройства, расстройства вегетативной регуляции деятельности сосудов, внутренних органов, а также неврологические нарушения. Не существует психических расстройств, которые были бы представлены ***исключительно психологическими нарушениями.*** Обращает внимание, что соматические заболевания протекают у психиатрических пациентов нередко столь атипично, что их распознавание и лечение стали самостоятельной и серьезной проблемой. Свойственных психическим заболеваниям соматических расстройств мало, можно, по нашему мнению, указать лишь депрессивную триаду Протопопова (1920): мидриаз, учащение пульса и склонность к запорам. Исключением являются наследственные и конституциональные болезни с присущими им соматоневрологическими расстройствами;

– ***соматогенные (соматопсихические) симптомы*** – психические нарушения, возникающие вследствие соматической патологии. Это симптомы, возникающие при симптоматических психозах: общих инфекциях, нейроинфекциях. Например, психоэндокринные симптомы: нарушения влечений, эмоций и общей активности. Известно также, что соматическое заболевание в начале развития может проявлять-

ся психическим расстройством, это встречается преимущественно в детском и преклонном возрастах. Так, старческий делирий иногда возникает при пневмонии, она некоторое время себя не выявляется.

В свое время H.Baruk (1948) предложил **теорию психосоматического балансирования:** в ней были отражены ***реципрокные отношения***, существующие между соматическими и психологическими проявлениями болезни (лат. reciprocus – обратный, возвращающийся, взаимный, возвратный). Согласно теории, наличие психических расстройств при соматическом заболевании предвещает благоприятный исход болезни, а отсутствие таких угрожает более тяжёлым исходом. Выдвигались и такие гипотезы, как несовместимость шизофрении и рака, шизофрении и гипертонической болезни и некоторые другие;

– ***соматоформные симптомы*** – сборная и условная группа симптомов. Общий их признак состоит в том, пациенты отождествляют их с симптомами соматического заболевания. Например, это сенестопатии (ложная мысль о наличии мнимой соматической болезни). Соматоформное расстройство, в свою очередь, подразделяется на соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство, соматоформную вегетативную дисфункцию и хроническое соматоформное болевое расстройство.

– термином ***соматизированное расстройство*** обозначают симптомы, которые как бы имитируют соматическую па-

тологию. Они возникают вследствие неких психологических проблем, особенно часто в связи с депрессией и тревогой. Это боль, отрыжка, тошнота, рвота, регургитация, неприятные кожные ощущения, некоторые сексуальные и менструальные жалобы пациентов. При этом реальные соматические симптомы, обычно вызванные вегетативной дисфункцией, нередко преобладают над психологическими.

Так соматизированная депрессия представлена, в основном, соматическими нарушениями. Особенно характерно это для депрессии детей раннего возраста. Психологические симптомы этой депрессии, такие как депримированность, тревожно-тоскливое настроение, идеи самоумаления, суицидные тенденции и т. п. при этом не выражены, ребёнок не способен их воспроизводить;

– психосоматические симптомы – симптомы, они возникают путем переключения эмоционального напряжения на соматическую сферу, в итоге возникают признаки соматической дисфункции. Ранее такие симптомы рассматривались как конверсионные. Психологический конфликт, вытесняясь, обнаруживает себя в психологически понятных (символических) соматических расстройствах: выпадение чувствительности, функциональный парез или паралич, истерическая амблиопия, истерический припадок и др. Говорилось и о том, что более глубокая степень вытеснения травматичного переживания может проявляться неспецифическими нарушениями вегетативной регуляции.

Определенная предрасположенность, некий locus minoris resistentiae (слабое звен) возникает так называемое «психосоматическое заболевание»: язвенная болезнь, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и др. Утверждалось, что «свободно плавающая агрессия» также способствует развитию психосоматической патологии. Исследования о роли эмоционального дистресса в развитии соматической патологии не дали однозначных результатов;

– заслуживают отдельного внимания ***соматические симптомы, маскирующие психическое расстройство,*** чаще – депрессию. Это т. н. ***нейромимез*** (нейро + греч. mimikos – подражательный). Механизмы, порождающие «маски», остаются предметом различных гипотез, пытающихся объяснить, как психологическое расстройство трансформируется в соматические симптомы. Предполагается, в частности, что психологическое воздействие (особенно негативные эмоции) опосредованно, через лимбическую и гипоталамо-гипофизарную системы, может вызывать разнообразные соматовегетативные нарушения, например, т. н. неврозы органов.

Эмоциональный стресс способен порождать определённые заболевания, если к ним существует генетическая, конституциональная или приобретённая предрасположенность, т. е. соматическая патология развивается в таких случаях по принципу locus minoris resistentia. Например, при депрессии нередко развиваются бронхиальная астма, нейродерматит,

иммунодефицит и инфекционная патология, сердечно-сосудистые расстройства и др. Влияние эмоционального стресса может быть опосредовано эндокринными и иммунологическими нарушениями, как это наблюдается в случаях развития опухолей.

Важную роль играет, вероятно, высокая самовнушаемость, как это происходит в случаях загадочной «смерти вуду», как если бы психоэмоциональный стресс, при котором здоровый индивид силой своего убеждения в неизбежной смерти сам запускает процесс умирания и погибает спустя 3–4 суток. Помочь ему может только колдун, такой пациент на врача не реагирует. Самовнушаемость играет важную роль и в развитии истерических, т. н. конверсионных симптомов. Обычно в таких случаях говорят об условной желательности истерического расстройства. Утверждение это ничем не доказано, проблема заключается в том, что сила самовнушения может оказывать сильное воздействие на организм (см. в расстройствах самоосозгвания апперсонализацию).

Нейромимез может быть, теоретически, связан с тем, что патогенез психического расстройства, с одной стороны, и соматического нарушения, с другой, имеет некие общие существенно важные звенья. Именно поэтому психическое заболевание неизбежно или особенно часто сопровождается коморбидной соматической патологией, и наоборот, соматическое заболевание обязательно повлечёт развитие определён-

ного соматопсихического расстройства.

Нельзя исключить также того, что при соматоформных расстройствах некоторое участие принимает память, в которой фиксируются следы перенесённой ранее болезни, её патогенеза, симптомообразования. Оживление таких следов по какой-либо причине, например, под влиянием депрессии или стресса, может повлечь развитие рецидива некоторого заболевания. Например, при депрессии иногда воспроизводятся следы болевых ощущений в области имевшейся ранее травмы, воспалительного процесса.

Встречаются случаи патологии, которые, предположительно, могут быть вызваны сложным психологическим воздействием на локальные соматические, в том числе иммунные процессы. Например, у верующих католиков (при религиозном трансе), когда индивид представляет себя на месте распятого И. Христа, на теле появляются гематомы. Они возникают в тех областях тела, которые, по преданию, были травмированы у богочеловека на Голгофе.

Нейромимез, наконец, может возникать благодаря последовательному осложнению одного заболевания другим, при этом симптоматика первого практически полностью вытесняется симптомами второго. Таковы, например, случаи т. н. маскированной депрессии, протекающие в облике расстройств поведения, алкоголизма, наркомании и иных проявлений зависимости. В таких случаях крайне сложно понять, что является первичным, и что вторичным. Напри-

мер, депрессия, осложнённая алкоголизмом, либо алкоголизм явился причиной депрессии.

2) **Разграничение симптомов по степени их близости к повреждению головного мозга**. Традиционно принято различать *первичные* и *вторичные* симптомы. Первичными считаются «психологически невыводимые» симптомы, непосредственно связанные с церебральной патологией. Так, Е. Блейлер (1920) к числу первичных симптомов шизофрении относит *психическое расщепление* – «разрыхление ассоциаций». Отсюда он производит название шизофрения. Все прочие симптомы болезни, такие как бред, галлюцинации, он рассматривает как вторичные, то есть производные, возникающие путем психологической переработки основного нарушения.

По К. Ясперсу (1997), вторичные симптомы возникают путем переработки «все еще здоровой душой» некоего первичного нарушения. Так, первичный бред, обрастая со временем разнообразными толкованиями, превращается в итоге в стройную бредовую систему суждений. Это также «вторичная символизация», когда, к примеру, любовь к детям подменяется любовью к животным, а нормальное действие – его символическим суррогатом, как это бывает при фетишизме.

3) **Разграничение симптомов по их клиническому значению.** В данном случае симптомы могут разделиться на три группы.

Первую группу образуют симптомы, указывающие на факт психического расстройства. В свою очередь, эти симптомы распадаются на продуктивные и дефицитарные.

Продуктивные симптомы связаны, как предполагается, с неконтролируемым возбуждением психофизиологических структур, освободившимся от интегрирующего влияния более высоких инстанций личности. Это, к примеру, галлюцинации, бред, симптомы кататонического возбуждения, раздражительность, мания.

Дефицитарные симптомы обусловлены, предположительно, торможением или прекращением активности соответствующих психофизиологических структур. Обычно ранее других страдают наиболее сложные или высшие интегративные инстанции личности. Иными словами, вначале наступают признаки упадка высших психологических функций. Так, некоторые авторы считают, что деперсонализация возникает на ранних этапах развития заболевания. В дальнейшем её симптомы растворяется в продуктивной симптоматике.

Симптомами этого ряда считаются астенизация, адинамия, агнозия, депрессия, симптомы кататонического ступора и др. Согласно органодинамической концепции Эя, существует связь между характером психических нарушений и актуальным уровнем сознания. Преобладание продуктивных симптомов свидетельствует о сравнительно высокой резистентности организма к вызывающей расстройство вредно-

сти. Доминирование негативных симптомов, напротив, указывает на снижение этой резистентности. Имеются также сведения о том, что продуктивные и дефицитарные симптомы контролируются разными генами.

Вторую группу образуют симптомы, выражающие приспособительный или защитный характер реакции организма. Таковыми некоторые авторы считают повышенную сонливость, снижение активности, симптомы, связанные с механизмами психологической защиты, боль, фантазирование и др. И. С. Сумбаев полагает, что защитной реакцией является также деперсонализация. Некоторые исследователи на этом основния считают, что устранять такие симптомы лечением не следует.

Они проводят при этом аналогию с гипертермией и указывают, что не следует снижать умеренную температуру тела при инфекционной болезни, если она не превышает 38 °С. Насколько верно суждение о защитном характере некоторых из упомянутых симптомов в том или ином конкретном случае, сказать достаточно сложно, ибо реактивность организма при заболевании нередко меняется непредсказуемым образом и т. н. защита вполне может оказаться признаком расстройства какой-либо функции. Например, гипертермия тела нередко указывает на гипоталамическую дисфункцию.

Наконец, ***третью группу*** составляют симптомы, которые являются нормой в одном возрасте и отклонением – в другом. Так, эхолалия в раннем детском возрасте представляет

совершенно нормальное явление. У взрослых индивидов она чаще всего становится симптомом расстройства.

4) **Симптомы могут быть разграничены также в зависимости от характера повреждения, лежащего в их основе.** В достаточной мере условно принято различать такие симптомы:

– ***симптомы органического поражения*** – болезненные явления, обусловленные локальной неврологической патологией. При всей относительности деления расстройств на органические и функциональные все же можно назвать несколько симптомов, почти всегда точно указывающих на органическое нарушение. Таковыми являются, например, элементарные галлюцинации, синдром Аргайля-Робертсона (патогномоничный для нейролюеса). Известно, кроме того, что психические пароксизмы эпилепсии обычно свидетельствуют о локализации эпилептического очага в коре височных отделов мозга. Явления афазии, агнозии, апраксии также являются достоверным признаком очаговой патологии. Некоторые амнестические синдромы определенно указывают на органический, причем нередко прогрессирующий мозговой процесс;

– ***симптомы интоксикационного поражения*** – болезненные явления, обусловленные острыми или хроническими интоксикациями. Например, неадекватная смешливость и булимия во время гашишного опьянения, ощущение присутствия волоса во рту при отравлении тетраэтилсвинцом,

появление ксантопсии при некоторых отравлениях (пикриновой кислотой и др.), нарушения сенсорного синтеза при употреблении холинолитиков, оглушение сознания при интракраниальной гипертензии. И др.;

– ***симптомы эндогенного заболевания*** – признаки, с известной долей вероятности указывающие на т. н. эндогенное психическое расстройство. Например, шизофрении как будто бы свойственны необычные соматические ощущения (сенестопатии), двойственные чувства, парадоксальные навязчивые представления, симптом дрейфа и т. д.;

– ***«клинико-нозологические» симптомы*** – признаки, патогномоничные определенной форме заболевания. Например, разорванность мышления, обрыв мысли, шперрунг, символическое мышление, амбивалентность, паратимия более типичны для шизофрении, прогрессирующая амнезия – старческой деменции, нигилистические ипохондрические идеи – инволюционной депрессии, симптом потери количественного контроля – алкогольной зависимости.

5) **К. Клейст предлагает систематику симптомов**, которая основана на степени близости проявлений последних нормальным психическим актам. Он различает гомономные, гетерономные и интермедиарные симптомы. ***Гомономные симптомы*** отличаются от проявлений нормальной психической жизни лишь степенью выраженности. Например, тоска депрессивного пациента является как бы усилением чувства горя здорового человека**.** ***Гетерономные симптомы***

не имеют аналогов в нормальной душевной жизни. Это, например, разорванность мышления больных шизофренией. ***Интермедиарные симптомы*** представлены клиническими феноменами, где грань между нормой и патологией провести невозможно. Это такие симптомы, как навязчивости, конфабуляции.

6) **А. В. Снежневский разграничивает симптомы согласно схеме рефлекторной дуги**. Различаются три группы симптомов: рецепторные, интрапсихические и эффекторные. ***Рецепторные симптомы*** представлены нарушениями рецепции и перцепции, то есть расстройствами ощущения и восприятия. ***Интрапсихические симптомы*** возникают в связи с нарушениями центральной части рефлекторной дуги. Эти симптомы представлены расстройствами памяти, мышления, аффектов, сознания. ***Эффекторные симптомы*** обусловлены поражением исходящей части рефлекторной дуги, они представлены симптомами патологии волевой активности.

7) Можно, пожалуй, отметить тот факт, что **некоторые симптомы как бы тяготеют друг к другу** и вместе встречаются несколько чаще, чем если бы они сочетались случайным образом. Таковы ***монокаузальные симптомы***, имеющие общую причину развития. Такие симптомы обычно объединяются в четко очерченные психопатологические синдромы. Некоторое сходство с ними обнаруживают ***коморбидные симптомы*,** имеющие в механизмах сво-

его развития отдельные общие звенья, отчего такие симптомы несколько чаще, чем случайно, возникают вместе. Например, сенестопатии чаще бывают при депрессии, чем при маниакальных состояниях. Вероятно, что эта частота обусловлена существованием третьего, неизвестного фактора, который в равной степени влияет на развитие как депрессии, так и сенестопатии.

Такие симптомы образуют группы или кластеры симптомов. Кроме того, существуют ***диссоциативные симптомы***, их развитие связывают с процессами дезинтеграции психической деятельности. Например, появление диссоциативной амнезии объясняют временной или стойкой утратой сознательного контроля мнестической функции. Такими симптомами считаются также диссоциативная фуга, диссоциативный ступор, трансы, явления деперсонализации и дереализации, а также некоторые другие симптомы.

8) **Наконец, симптомы психического расстройства могут быть представлены в состоянии изменённого сознания,** в частности в разных состояниях множественной личности, когда воображаемые личностные качества становятся на некоторое время доминирующими. Вообще говоря, каждый человек меняется в зависимости от настроения, опьянения, под влиянием кого-то извне, по многим другим причинам, сам того часто не замечая. Аналогичные явления часто появляются во время аномальных сновидений, о чём психиатрии пока малоизвестно. Это означает, что симптомы

всегда так или иначе связаны друг с другом, что психопатологии не всегда понятно.

В симптоматологии существуют и нерешенные проблемы. В частности, это вопрос о том, каким должен быть объем нарушения, чтобы его считать собственно симптомом. Нередко один и тот же феномен рассматривается и как симптом, и как синдром. Например, эхомнезия по одним данным является симптомом расстройства памяти. Но она же описана и как синдром повторяемости восприятий и сенестопатий (Боголепов, Аристов, 1968). Абулия часто расценивается как симптом обеднения воли, но ее рассматривают и как абулический синдром. Симптом враждебности к семье (Желиховский, 1935) включает не только враждебность пациента к близким людям, он характеризует и безразличие к другим людям. К тому же он отличается необычайно сильной привязанностью к вещам или животным. Не очень ясно также, является аутизм симптомом или это психопатологический синдром. Он описывается и как отдельная болезненная форма – имеется в виду детский аутизм и т. д. Драматизировать подобные противоречия, конечно, не следует, но нельзя и не отметить, что неясность в основных понятиях не является достоинством дисциплины, если она претендует называться наукой.

Другой проблемой является отсутствие ***клинико-патогенетической систематики*** симптомов, когда можно, опираясь исключительно на симптомы, определить природу болез-

ни. Это означает, что существующие классификации симптомов во многом лишены эвристической ценности. Многие из симптомов часто вообще не фигурируют в психопатологических синдромах, они не упоминаются и при описании болезненных форм.

Вместо заключения. Симптоматология, вместе с тем, не является каким-то предварительным или приблизительным знанием. Она составлят основу клинической психиатрии, на котором возводят здания гипотез и теорий. Очень многое зависит также от каких-то неприметных на первый взгляд деталей симптоматики. Тут важен опыт, который нечем заменить. Бывает, говорил Ф. М. Достоевский, что человека можно узнать по совершенной мелочи, которую он долго и искусно прячет. Выдающиеся клиницисты часто создают из незначительных, казалось бы, симптомов замечательные образцы диагностики, намного предугадывая будущее пациента. Микеланджело говорил, что шедевр вовсе не мелочь, но состоит он из мелочей.

Глава 4. Ощущение. Нарушения чувствительности

1. Психология ощущения

1. Термины

Ощущение (рецепция) – прием, кодирование и превращение в акты индивидуального сознания информации о свойствах объектов действительности. Эта информация представлена в конфигурациях исходящих от этих объектов импульсов энергии. Характер (модальность) ощущения всецело определяется органами чувствительности (анализаторами). Тем не менее в ощущениях представлена реальная информация о свойствах реальных объектов. Когда говорят, что мир – это мои ощущения или моё представление о мире, то упускают из виду, что ощущения – это единственый канал информации о мире. Откуда взялась эта информация, никто не знает.

Рецепция рассматривается как исходная стадия познавательной деятельности. Сказать, однако, где у круга начало, а где конец, достаточно сложно, ощущение – это лишь одно звено в замкнутой цепи познания.

В ощущениях, как актах сознания, находят отражение ***отдельные свойства определенных объектов*** (светлый, громкий, ароматный и мн. др.). Ощущение в норме является процессом, интегрированным в более сложные психологические структуры, и качество конкретного ощущения в значительной степени определяется состоянием последних. Т. е. в ощущениях выражаются не только свойства тех или иных объектов, в них проявляются также определенные состояния внимания, эмоций, воли, мышления, самовосприятия и сознания индивида. Последнее обстоятельство становится очевидным даже при изучении нарушений элементарной чувствительности, не говоря уже о чём-то более сложном. В любом из нарушений ощущения можно обнаружить, как пациент его переживает, оценивает, с какими побуждениями связывает, с реальным или субъективным миром отождествляет.

Одним из многих примеров зависимой роли ощущения является, например, перцептивная установка – изначальная готовность индивида так или иначе реагировать на сенсорную стимуляцию, организованную определенным образом. Очень спорными являются представления отдельных психологических актов и феноменов психопатологии без некого контекста, в котором они всегда существуют и это придаёт им то или иное значение. Иногда, впрочем, бывает, что некоторые симптомы могут иметь на время самоодовлеющее значение, но обычно это связано с неспособностью пациентов с

самоанализу.

Важно подчеркнуть, что ощущения всегда локализуются во внутриличностной области. Даже дистантные – зрения и слуха. Внешнюю проекцию ощущения получают лишь в составе образов восприятия. Кроме того, они переживаются как некие спонтанные феномены, возникающие без активного участия личности. Не обладают они и предметными свойствами, то есть не соотносятся с определёнными объектами.

2. Модальности чувствительности

Известны следующие виды, или ***модальности***, чувствительности: зрение, слух, обоняние, вкус, осязание, кинестезия, вибрация, давление, вес, температура, интерорецепция, боль, чувство равновесия, а также зуд и щекотка (лат. modus – способ, наклонение).

Большинство видов чувствительности представлены рядом субмодальных ощущений – от 2-х до 8 и более. Так, зрительными субмодальностями, согласно трихроматической теории Юнга-Гельмгольца, являются ощущения красного, зеленого и синего цветов. Остальные цвета образуются путем сочетания этих трех. Более современная теория Геринга постулирует существование трех пар иных, антагонистических или реципрокных рецепторов, воспринимающих красно-зеленый, желто-голубой и черно-белый цвета.

Акустическими субмодальными системами являются

высокие и низкие тона; ***вкусовыми*** – кислый, сладкий, горький и солёный; *обонятельными* (по одной из теории) – камфарный, мускусный, цветочный, мятный, эфирный, едкий, кислый и гнилостный; ***осязательными*** – прикосновение, давление, схватывание и ощущение жидкого; *болевыми* – медленная и быстрая боль; ***температурными*** – ощущения тепла и холода; ***давления*** **и** ***веса*** – ощущения легкого и тяжелого, ***вибрации*** – ощущения мелкого дрожания и ощущения, напоминающего движения волн; ***чувства равновесия*** – ощущениями ускорения, замедления движения своего тела, его вращения, движения в том или ином направлении. Таким образом, при нарушениях чувствительности существует, как минимум 12 групп различных болезненных явлений, каждая из которых включает 2–3 и более нарушений.

Что касается интерорецепции, она часто обозначается также как «общее», «валовое» чувство или недифференцированная ***коэнестезия*** (лат. ko – вместе, co, c; греч. – aesthesis – ощущение, чувство). Тем самым подчеркивается, что она не имеет субмодальных ощущений. Но это не так. Внутренняя чувствительность также имеет более или менее четко представленные субмодальные системы. Например, это чувства голода, жажды, насыщения, переполнения желудка, позывы на уринацию, дефекацию, рвоту. Это также сексуальные ощущения, тошнота, зевота, икота, чувство сонливости, чувство сна, ощущения усталости, недомогания, разбитости, физической бодрости или слабости и дру-

гое.

Рецепторами, воспринимающими физическую и химическую энергию, являются окончания чувствительных нервных волокон. Мозг располагает на периферии триллионами рецепторов разного типа, получая одномоментно огромный объем информации. Например, в сетчатке одного глаза располагается 7 млн колбочек, обеспечивающих, в основном, дневное зрение, и 150 млн палочек. Информация от рецепторов по чувствительным нервам стекается в общий коллектор, то есть в зрительный бугор (исключая акустическую информацию), откуда направляется в корковые структуры.

Там она принимает окончательный вид и делается в итоге доступной осознаванию. Иного пути получения информации о себе и внешнем мире у человека не существует. Все, что ни говорят об экстрасенсорике, суть фантазии либо преднамеренная ложь. Десятилетия исследований в этой области не обнаружили ни единого факта о гипотезе существования экстрасенсорного восприятия.

3. Свойства ощущений

Различают следующие свойства ощущений: абсолютный и физиологический пороги чувствительности, структурная сложность, адаптация и габитуация, влияние на психический тонус, чувствительность к различению.

1. ***Абсолютный порог чувствительности*** или ***лимен***

– минимальная физическая интенсивность стимула, необходимая для его обнаружения (греч. limen – гавань, бухта). Так, пламя свечи индивид с нормальной чувствительностью видит в темноте на расстоянии 48 270 метров (30 миль). Тиканье часов он слышит на расстоянии 6,08 метра (20 футов), обнаруживает вкус сладкого при содержании 1 чайной ложки сахара в 7,6 литра воды (2 галлонах), запах – при испарении одной капли духов в 3-комнатной квартире, прикосновение – при падении крыла пчелы с высоты 0,4 дюйма (2,54 см). Смещение кожи на 0,1 мм воспринимается как давление. На лимен могут оказывать влияние различные факторы, в том числе и психологические.

Порог чувствительности меняется, например, в состоянии измененного сознания – во сне, в опьянении, в аффекте. Сосредоточенность внимания на ощущениях может существенно повысить чувствительность, что демонстрируют, в частности, ипохондрические пациенты, прислушиваясь к телесным ощущениям. Они обнаруживают при этом множество признаков, которые в норме не замечаются.

При истерии, напротив, этот порог как падает, так и повышается. Происходит это потому, что пациент воображаемый признак принимает за реально существующее. Резко повышается либо снижается порог чувствительности в гипнотическом трансе и под влиянием внушения. В состоянии наркоза он обычно повышается. Характерным образом абсолютный порог чувствительности меняется при различных

эмоциональных расстройствах. Так, при лёгкой депрессии и в маниакальных состояниях он обычно снижается, в глубокой депрессии, в аффекте и в психотическом состоянии он повышается.

2. ***Физиологический порог чувствительности*** – минимальная физическая интенсивность стимула, необходимая для возбуждения соответствующего рецептора. Так, для возбуждения зрительного рецептора достаточно воздействия двух фотонов. Данный порог чувствительности контролируется генетическими факторами. Физические стимулы, возбуждающие рецепторы, но не достигающие сознания, называются ***подпороговыми.***

Роль субсенсорного восприятия остаётся недостаточно ясной. Мнение о значительной его роли в рекламе оказалась жульничеством американского дельца. Имеются данные, указывающие на то, что подпороговые стимулы могут вызывать не контролируемые сознанием реакции организма, а также влиять на мотивацию поведения. Проводимые исследования показали, в итоге, что интенсивностью воздействия подпороговых стумулов можно пренебречь в виду их незначительности.

3. ***Структурная сложность ощущений*** выражается в том, что любой вид чувствительности состоит как бы из двух компонентов. Первый из них – это ***рецепторный*** компонент, то есть поток импульсов с периферии, от рецепторов в центр. Этот поток и является информацией о свойствах объекта.

Второй – это ***аффективный*** компонент, отношение индивида к тому или иному свойству объекта. Он определяется как эмоциональный тон ощущения. Ощущение может быть как приятным, привлекательным для индивида, так и неприятным, отталкивающим от контакта с объектом. В этом проявляется как бы память взаимодействия организмов с древней природной средой обитания.

Приятное в те давние времена было, вероятно, преимущественно полезным, а неприятное – опасным. Современная искусственная среда обитания такова, что приятным очень часто может быть нечто опасное и наоборот. Запах бензина, например, некоторым людям кажется приятным. Именно так и развиваются болезни зависимости. В то же время медикаменты в большинстве своем обладают неприятными свойствами.

Оценка стимула как неприятного может измениться на противоположную и наоборот по мере повторения этого стимула. Это называется ***аллиестезией*** (греч. allos – иной, другой; aesthesis – ощущение чувство. Так, чувственный тон ощущений меняется при аффективных расстройствах.

4. ***Адаптация*** **и** ***габитуация*** характеризует изменения чувствительности в зависимости от интенсивности и частоты стимулов (лат. adaptare – приспособлять; habito – оставаться, постоянно находиться). Адаптация или десенсибилизация представляет собой повышение порога чувствительности к стимулам, которые воздействуют на рецепторы дли-

тельное время либо часто повторяются. Например, это снижение чувствительности к громким и продолжительным звукам, в частности, к постоянному городскому шуму. Адаптация является привыканием к стимулам на рецепторном уровне. При габитуации также наблюдается привыкание к повторяющимся стимулам, но это происходит на уровне ретикулярной формации.

Выделяется и такое явление, как сенсибилизация, то есть увеличение чувствительности к повторяющимся слабым сигналам. Предположительно, существует также перцептивная защита – бессознательное препятствие к продвижению неприятных стимулов в сознание индивида.

5. ***Влияние на психический тонус*** активности органов чувств является двояким. При перцептивной гипостимуляции психический тонус повышается, дело доходит до развития психотической симптоматики. При перцептивной гиперстимуляции, напротив, психический тонус снижается, появляются вялость, сонливость, равнодушие. Например, младенец, получая слишком много впечатлений, теряет интерес к происходящему. В условиях перцептивного «голода» он активизируется в поисках каких-нибудь новых ощущений.

6. ***Чувствительность к различению*** есть способность дифференцировать стимулы разной интенсивности. Человек способен, например, чувствовать разницу в весе между предметами, составляющую всего 5 г. Эта чувствительность отчасти контролируется генетическими факторами, но в зна-

чительной степени она зависит и от того, насколько важным для индивида является то или иное различие. Так, эскимосы различают 70 разных оттенков освещенности снега. Слепой человек по интенсивности освещения способен определить время дня. Н. И. Пирогов, разрезая скальпелем стопку из папиросной бумаги, мог различить число разрезанных им листков с точностью до одного.

Различают также ***экстероцептивные*** (дискриминативные) ощущения, являющиеся источником информации о внешнем мире, а также ***интероцептивные*** (ноцицептивные) ощущения, сигнализирующие о состоянии внутренней среды организма. Кроме того, существуют ***проприоцептивные*** (статические) ощущения, информирующие индивида о положении его тела в пространстве.

Совокупность ощущений собственного тела обозначают терминами ***сместезия*** или коэнестезия (греч. soma – тело, aesthesis – ощущение, чувство). Совокупность внешних ощущений не имеет общепринятого названия. Термин «аллестезия», как будто удачный для этой цели, означает совсем другое. Возможно, его сменит термин *ксенестезия* (греч. xenos – чужой).

Имеются сведения о том, что разные органы чувств могут обмениваться информацией друг с другом. Данное явление обнаружено уже у младенцев, когда информация из слухового анализатора может передаваться в зрительный и обратно. Экстероцептивные органы чувствительности также

могут оказывать влияние на процессы интерорецепции. Это нормальное и важное явление описывается термином ***интермодальные отношения***. Последние играют заметную роль и в патологии ощущений, в частности в развитии синестезии.

В эволюционном плане различают протопатические и эпикритические ощущения. ***Протопатическими,*** или древними, считают такие виды чувствительности, которые лишены четкой пространственной локализации, плохо дифференцированы и потому с трудом поддаются словесному описанию (греч. protos – первый, pathos – болезнь, страдание). Кроме того, они тесно связаны с эмоциями и витальными процессами организма. Примерами такой чувствительности может служить так называемое общее чувство, т. е. радующее чувство бодрости и здоровья, а также то «валовое» ощущение, которым сопровождается деятельность внутренних органов.

Филогенетически более молодым ***эпикритическим*** или ***дискриминативным*** видам чувствительности свойственны дифференцированность и тесная связь с познавательными процессами (греч. epi – на, над, сверх, после; krisis – решение, поворотный пункт, исход; лат. discriminatio – различение). Имеются в виду «дистантные» ощущения (зрение, слух и др.), служащие источником внешней информации.

Важнейшими в информационном плане видами чувствительности для человека являются зрение и особенно слух.

Подсчитано, что 80 % информации человек получает посредством слуха. Картина мира у остальных живых существ во многом другая в силу доминирования иных органов чувств. Другая она и у человеческих существ, страдающих ***рецепторопатиями*** – врожденными и приобретенными дефектами органов чувств (лат. recipere – получать). В России, по данным статистики на 2006 г., насчитывалось около 20 млн глухих и слабослышащих, а также около 1 млн незрячих и слабовидящих человек. Данных по другим рецепторопатиям, по-видимому, нет.

Что касается зрения и слуха, то выпадение их в той или иной степени компенсируется заместительной или ***викарной*** функцией других органов чувствительности (лат. vicarious – замещающий). Соответственно и нарушения чувствительности у таких пациентов будут представлены иначе, чем у больных без рецепторопатии. Психопатология ощущения, восприятия и вообще познавательной сферы пациентов с дефицитом чувствительности изучена крайне недостаточно.

4. Боль

Нейрофизиология боли представляются следующим образом. Боль – вид или модальность чувствительности, включающий, помимо сенсорного, аффективный компонент страдания. Служит, по мнению ряда исследователей, важным источником информации об угрожающих изменениях

тканей организма (парадоксальным исключением из этого правила является мозг, в котором нет болевых рецепторов). Боль – это как бы органическая депрессия. О целесообразности боли существуют разные мнения, включая полное отрицание биологического значения болевой чувствительности. По П. К. Анохину и И. В. Орлову (1976) считается: «Боль – интегративная функция организма, которая мобилизует самые разные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора и включает такие компоненты, как сознание, ощущение, память, мотивации, вегетативные, соматические и поведенческие реакции, эмоции». Пациенты с приступами тригеминальной невралгии едва ли согласятся с такой дефиницией боли: боль не соответствует её опасности. Не согласятся с этим и больные с опухолями, она долгое время протекает без боли.

Самым первым звеном системы перцепции боли является раздражение болевых рецепторов – ***ноницепторов*,** свободных нервных окончаний афферентных волокон. Различают 3 типа рецепторов боли:

1) ***мономодальные А-бета-ноницепторы***, реагирующие на высокоинтенсивную механическую и иногда термическую стимуляцию кожи. Анатомически представлены древовидными нервными окончаниями миелинизированных А-бета-волокна, проводящих раздражение со скоростью 6-30 м/сек. Эти рецепторы располагаются преимущественно в коже, а также в суставах. Трансмиттер А-бета-волокон остаёт-

ся неизвестным;

2) ***полимодальные С-ноцицепторы***, реагируюшие на механические, тепловые и химические стимулы. Представлены плотными некапсулированными гломерулярными тельцами. Их немиелинизированные афферентные С-волокна проводят раздражение со скоростью 0,5–2 м/сек. С-волокна распределяются во всех тканях, исключая ЦНС, они присутствуют и в периферических нервах (nervi nervorum).

Рецепторы кожи связаны как с миелиновыми А-бета-волокнами, так и с немиелинизированными С-волокнами. Глубокие ткани, внутренние ткани иннервируются, в основном, наиболее медленно проводящими немиелиновыми С-волокнами. Трансмиттеры С-волокон – субстанция Р, КГСП и ВИП (см. следующий пункт);

3) ***«спящие» ноцицепторы***, активизирующиеся только при воспалении. Это также ***полимодальные С-ноцицепторы***, связанные с афферентными С-волокнами. Волокна от спящих ноцицепторов содержат т. н. сенсорные нейротрансмиттеры: ***субстанцию Р*** (англ. pain – боль) и ***кальцитонин-генсвязанный пептид*** (КГСП), а волокна из внутренних органов – ***вазоактивный интестинальный пептид*** (ВИП).

Нервные импульсы от ноцицепторов по периферическим отросткам через узел заднего корешка (УЗК) попадают в спинной мозг. Отдельные нейроны УЗК иннервируют специфические типы рецепторов – мышечные веретена, кожные ноцицепторы и рецепторы растяжения капсулы висцераль-

ных органов.

Первым центральным звеном, воспринимающим разномодальную афферентную информацию, является нейрональная система заднего рога спинного мозга. Затем ноцицептивные импульсы через интернейроны передаются в нейроны передних и боковых рогов, вызывая рефлекторные моторные и вегетативные реакции. Другая часть имульсов возбуждает нейроны, аксоны которых формируют восходящие проводящие пути.

Ноцицептивная афферентация направляется к головному мозгу по спинно-таламическим, спинно-ретикулярному, спинно-покрышечному и спинномезенцефалическому пути. Выделяют латеральный спинно-таламический и передний спинно-таламический пути.

Первый путь проводит нервные импульсы с большой скоростью, заканчивается он в вентролатеральных ядрах таламуса, а после этого импульсы приходят в соматосенсорную кору (раздражение корковых нейронов проявляется корковыми теменными болями).

Спинно-ретикулярный и иные пути проецируются в ретикулярную формацию, околоводопроводное серое вещество, гипоталамус и в медиальные и внутрипластинчатые таламические ядра, а далее связываясь с лимбической структурой (вероятно, из за этого возникает субъективное ощущение страдания от боли).

Все упомянутые пути болевой афферентации группиру-

ются в две мультисинаптические проприоспинальные восходящие системы: латеральную, включающую а) латеральный спинно-таламический, заднестолбовой, спиноцервикальный пути, и б) медиальный, состоящий из переднего спинно-таламического, спинно-ретикулярного и спинно-покрышечного путей.

Латеральная система обеспечивает быстрое проведение болевой импульсации с чёткой её локализацией, оценкой характера и длительности боли, к которой возможно привыкание при повторении болевой импульсации («быстрая» или «острая» боль»). Медиальная система проводит болевые импульсы с гораздо меньшей скоростью, но при этом возникает широкое вовлечение различных структур мозга, связанных с мотивационно-аффективным и вегетативно-гуморальным сопровождением боли, которая при повторении болевой импульсации только усиливается («медленная» или «хроническая» боль»).

Что касается формирования болевых ощущений как фактов сознания, то по этому поводу достоверно известно только то, что основную роль в этом играет кора больных полушарий, в которой формируется сознание, личность и интеллект.

Нисходящий цереброспинальный контроль лежит в основе ***антиноцицептивной системы***, образованной структурами большого мозга, диэнцефальной системы, околожелудочковым и околоводопроводным серым веществом

(богатым энкефалиновыми и опиатными рецепторами), а также некоторыми ядрами ретикулярной формации мозгового ствола, главные из которых – ядра срединного шва, где основным нейротрансмиттером является серотонин. Аксоны нейронов этих ядер направляются вниз по заднему и боковому канатикам спинного мозга и заканчиваются в нейронах поверхностных слоёв заднего рога. Некоторая их часть, как и основная часть аксонов из ретикулярной формации, является норадренергическими. Участие серотонина и норадреналина в формировании антиноцицептивной системы, как полагают, объясняет ослабление боли под влиянием трициклических антидепрессантов, подавляющих обратный захват в серотонинергических и норадренергических синапсах и тем самым усиливающих нисходящее тормозное влияние на нейроны заднего рога спинного мозга.

Важнейшее значение в активности антиноцицептивной системы играют опиаты и опиатные рецепторы, которые представлены на разных уровнях ЦНС. Высокая плотность опиатных рецепторов обнаружена в задних рогах спинного мозга, в среднем мозге, таламусе, в лимбических структурах переднего мозга. Эндогенные опиатные пептиды (энкефалин, эндорфин, динорфин), как и проникающие в спинной мозг извне, взаимодействуют с опиатными рецепторами всякий раз, когда возникают надпороговые болевые стимулы и подавляют их (как, в частности, это происходит при интрадуральном и эпидуральном введении опиатов).

Алгогенными химическими агентами, возбуждающими рецепторы боли, являются серотонин, гистамин, простогландины и другие метаболиты арахидоновой кислоты, ионы калия и водорода, высвобождающиеся при повреждении тканей; кинины, циркулирующие в плазме, и субстанция Р, находящаяся в окончаниях чувствительных волокон, проводящих боль. В клетках УЗК обнаружены субстанция Р, ангиотензин 2, соматостатин, моноамины, динорфин. Возбуждение нейронов задних рогов, отдающих аксоны в медиальный спинно-таламический путь, осуществляется рядом нейропептидов, таких, как субстанция Р, глутамат, нейрокинин, кальцитонингенсвязанный пептид (КГСП), соматостатин, вазоактивный интестинальный пептид.

Тканевое повреждение генерирует синтез метаболитов арахидоновой кислоты, расщепление предшественников брадикинина и высвобождение из С-волокон пептидов (КГСП, субстанция Р). Согласованный эффект этих высвобождаемых медиаторов лежит в основе признаков воспаления, которое, в свою очередь, способствует увеличению концентраци серотонина, ионов калия и водорода, ещё более повышающих чувствительность периферических окончаний и тем самым вызывающих вазодилатацию и плазменное пропитывание. Клинически это выражается болью и припухлостью.

Для передачи острой и хронической боли крайне важны глутамат (с 4-мя его рецепторами, в том числе АМПА-ре-

цепторами, НМДА-рецепторами и др.) и аспартат. Болевые и неболевые афферентные воздействия первично активируют АМПА-рецепторы. После повреждающей стимуляции вместе с глутатматом может высвобождаться также субстанция Р (одна или с другими тахикининами). Эти нейропептиды в комбинации с активацией АМПА-рецепторов вызывают долговременную постсинаптическую деполяризацию, которая влияет на перемещение ионов магния (в норме блокирующих НМДА-рецепторы) и открытие их каналов, отчего происходит внутриклеточное вхождение ионов кальция, а это способствует центральной гипералгезии. В ситуации хронизации болевого состояния нейрохимические процессы в клетках (ионное равновесие, мембранный потенциал) также приобретают устойчивость, а дисметаболические процессы влияют на экспрессию генов раннего реагирования. Последние, в свою очередь активируют гены позднего реагирования, благодаря чему происходящие события «запоминаются».

Увеличение внутриклеточной концентрации кальция сопровождается его связыванием с кальмодулином, активизацией синтеза оксида азота и последующим его высвобождением. Оксид азота – газ, который относят к нейротрансмиттерам, ответственным за расширение сосудов. Он является также связующим звеном нейротрансмиссии в ЦНС, важной для перцепции боли (гипералгезии), содействует сенсорной трансмиссии в периферических нервах (за счёт его способ-

ности к высвобождению КГСП из периваскулярных нервных окончания) и, таким образом, участвует в нейрогенных воспалительных реакциях.

Другой класс рецепторов, влияющих на передачу боли на клеточном уровне – рецепторы тирозинкиназы. Они активируются пептидами типа фактора роста нервов. Это фактор транспортируется в тело нейрона, где он изменяет генную транскрипцию в ядре. В результате в первичных афферентных ноцицептивных нейронах увеличивается синтез субстанции Р и КГСП. В экспериментах введение фактора роста также может вести к гипералгезии за счёт увеличения чувствительности ноницепторов.

Главным фактором боли, с точки зрения психологии, является процесс превращения болевых рецепторов в восприятие боли. Механизм этого не раскрыт, как и других процессов восприятия боли, а отсюда и разные точки зрения на проблемы боли. Если боль не порождает чувства ответственности за происходящее, а является сугубо субъективным феноменом, то никакого смысла в боли нет.

Общие принципы лечения боли (T.Cramond, M.J. Eadie, 1992):

1. устранение источника боли и восстановление повреждённых тканей;

2. воздействие на периферические компоненты боли, как соматические (устранение воспаления, отёка и др.), так и нейрохимические стимуляторы болевых рецепторов; осо-

бенно эффективны препараты, влияющие на синтез простогландинов (ненаркотические анальгетики, парацетамол, нестероидные противовоспалительные средства), а также препараты, обеспечивающие снижение концентрации субстанции Р в окончаниях проводящих боль нервов (препараты стручкового перца для наружного употребления – капсаицин, капсин и др.);

3. торможение проведения боли по периферическим нервам и в узлах задних корешках: введение локальных анестетиков, алкогольная и феноловая денервация, перерезка периферических нервов, ганглионарная симпатэктомия;

4. воздействие на процессы в задних рогах. Кроме аппликаций препаратов стручкового перца, снижающих концентрацию субстанции Р в задних рогах, используют:

– введение опиатов системно или локально (эпидурально или субдурально), что обеспечивает усиление энкефалинергического торможения болевой импульсации;

– электростимуляцию и другие методы физической стимуляции (физиопроцедуры, акупунктура, чрескожная электронейростимуляция, массаж и др.), вызывающие торможение ноцицептивных нейронов заднего рода путём активации энкефалинергических нейронов;

– применение препаратов, воздействующих на ГАМК-ергические структуры (баклофен, сирдалуд, габапентин);

– применение противосудорожных препаратов (карбамазепин, габапентин, ламотриджин, вальпроаты и бензодиазе-

пины), тормозящих проведение нервные импульсы по чувствительным нервам и и обладающих агонистическим действием на ГАМК-ергические реценпторы задних рогов и клеток ядра спинномозгового пути тройничного нерва. Эти препараты особенно эффективны при невралгиях;

– применение препаратов агонистов альфа$_2$-рецепторов – клофелина и др.;

– использование блокаторов обратного захвата серотонина, повышающих концентрацию этого нейротрансмиттера в ядрах ретикулярной формации мозгового ствола, из которых исходят нисходящие тормозные пути, воздействующие на интернейроны заднего рога;

5. хирургическое стереотаксическое разрушение соответствующих восходящих путей и ядер таламуса, а также электрическая стимуляция задних столбов и различных церебральных структур через хронически вживлённые электроды;

6. воздействие на психологические (и одновременно на нейрохимические) компоненты боли с применением психотропных препаратов (антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики); использование психотерапевтических методов;

7. устранение симпатической активации при соответствующих хронических болевых синдромах (симпатолитические средства, симпатэктомия).

2. Нарушения чувствительности

Опишем симптомы психической гипе-, гиперестезии и дизестезии, а также сенестопатии, сенестезии и фантомные боли.

1. Психическая гипестезия – ослабление чувствительности вплоть до ее утраты (анестезии). Нарушение не связано с неврологической патологией, а также с повреждением рецепторов соответствующих органов чувств. Она возникает в силу разных причин. При ***диссоциативной гипестезии*** это связано, скорее, с высокой самовнушаемостью, склонностью свои фантазии принимать за действительность, как бывает при истерии. Такие пациенты воспринимают ослабление чувствительности как у другого человека и это их мало беспокоит. Возможно, что именно так воспринимают ослабление ощущений у себя и пациенты с множественной личностью, когда они вступают в новое для себя состояние. Расстройство возникает также в состоянии аффекта, в состояниях поглощения внимания чем-либо, при оглушении сознания, в глубокой депрессии, в остром психотическом состоянии, но механизмы ей появления при этом неясны.

Психическая гипестезия возникает также при *сенсорной гипопатии* (психической анестезии) ощущений, что обычно для анестетической депрессии. Процесс формирования ощущений при этом не нарушается, но последние в сознании

отсутствуют или представлены в недостаточной мере. Эта патология, как и истерическая гипестезия, считается диссоциативной. Предполагается, что расстройство возникает в силу нарушения механизмов, с которыми связано формирование сознания. У таких пациентов нанесение болевых стимулов нередко не сопровождается появлением ощущения боли, но объективно эта чувствительность сохранятся, пациенты сами обращают на это внимание врача и реагируют реакцией страдания – отчётливым беспокойством по поводу выпадения ощущений. Реакция пациентов с другими нарушениями самоосознавания на ослабление ощущений неясна. Вероятно, при деперсонализации снижение чувствительности кажется пациентам так, будто она наблюдается у другого человека.

Снижение интенсивности ощущений может возникать в разных анализаторах и проявляться в любой из вышеупомянутых модальностей, нередко обнаруживаются разнообразные комбинации. Укажем такие симптомы расстройства.

1) Психическая гипалгезия и аналгезия – снижение и утрата болевой чувствительности (греч. hypo – внизу, снизу; a – приставка отрицания; algos – боль). Используются также термин ***индоленция*** (лат. in – в, внутри; dolor – боль). Выпадение болевой чувствительности, в том числе и стойкое, особенно часто выявляется в остром психотическом состоянии с признаками спутанности сознания, при наличии кататонии, бреда, галлюцинаций. О том, что болевые ощуще-

ния у кататоников сохранены, свидетельствует живая реакция зрачков на боль – при нанесении болевого раздражения зрачки у пациентов расширяются (О. Бумке (1903). Такие пациенты нередко совершают акты членовредительства и суицида с обширными самоповреждениями различных органов, совершенно не осознавая при этом боли. Так, пациент по приказу «голосов» перерубил «как палки» обе свои ноги, не ощущая боли. Болевая чувствительность обычно восстанавливается по мере улучшения психического состояния.

Теряется осознание боли также у больных с тяжелой депрессией, в состоянии аффекта, при оглушении сознания, в гипнотическом трансе, в опьянении, во время медитации. Механизмы аналгезии при этом, скорее всего, неоднородны. Так, утрата чувства боли при оглушении сознания связана, возможно, с выключением высших инстанций личности, в том числе и самоосознавания, а также нарушения функции корковых структур боли в теменных отделах головного мозга. Спутанность сознания практически всегда сопровождается расстройством самоосознавания. Особенно типично это для онейроидного помрачения сознания, вследствие чего нарушено восприятие различных сторон собственного Я, в том числе и утрата способности осознавать ощущение боли. При депрессии, вероятно, в первую очередь также страдает осознавание чувства боли. В целом причина такой анестезии остаётся неизвестной.

Болевая чувствительность изменяется иногда в связи с де-

персонализацией. Пациенты ощущают при этом собственную боль так, будто она принадлежит кому-то «другому» или воспринимается где-то «далеко» от своего Я. Благодаря отчуждению боль не переживается как личное страдание и тем самым как бы теряет свою остроту. Потеря поверхностной болевой чувствительности («быстрой боли») возникает у пациентов с прогрессивным параличом, скорее всего, из-за психической анестезии, а также в силу повреждения нервных клеток и проводящих боль нервных путей.

Истерическая аналгезия объясняется повышенной самовнушаемостью, фокусировкой внимания на воображаемой ситуации, т. е., по терминологии психоаналитиков, вытеснением чувства боли в область бессознательного. При этом нарушение становится как бы «выгодным» истерику. Во всяком случае, большинство врачей, следуя за П. Жане и З. Фрейдом, все еще разделяет подобные обвинения больных.

Во время сна болевая чувствительность чаще снижается – ***гипноаналгезия.*** Вероятно, это обусловлено «сонным торможением» процессов самовосприятия из-за блокады нервных клеток теменной коры. Описан и такой феномен, как ***аудиоаналгезия*** – снижение болевой чувствительности под влиянием громких звуков. Аудиоаналгезия является, видимо, следствием нарушения самовосприятия из-за реципрокных интермодальных ощущений. При спинной сухотке встречается ***симптом Абади*** – отсутствие реакции боли в ответ на сжатие пяточного сухожилия. Скорее всего, этот

симптом с нарушением самоосознавания не связан.

2) **Психическая анакузия и гипоакузия** – утрата (ослабление) ощущений звука (греч. akustikos – слуховой). Субъективно переживается как притупление остроты восприятия акустических стимулов. Особенно часто встречается при депрессии. Звуки кажутся пациентам ослабленными, неотчетливыми, плохо модулированными, доносящимися как бы издалека: «Уши как заложило, будто вата в них, я вроде недослышу, плохо разбираю, что мне говорят, иногда переспрашиваю». При истерии встречается диссоциативная функциональная глухота, обычно сочетающаяся с потерей способности говорить, – ***истерический сурдомутизм***.

3) **Психическая анопсия и гипоопсия** – утрата (ослабление) светочувствительности (греч. opsis – зрение). Депрессивные пациенты рассказывают, что яркое освещение кажется им тусклым, матовым, вечерним, все воспринимается как в дымке, через вуаль, пелену, завесу, как через окно в дождливый день или как если бы глаза были зашторены, покрыты пленкой. Нечетко воспринимаются контуры предметов, они видятся неясными, размытыми, лишенными четких очертаний, колеблющимися в неверном свете. Страдает при этом и цветоощущение. Цвета кажутся угасшими, блеклыми, пастельными, плохо различаются оттенки различных цветов. При истерии наблюдается ***диссоциативная функциональная амблиопия*** – мотивированная слепота (греч. amblis – слабый, тупой). Характерным при этом является ***симптом***

взгляда в глаза: пациент смотрит собеседнику прямо в глаза, даже если последний меняет свое местоположение.

4) **Психическая агевзия и гипогевзия** – утрата (притупление) вкусовых ощущений (греч. geusis – вкус). Описывается в основном при депрессии. Пища кажется пациентам безвкусной, пресной, однообразной: «Будто траву жуешь или резину. Что бы ни есть, все кажется одинаково безвкусным. Если не глядеть, что на столе, то, кажется, и не различить, какая это пища…». Агевзия может быть частичной, затрагивать лишь некоторые субмодальные вкусовые ощущения: «Не чувствую сладкого вкуса, пища кажется горькой». Объективно вкусовая чувствительность, как правило, не нарушена.

5) **Психическая аносмия и гипоносмия** – утрата (притупление) обонятельных ощущений (греч. osme – обоняние): «Не пойму, пахнет чем или нет… Не различаю запахов, как при насморке, их будто нет совсем… Не ощущаю запаха духов… Пища, кажется, не пахнет или пахнет както по-другому». Детальный расспрос может показать различные оттенки того, что пациенты называют потерей обоняния. При объективном исследовании нарушения обоняния обычно не выявляется.

6) **Психическая анафия и гипонафия** – утрата (притупление) тактильных ощущений (греч. aphoro – прикасаться): «Кожа на щеке как онемела, щека будто деревянная, я трогаю ее, а она ничего почти не чувствует… Кожа под

коленными чашечками будто обморожена. Дотрагиваюсь до нее, давлю, но этого не ощущаю… Губами ничего не ощущаю, они будто не мои, точно приклеены… Моюсь утром, а воду руками не чувствую, будто трусь сухими ладонями». Участки потери чувствительности имеют различную локализацию и конфигурацию, не совпадающую с анатомическими зонами иннервации. В Средние века в Европе участки кожной анестезии считались «метками дьявола», этих пациентов ждали пытки и костер. Если считать, что это истерическое расстройство, то трудно придумать «вторичную выгоду» от болезни, свойственную пациентам. Кроме костра и смерти. При диссоциативном истерическом сурдомутизме одновременно выявляется тактильная гипестезия кожи ушных раковин и слуховых проходов, природа которой неясна.

7) **Психическая апаллестезия и гипопаллестезия** – утрата (ослабление) вибрационных ощущений (греч. palle – дрожать). На это, по-видимому, указывают следующие сообщения пациентов: «Внутри все замерло, остановилось… Не ощущаю, как бьется сердце, нет, кажется, пульса… Внутри будто бы ничего нет, там пустота».

8) **Психическая абатестезия и гипобатестезия** – касается кинестетических ощущения (греч. bathys – глубокий): «Движения лёгкие… невесомые, незаметные, будто суставы смазаны… Все делаю с какой-то невероятной легкостью, без усилий, руки как на шарнирах болтаются». Иногда у пациентов с психической абатестезией нарушается восприятие по-

ложения частей тела: «Закрою глаза и не могу понять, как лежат руки, согнуты или вытянуты ноги, сжаты кулаки или нет… Не чувствую, в какую сторону я повернула голову, сижу я или лежу». Указанные жалобы, как и предыдущие, следует отождествлять с утратой способности осознавать собственные двигательные усилия.

9) **Психическая абаростезия и гипобаростезия** – утрата (ослабление) ощущений давления и веса (греч. barus – тяжесть): «Не чувствую веса ноши… Мне кажется, что поднимая ведро, я с закрытыми глазами не могу определить, полное оно или пустое… Не могу сообразить, под силу мне этот груз или нет… Я кажусь себе невесомым… Я, кажется, такой легкий, прыгну сейчас и полечу… Тело мое, кажется, легкое, как пушинка. Боюсь, чихнет сейчас кто или дунет ветер, и меня понесет… Сдавливаю ногу или руку, но этого не ощущаю… Пережимают жгутом руку, а я не чувствую давления».

10) **Психическая астатостезия и гипостатостезия** – утрата (ослабление) статического чувства (греч. statis – стояние): «Машина разгоняется, а ускорение я чувствую только спиной… Самолет попадает в яму, я чувствую только невесомость, а ощущения падения нет… Бывало, покрутишься, остановишься и все вертится в другую сторону. А теперь такого нет».

11) **Психическая атерместезия и гипотерместезия** – утрата (ослабление) температурной чувствительности (греч.

terme – жар, тепло): «Не чувствую, горячее или холодное… Обжег руку и этого даже не почувствовал… Не чувствую руками, холодный ли лед… Не ношу ни рукавиц, ни перчаток, руки не мерзнут… Зимой в мороз хожу без шапки и мне не холодно… Не чувствую у себя температуру. На градуснике под 40, а я совершенно этого не ощущаю».

2. **Психическая гиперестезия** – болезненное обострение элементарной чувствительности. Гиперестезия может быть диссоциативной, то есть вызванной болезненной самовнушаемостью. Например, возникающей в ситуации ожидания или воображаемой болезни. Она наблюдается также в маниакальных состояниях, в состояниях опьянения психостимуляторами. Нередко её можно выявить у пациентов с неглубокой депрессией, в состоянии переутомления, в состоянии изменённого сознания (медитация, гипнотический транс). Иногда удается установить, что усиление касается лишь одного компонента ощущений – эмоционального или рецептивного. В первом случае пациенты подчеркивают неприятный, раздражающий оттенок ощущений, во втором – преимущественно увеличение эмоциональных чувств. Чаще, пожалуй, усиливаются оба эти компонента.

В тех нередких случаях, когда гиперестезия сопровождается отчетливой реакцией страдания, следует, по-видимому, зафиксировать ***болезненную психическую гиперестезию.*** Болезненная гипе- и гиперестезия, если они возникают в состоянии депрессии, могут сменять друг друга. На-

пример, при легкой депрессии чаще встречаются симптомы болезненной психической гиперестезии. При углублении депрессии на первый план выходят проявления болезненной психической а- или гипестезии. Например, пациент отмечает, что его раздражают яркий свет и громкие звуки. В то же время он испытывает неясность восприятия и даже нереальность происходящего вокруг, притупление тактильной чувствительности. Он же сообщает, что временами не чувствует ног и рук, их как бы у него нет, но при этом «голова не плывет, становится ясной, и все окружающее воспринимается вполне отчетливо».

Нередко пациенты сообщают об усилении лишь некоторых субмодальностей соответствующих ощущений. Встречаются жалобы, в которых фигурирует возрастание интенсивности одних ощущений (или субмодальностей) и одновременно притупление каких-то других. Например: «Тихие звуки воспринимаются громче обычного, а громкие, наоборот, они как бы пролетают мимо ушей… Свет такой яркий, что режет глаза, а звуки слышу как на отдалении». При интоксикационных психозах нередко преобладают явления гиперестезии внешних ощущений, при эндогенных – в сфере соместезии. Отмеченная диссоциация в первую очередь затрагивает, видимо, реципрокные ощущения той или иной их модальности. Возможно, данное явление следует обозначить как ***феномен парадоксальной чувствительности***. Укажем следующие проявления психической гиперестезии.

1) **Психическая гипералгезия** – обострение болевой чувствительности. Наблюдается при разных болезненных состояниях, имеет различную природу. Так, у пациентов с легкой депрессией нередко появляются или обостряются разнообразные боли, как острые, так и хронические. Они отмечают, что боли носят диффузный характер – «всё тело болит, болит, кажется, каждая клеточка тела». Такие боли связаны, повидимому, с гиперактивацией механизмов самовосприятия. Иногда при этом «оживают прежние», «забытые» боли. Это, например, боли в местах старых переломов и ранений.

Депрессивную гипералгезию Н. Петрилович (1970) упоминает под названием алгическая меланхолия. С углублением депрессии гипералгезия сменяется аналгезией. Явления гипералгезии в виде рецидива ранее наблюдавшихся при соматических болезнях болей нередко бывают во время опийно-морфинной интоксикации. Известно, что боли могут появляться или усиливаться, если пациент наблюдает, как кто-то причиняет боль другому человеку, – ***синпсихалгия*** (греч. syn – вместе, psychikos – душа, algos – боль).

Существует и такой тип боли, когда пациенты как бы присваивают себе боль другого человека. При виде человека со сломанной ногой пациент ощущает при этом боль у себя, причем в том же самом месте. Встречаются боли, связанные с отождествлением себя с другим индивидом. Перевоплощаясь в кого-то другого, пациент ощущает у себя ту же боль, какая есть у объекта идентификации. Этнографы описыва-

ют племена, в которых боли во время родов испытывает муж роженицы. Описаны и такие случаи, когда актер или писатель так вживаются в чью-то роль, что испытывают подлинные боли, отвечающие этой роли. Истерические алгии и боли ипохондриков имеют, по всей видимости, сходное происхождение. Во всех только что упомянутых случаях боли являются как бы мнимыми, связанными с нарушением самовосприятия.

Никталгия или ***гипноаналгезия*** проявляется усилением болей во время сна (греч. nyx – ночь). ***Утренние боли*** – это боли депрессивных пациентов с суточными колебаниями настроения, когда симптомы депрессии усиливаются в утренние часы. ***Вечерние боли*** наблюдаются при депрессии, если ее проявления нарастают в часы заката солнца или ближе к ночи. ***Акинезией болезненной*** называют состояния обездвиженности от боли, которая усиливается при движении (греч. a – приставка отрицания, kinesis – движение). Этот симптом описан при истерии, эндогенной депрессии, шизофрении (Мебиус, 1891). ***Брахиалгия парестетическая*** (греч. brachion – плечо, algos – боль, paraisthesis – ложные ощущения) проявляется болями и парестезиями в руках при пробуждении от сна (Вартенберг, 1932). По наблюдениям Лопец-Ибора (1973), особенно часто она встречается при скрытой депрессии. Сходным нарушением является ***синдром беспокойных ног*** Виттмана-Экбома (1861, 1945), возникающий при различных нарушениях, включая явления нейролепсии.

При этом у пациентов в ночное время возникают мучительные болевые ощущения преимущественно в голенях. Эти боли несколько смягчаются при ходьбе, отчего пациенты вынуждены по ночам много ходить.

Хронический болевой синдром – длительные (не менее 6 месяцев) боли преимущественно психогенного характера, локализованные пациентами в ранее повреждённых органах и частях тела, функции которых уже восстановлены. Соматическая боль при этом сохраняется или вновь возобновляется уже после завершения соматического процесса под влиянием личностных, эмоциональных и когнитивных факторов.

Важнейшее значение, как полагают, имеет в таких случаях отношение пациентов к своей боли. Это отношение к боли существенно зависит от того психологического контекста, в котором она воспринимается. Боль для человека всегда имеет некий смысл, именно это определяет, как он её воспринимает. Иногда она может расцениваться и как благо, если служит искуплению вины или греха, быть «законным» поводом для приёма наркотика, субъективно важным основанием для манипулирования и подчинения своей воле других людей или представляться оправданием собственной неправоты.

Она может поддерживать ощущение своего превосходства над кем-либо или быть использована как свидетельство незаслуженного и требующего компенсации страдания. В части случаев боль служит сексуальному влечению, если устраня-

ет моральные препятствия на пути его реализации. Она способна также отвечать потребности пациента привлечь к себе сочувственное внимание или мести кому-либо, например, врачу за безуспешное лечение («синдром убийства корифеев» – торжество пациентов над лечением себя известными специалистами) и др.

Во всех указанных ситуациях у пациентов, особенно у психопатических личностей, иногда возникают мотивы к тому, чтобы продуцировать, сохранять боль и тем самым превращать её в хроническое болевое расстройство. Существует ли на самом деле такая боль, насколько она длительна, до какой степени интенсивна и какими клиническими качествами обладает, об этом рассказывают только, увы, пациенты. Достоверных объективных характеристик такой боли не установлено до настоящего времени. В этом смысле такая боль является, скорее, фактом сознания пациентов, нежели материальным явлением.

Основу реабилитации пациентов, страдающих хроническим болевым расстройством, составляет комплекс, включающий лекарственную терапию (антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики), психотерапию, поведенческую терапию (т. н. оперантное обусловливание), семейную психотерапию, физиотерапию. Длительные, интенсивные и реальные боли преимущественно соматической природы предпочитают обозначать терминами болевой синдром, боль хроническая.

2) **Психическая гиперопсия** – болезненное обострение зрительных ощущений. Обычная освещенность воспринимается пациентами как чрезмерная, ослепляющая – ***галеропия*** (греч. galeros – светлый, освещённый; opsis – зрение). Симптом описан, в частности, при отравлении угарным газом. Больные сообщают, что свет режет, утомляет глаза, раздражает, вынуждает их носить темные очки, зашторивать днем окна, выходить из дома лишь к вечеру. Одновременно обостряется цветоощущение. Цвета кажутся чрезмерно яркими, насыщенными, намного отчетливее воспринимаются оттенки цвета. Значительно четче воспринимаются контуры объектов. Буквы текста видятся «выпуклыми, гранеными, готическими», предметы – резкими, выделяющимися на фоне наподобие барельефа. Данное нарушение нередко встречается при астении, депрессии, мании, опьянении психостимуляторами, в начале острых психозов.

3) **Психическая гиперакузия** – болезненное обострение слуховых ощущений. Обычные по интенсивности звуки кажутся пациентам невыносимо громкими, оглушающими, вызывающими раздражение и даже физическую боль: «Не переношу шума, стуков, звуков разговора, они мучают меня, я мечтаю о полной тишине… Звуки буквально бьют по мозгам, проникают в череп, голова, кажется, от них вот-вот расколется… Резко обострился слух. Слышу, как топает кошка, часы бьют, как кувалдой. Слышу даже, как шуршит мышь в норе и как по крыше скачет воробей. Шум за стеной изнуря-

ет, не знаю, как от него отвлечься. Стал слышать, как храпит сосед этажом выше, а если там бегает ребенок, меня это просто изводит… Никогда не думал, как много в ночи разных звуков, раньше я не слышал их, а теперь не могу понять, что это за звуки». Психическая гиперакузия может сочетаться со слуховой агнозией и при сыпном тифе **– *феномен Боткина*** (1868).

4) **Психическая гипергевзия** – болезненное обострение вкусовых ощущений. Часто бывает избирательной, т. е. касается отдельных субмодальностей вкусовой чувствительности. Нередко вкус и даже вид пищи вызывают отвращение, сопровождающееся тошнотой, а порой и рвотой. Бывает и обратная картина, когда вкусовые ощущения доставляют необычное удовольствие, вплоть до наслаждения.

5) **Психическая гиперосмия** – болезненное обострение обонятельной чувствительности. Нередко бывает весьма избирательным и сочетается с гипергевзией. Запахи не только воспринимаются очень резко, но и сопровождаются различными эмоциями, как негативными, так и позитивными. Это указывает на преобладающий фон настроения. Приподнятость настроения сочетается с приятным эмоциональным сопровождением запахов, депрессии обычно сопутствуют неприятные эмоции: «Не переношу запахов табака и перегара, меня от них воротит… Не могу ездить в машине, меня тошнит от запаха бензина… Мне кажется, что от психически больных так сильно пахнет чем-то очень неприятным,

что в толпе я могу определить кого-то из них… Совершенно не переношу запах одеколона, мне становится дурно… Я не пробую суп или борщ на соль, я определяю по запаху, достаточно ли в них соли… Мне очень нравится, как пахнут девушки, это ощущение чего-то весеннего и радостного».

6) **Психическая гипернафия** – болезненное обострение ощущений осязания. Может касаться разных тактильных субмодальностей: «Одежда буквально впивается мне в тело, давит, стесняет, жмет… Чувствую малейшее движение воздуха… Я чувствую перед дождем, как тянет сыростью… Не выношу, когда ко мне прикасаются, даже вздрагиваю… Не могу расчесываться, до волос больно дотронуться… Слышу руками хрип в легких у дочери».

7) **Психическая гипербарестезия** – болезненное обострение ощущений давления и веса: «Тело тяжелое, будто свинцовое… Навалилась такая тяжесть, будто сверху груз какой положили… В руках и ногах такая тяжесть, что я с трудом ими двигаю… Ведро воды стало страшно тяжелым, не верится, что раньше я шутя поднимала кое-что и тяжелее… Сняла цепочку, она так сильно давит, что делается больно».

8) **Психическая гипербатестезия** – болезненное обострение кинестетических ощущений: «Чувствую, как двигаются глаза, шевелятся волосы». С этим расстройством, повидимому, связаны и ощущения тяжести во время движения, отчего пациенты вынуждены прилагать большие усилия при передвижении: «Двигаться стало тяжело, едва перестав-

ляю ноги». Некоторые пациенты указывают, что у них появилась способность улавливать идеомоторные акты: «Только подумаю что-то сделать, как сразу чувствую, что тело приходит в движение… Еще только собираюсь что-то сказать, а язык уже шевелится». Многие пациенты с ***нейролептической акатизией*** сообщают о том, что не могут долго оставаться в покое, так как вскоре начинают чувствовать ломоту, тянущие ощущения в мышцах, мышечный дискомфорт, желание поменять позу (греч. а – приставка отрицания, kathisis – усаживание).

9) **Психическая гиперстатестезия** – болезненное обострение статического чувства. Многие пациенты жалуются, например, на «головокружения» в голове, на ощущения покачивания при ходьбе, легко появляющееся чувство потери равновесия, например при повороте или подъеме головы, наклонах тела. Ощущается даже незначительное ускорение движения в автобусе, поезде, не говоря уже о легковом транспорте, самолете.

10) **Психическая гиперпаллестезия** – болезненное обострение ощущений вибрации: «Чувствую телом, как от шума дребезжат оконные стекла… Сначала чувствую, что едет машина, а уж потом слышу шум мотора… Внутри все трясется, как холодец… Дрожит все внутри, трепещет, будто волнами перекатывается… Пульс молотком стучит в висках и отдает во всем теле… Сердце бьется тяжело, сильно, ударяет, как кувалдой». Болезненное усиление внутренних ощу-

щений С. С. Корсаков (1912) описал под названием ***несоразмерные восприятия.***

11) **Психическая гипертерместезия** – болезненное обострение температурной чувствительности: «Кажется, горю вся, а температура нормальная… На расстоянии чувствую, что у ребенка поднялась температура… Мерзну вся, летом одеваюсь во все теплое, а согреться не могу, мне все равно холодно». Бывает и так: «Весь горю и в то же время замерзаю… Я чувствую, что холодная вся, потная, а внутри жар, там горячо. Или горю вся, красная, а внутри холод, там замерзаю. А температура нормальная».

3. Психическая дизестезия – нарушение идентификации субмодальных характеристик внешних ощущений. Расстройство представляет собой ряд простых иллюзий, при которых сами объекты воспринимаются правильно, ошибки же восприятия касаются отдельных свойств этих объектов. Можно различить такие простые иллюзии.

1) **Психическая дизопсия** – нарушение восприятия тона, насыщенности и яркости цвета. Существуют и такие названия: хроматопсия, колорические иллюзии, иллюзии цвета, нарушение восприятия качества цвета. При этом нарушении бесцветные объекты воспринимаются как имеющие какой-то цвет, а цветные объекты – окрашенными в другой цвет. В одних случаях нарушается восприятие цвета фигуры, т. е. самого объекта, в других – фона, на котором он воспринимается, либо окрашенным в один какой-то цвет кажет-

ся все окружающее. Так, лица людей видятся темными, загоревшими, бронзовыми, буквы текста или листы книги – зелеными, синими, фиолетовыми и др.

При ***эритропсии*** все вокруг воспринимается окрашенным в розовый цвет (греч. erythros – красный, opsis – зрение). Это может происходить и по другой причине – в результате попадания на глаза слишком яркого света, как это случается при снежной слепоте. При ***ксантопсии*** все видится в желтом цвете (греч. xantos – жёлтый), ***цианопсии*** – в синий (греч. kyanos – лазурный). Ксантопсия описана при некоторых интоксикациях (пикриновая кислота, амилнитрит, сантонин), желтухе, сотрясении головного мозга, эпизодически она возникает при эпилепсии (вероятно, это разновидность припадка психической эпилепсии). В норме этот феномен возникает при адаптации к синему цвету. В норме иллюзии цвета возникают также в условиях цветового контраста. Так, на границе между синей и желтой областями цвета и тот и другой кажутся более яркими.

2) **Психическая дизакузия** – нарушение восприятия тональности звуков. Основной тон звучания при этом как бы оттесняется на второй план, а его место занимает один из обертонов, т. е. любой из парциальных тонов, возникающий от вибрации какой-то части генерирующего звук тела: «Лес будто бы звенит… Дождь словно грохочет… Машина воет, точно сирена… Когда моют посуду, мне слышится отвратительный скрежет, от него меня передергивает… Женщины

говорят грубым голосом, они будто бы басят… Слышится не голос поющего человека, а свист».

3) **Психическая диснафия** – расстройство восприятия качества осязания. Например, дотрагивание или поглаживание тела воспринимаются как электризация, царапанье, щекотка или зуд. Мягкие на ощупь предметы воспринимается как твердые, ровная поверхность кажется шероховатой, бугристой и др.: «Трогаю голову и чувствую боль пучком, как иглами тычет». Пациенты с ипохондрией нередко «нащупывают» у себя «шишки, вмятины, прыщи и др.», которых на самом деле у них нет.

4) **Психическая дистерместезия** – искажение температурной чувствительности: «Трогаю что-нибудь горячее, а ощущение другое, будто потрогал что-то замерзшее, холодное… Кожа не мерзнет на морозе, ее будто бы жжет, припекает… Иногда не могу понять, холодный предмет я беру или горячий».

5) **Психическая дисгевзия** – расстройство восприятия вкуса, при котором реальный вкус ощущается измененным тем или иным образом: «Хлеб, кажется мне, слегка горчит… Лимон показался мне сладковатым… Варенье будто бы подсолили». К простым вкусовым иллюзиям следует, по-видимому, отнести ***пикрогевзию*** – чувство горечи во рту, а также ***гликогевзию*** – ощущение сладкого во рту.

6) **Психическая дизосмия** – иллюзия изменения запаха: «В парке припахивает вроде как гарью… Запах цветов

отдает как бы гнилью… К запаху мяса примешивается что-то приторное… От духов отдает запахом меда».

4. Синестезии – расстройство ощущения, при котором стимуляция одного вида чувствительности сопровождается появлением ощущения другой модальности. Такого рода кросс-модальные феномены нередко являются совершенно нормальными. Например, низкочастотные звуки у многих людей пробуждают ощущения мягкого, обильного, а высокочастотные звуки сопровождаются ощущением хрупкого или острого. Синий цвет у немалого числа людей ассоциируется с чем-то холодным, а вот красный цвет – напротив, с ощущением чего-то теплого. Патологическими явления перекрестной чувствительности расцениваются лишь в тех случаях, когда они возникают регулярно, характеризуются большой яркостью, а также дезадаптацией, нарушающей функционирование.

Существует два подхода к описанию синестезии. В первом из них в название расстройства включается указание на основной вид чувствительности, активация которого влечет появление сопутствующих ощущений иной модальности. Отметим, что далеко не все ощущения основного вида чувствительности обладают такой способностью. Точно так же из дополнительных появляются отнюдь не все и не любые ощущения. Тем не менее каких-то конкретных закономерностей в том, как это происходит и в норме, и в патологии, не установлено. Различают несколько симптомов такой

синопсии.

1) **Синопсия –** зрительные ощущения света и цвета дополняются ощущениями запаха, звука и других ощущений. По-видимому, особенно часто дополнительными являются акустические ощущения. Восприятие темно-красного цвета, например, регулярно сопровождается ощущением вкуса соленого.

2) **Синакузия –** слуховые ощущения дополняются ощущениями цвета, осязания и др. Например, восприятие звуков высокой тональности сопровождается ощущениями покалывания в поясничной области. Так, пациент говорит, что восприятие синего цвета дополняется сильными покалываниями в боках.

3) **Синосмия –** ощущениям запаха сопутствуют ощущения вкуса, звука и др. Так, запах табака всякий раз сопровождается появлением желтых пятен в правой половине поля зрения.

4) **Сингевзия –** вкусовые ощущения дополняются ощущениями запаха, осязания, кинестезии и др. Например, вкус кислого дополняется ощущением холода в эпигастральной области.

5) **Синафия –** осязательные ощущения дополняются ощущениями вкуса, зрения и др. Так, касание к холодному предмету сопровождается ощущением тошноты.

6) **Синалгия –** ощущению боли сопутствуют ощущения звука, зрения и др. Например, боль при надавливании на гла-

за дополняется ощущением головокружения.

Другой подход к определению синестезии состоит в том, что в названии симптома указывается модальность дополнительного ощущения. Например, ***фотизм*** – это появление зрительного ощущения при стимуляции какого-нибудь другого вида чувствительности. И в этом случае подчеркивается факт парной синестезии. По-видимому, не бывает явлений полисинестезии, например, чтобы одно и то же дополнительное ощущение возникало при поочередной стимуляции нескольких видов чувствительности и тем более сразу нескольких из них. Не встречается и таких случаев, когда одна и та же стимуляция могла вызывать появление разных дополнительных ощущений одной и тем более нескольких разных модальностей. ***Вербохромия*** – это синестезия, при которой возникает ощущение цвета при восприятии речи других людей или своей собственной. ***Логохромия*** – появление ощущения цвета при восприятии каких-либо слов или букв текста. ***Термалгия*** – синестезия, когда возникает ощущение боли при термической стимуляции. ***Фонопсия*** – синестезия, когда ощущению цвета сопутствует восприятию неречевых звуковых стимулов. ***Фонафия*** – синестезия, когда ощущение осязания дополняется определенными звуками. Поразительный случай синестезии описал А. Р. Лурия у пациента с замечательной образной памятью. Этот пациент демонстрировал синестезию не только в отношении отдельных ощущений, но и в отношении разного рода мысленных образов и

ощущений.

Факт дизестезии и (или) синестезии может, по-видимому, указывать на готовность к появлению некоторых других сенсорных нарушений, в частности функциональных и рефлекторных галлюцинаций. Синестезии, кроме того, иногда фигурируют в таких симптомах, как обманы восприятия, сенестопатии, аномальные сновидения.

Синестезию напоминает расстройство, при котором болезненное ощущение, возникающее в определенной области тела, одновременно локализуется пациентами также и в других частях тела, – ***полиестезия*.** Так, больная, перевязывая руку сына, чувствует сильное волнение, при этом «щемит сердце, щемит в пояснице и ягодицах».

5. Фантомные боли или **альгогаллюциноз –** интенсивные, длительные и разнообразные боли в отсутствующей части тела. Чаще всего фантомные боли наблюдаются на месте ампутированной ноги, руки, грудной железы. Частота фантомных болей колеблется, по разным данным, от 20 до 50 % случаев ампутации упомянутых органов в течение первого года после операции, у некоторой части пациентов эти боли сохраняются и в дальнейшем. Некоторые пациенты наряду с болями ясно ощущают ампутированную конечность и движения ею. К. Ясперс объясняет это привычкой к «схеме тела», которая «остается реальностью даже после ампутации».

Развитие таких болей не связано с проблемами культи, как это считалось ранее. Тяжесть страдания в определенной

степени зависит от психического состояния пациентов. В ряде случаев фантомные боли сосуществуют с депрессией, при этом отмечаются сезонные обострения заболевания. Наблюдался нами пациент с фантомными болями в ампутированной после ранения правой руке, они длились на протяжении пяти лет. При этом отмечались отчетливые признаки депрессивного расстройства настроения и хронический дефицит сна. В сновидениях все эти годы пациент чувствовал себя, как до болезни, с сохранившейся рукой. Лечение фантомных болей антидепрессантами малоэффективно.

6. Сенестопатии (греч. koinos – общий, aisthesis – чувство, ощущение; pathos – страдание, болезнь) – патологические ощущения, развитие которых не связано с соматическими нарушениями и внешним воздействием на органы чувствительности. Употребляются и такие термины: ***коэнестезия***, ***сенсации***, ***психосоматические ощущения***, ***соматические галлюцинации***, ***соматоформное расстройство***, ***телесные иллюзии***, ***диссоместезии***. Сенестопатии широко распространены и нередко они не выявляются, если они сходны с другими нарушениями. Описаны Е. Дюпре и П. Камю в 1907 г. Диагностические критерии сенестопатии:

– это ***мнимые болезненные ощущения***, развитие которых не связано с определённой местной патологией;

– ***интрапроекция*** – сенестопатии всегда проецируются пациентами на внутриличностную область;

– ***полиморфизм*** – чрезвычайное разнообразие, в котором

представлено большинство модальностей чувствительности, а также многочисленные субмодальные ощущения. Сами пациенты предпочитают называть их «болями», имея при этом в виду выраженный эмоциональный компонент страдания, хотя, строго говоря, собственно болью сенестопатии во многих случаях не являются. Весьма часто пациенты то и дело меняют описание сенестопатии, как если бы они не могли найти точной словесной их формулы. Нередко и даже в большинстве случаев у одного и того же пациента бывают представлены различные признаки сенестопатии;

– необычный, порой очень странный, вычурный характер ощущений характер. Впечатление необычности большей частью связано с тем, что локализация, проекция, конфигурация и интерпретация сенестопатических ощущений сильно отличаются от того, что обычно сообщают соматические пациенты. Наряду с сенестопатиями пациенты могут предъявлять и вполне типичные жалобы соматической природы. Это обстоятельство указывает на сохранение и нормального процесса формирования ощущений, который включается в болезненный процесс. Однако многие пациенты достаточно странным образом описывают и обычные соматические жалобы. Последнее обстоятельство требует осмотрительности в оценке соматических жалоб пациентов;

– мучительный аффективный тон сенестопатических ощущений. Это проявляется, во-первых, тем, что сенестопатии нередко являются источником чрезвычайных

страданий, кажущихся пациентам невыносимыми и которые инициируют суицидные тенденции, хотя встречается это крайне редко. Встречаются больные, которым, по их словам, ничего более тягостного не приходилось испытывать никогда ранее. Во-вторых, с сенестопатиями часто бывают связаны тревога, аффективное напряжение и разнообразные страхи, например, страх серьезной болезни, сумасшествия, смерти. Этот давно известный факт получил у немецких авторов название «*страх в голове*»;

– упорный, как бы неотступный, неотвязный или даже преследующий пациентов характер сенестопатических ощущений. Пациентам кажется, что сенестопатии обладают свойством приковывать к себе их внимание – так пациенты описывают симптом болезненной рефлексии;

– подавленное настроение, обычно сопутствующее сенестопатиям. Преобладает подавленность, сочетающаяся с тревогой и страхами. Подавленность настроения не всегда осознается пациентами, по большей части они сообщают о тревоге и страхе. Для большинства из них типична склонность к ***психологизации*** своего состояния – объяснять его в соответствии с бытовыми представлениями. По мнению пациентов, их страхи, тревоги и подавленного настроения вторичны, они – следствие сенестопатий: «Какое может быть настроение, когда болит». Часто удается проследить, что динамика сенестопатий параллельна колебаниям настроения. Сенестопатии могут возникать приступами, сопровождаясь па-

ническим страхом. Такие сенестопатические атаки нередко рассматривают проявлением аффективной патологии – паническими атаками. Очень редко встречается сочетание мании и сенестопатий, при этом пациенты описывают последние как приятные ощущения, напоминающие щекотку;

– ***некритичность пациентов***, обычно считающих, что сенестопатии, даже самые необычные, являются признаком не душевного, а соматического, причем серьезного заболевания. Иногда встречаются пациенты с сенестопатиями и тематически связанным с ними бредом соматического заболевания;

– ***областью чувствительности, в которой развиваются сенестопатии, является сомествезия***. Болезненные явления в экстероцептивных, кинестететической и статической модальностях чувствительности, аналогичные сенестопатиям, неизвестны. Иначе говоря, такие кросс-модальные отношения, в которых болезненные качества интерорецепции отражались бы в нарушениях экстерорецепции, встречаются сравнительно редко. Например, когда пациенты сообщают о «тошноте в голове»;

– ***другие психические расстройства, особенно нарушения самоосознавания***, с которыми связано появление сенестопатий.

Существуют разные подходы к систематизации сенестопатий. Например, анатомический. Так, А. К. Ануфриев (1979) различает пять следующих видов сенестопатий: сердеч-

но-сосудистые, центрально-неврологические, абдоминальные, костно-мышечно-суставные и кожно-подкожные. Автор отмечает, что особенно часто встречаются сенестопатии, локализованные в области головы и сердца. Данный подход более приемлем в случаях сенестопатий со стойкой и определенной локализацией, возможно, связанной с актуальной или имевшей место ранее соматической патологией. Вероятно, это отражает мнение пациентов о значимости для него функций тех или иных органов. Говорится это к психогенезу сенестопатий. Показано, например, что локализация сенестопатий в гениталиях является прогностически неблагоприятной. Вероятно, для пациентов с сексуальной зависимостью.

Другой подход к систематизации сенестопатий основан на клинико-психопатологической оценке последних. Центральная идея такого подхода состоит в том, что глубина и тяжесть поражения феноменов сенестопатии может быть установлена по признакам психической патологии, которая была предложена А. В. Снежневским в 1983 г. Согласно этой шкале, тяжесть какого-либо симптома определяется тем, в структуру какого синдрома он включён. Имеются, следовательно, данные о существовании сенестопатического синдрома.

Рядом исследователей было установлено, что в клинической структуре сенестопатий могут быть выявлены признаки деперсонализации, бреда, галлюцинаций, явлений психиче-

ского автоматизма, а также парафрении (Ушаков, 1973; Остроглазов, 1975; Эглитис, 1977; Ануфриев, 1978; Гутенева, 1979, 1980; Басов, 1980 и др.).

Скорее всего, генезис сенестопатий связан с нарушениями самоосознавания. На это указывают данные о том, что в структуре сенестопатий нередко видны признаки расстройств внешней модальности. Была установлена также возможность разной градации сенестопатий и постепенного их усложнения. Остаётся неясным, отчего сенестопатии локализуются в разных частях тела.

Предположительно, показана также их связь с повреждением корковых зон, в особенности теменной коры, проекционных и ассоциативных областей этой коры. При повреждении проекционных зон возникают, вероятно, мономорфные сенестопатии, затрагивающие один вид чувствительности. При повреждении ассоциативных зон коры – более сложные сенестопатии, в которых фигурируют ощущения разных модальностей одновременно.

Далее мы представим описание следующих сенестопатий.

1) **Простые сенестопатии:** Характерны:

– четкая и обычно мономорфная перцептивная модальность. Это боли, термические ощущения, тактильные ощущения, ощущения давления, вибрации, зуда и щекотки;

– локализация, ограниченная чётко ***очерченными топографическими зонами;***

– проекция, соответствующая таковой ***модальности то-***

го или иного вида чувствительности в норме. Например, сенестопатии в виде парестезий, ощущений жжения или холода локализуются в области кожной чувствительности;

– ***значительное сходство с соматическими болезненными ощущениями***, вызванными реальной местной патологией;

– ***наличие субдепрессивного настроения*** с подавленностью и тревожно-фобическими нарушениями. Вероятно, именно с этим связана обостренная эмоциональная реакция пациентов на сенестопатии. Каких-либо неадекватных интерпретаций сенестопатических ощущений обычно не выявляется. Простые сенестопатии в этом смысле можно, вероятно, обозначить и как депрессивные, хотя наличие депрессии не объясняет их образования.

Некоторые авторы иначе представляют простые сенестопатии. Так, М. И. Рыбальский (1983) к ним относит «реальные ощущения, обычно мономорфные, обусловленные органическими изменениями, соматическим страданием, но не вполне привычные, вызывающие повышенную реакцию больного в виде тревоги, страха и не сопровождающиеся расстройством мышления». Вторая группа сенестопатий у М. И. Рыбальского – это «иллюзорные сенестопатии», т. е. «извращенные действительные ощущения… с существенной вовлеченностью мыслительного процесса вплоть до образования навязчивых и сверхценных идей». Иными словами, первый вариант сенестопатий, по М. И. Рыбальскому,

это феномены сенсорной гиперестезии, возникающие вследствие подавленного настроения. Второй вариант – нарушения восприятия реальных ощущений, как адекватных и существующих в норме, так и ощущений, вызванных местной патологией. Подлинными или галлюцинаторными сенестопатиями автор считает вычурные, обычно полиморфные, не имеющие органической основы и внешних причин развития ощущения, сопровождающиеся нарушенным мышлением. М. И. Рыбальский подчёркивает, что у пациентов с простыми и особенно иллюзорными сенестопатиями нарушено восприятие реальных ощущений, включая и возникающие при местной патологии. Но это отдельный вопрос, роль реальной сенсорной стимуляции в генезисе сенестопатий остаётся неясной.

2) **Алгические сенестопатии** или **сенестоалгии** – мнимые болевые ощущения. Ранее упоминалось о существовании разнообразных феноменов гипералгезии. Сенестоалгии, в отличие от них, лишённы реальной основы в виде местной патологии, к тому же их отличает вычурный характер. Например: «Сердце болит, ноет, жмет, расширяет, оно, кажется, вот-вот лопнет… За грудиной, где-то в глубине болит, боль рвущая, мятущаяся, стонущая, невозможная. Как кувалдой дает, а потом все тело стонет… Невероятная ломота в голове… Дикие боли внутри головы, схожу, кажется, с ума от них… Боль в сердце трескающаяся, ломающаяся… Боль в голове стоит колом… Боль в груди, будто бы ее чем про-

ткнули… Сердце болит, сдавливает, сплющивает… Гуляющие боли в груди… Болит все тело, живого места нет, то в одном месте болит, давит, жмет, то в другом, все тело перебирает… Болит голова в разных частях, она перемещается то туда, то сюда… Давит, болит в боку, оттуда будто выдавливает что наружу… Три года болит в спине, мозжит, грызет рядом с позвонками».

В том, что это именно сенестоалгии, убеждает следующее.

1. ***Это невероятное множество оттенков боли.*** Это боли сверлящие, ломящие, грызущие, стонущие, давящие, режущие, стреляющие, свербящие, выворачивающие, выкручивающие, трескающиеся, ломающиеся, лопающиеся, рвущие, сумасшедшие, дикие, разламывающие и мн. др. При этом столь полиморфные боли обычно бывают у разных пациентов.

2. ***Боли стойкие, упорные***, локализованные в одном месте в течение многих лет либо ***они «смешаются», «бродят», «гуляют», «переливаются» с места на место***.

3. Нередко сенестоалгии имеют оттенок синестезии – «стонущая боль», «трескающаяся боль» и т. п.

4. Сенестоалгии явно обнаруживают ***тенденцию к перерастанию в более сложные сенестопатии*** – сердце «сплющивает», боль «лопается», что-то «выдавливается наружу» и др.

5. Весьма часто, одновременно с собственно сенестоалгиями, ***выявляются сложные сенестопатии***, в частности,

напоминающие обманы восприятия.

6. Выявляется тенденция ***к необычной локализации сенестоалгий*** – боль «внутри головы, около позвоночника, между позвонками» и т. п.

Окончательное суждение о факте сенестопатии должно подтвердиться данным тщательного соматического обследования. Обычно последнее не обнаруживает никакой патологии либо, что бывает чаще, выявленная патология и сенестоалгии не имеют каузальных отношений друг с другом. Правда, и это следует отметить, нередко встречаются и такие случаи, когда локализация сенестопатий бывает привязана к очагам каких-либо физических повреждений в прошлом.

Нередко возникают трудности разграничения жалоб пациентов с сенестоалгиями и физических жалоб истеричных пациентов. Главный отличительный признак последних состоит, пожалуй, в том, что в жалобах истериков слишком много неопределенного, не поддающегося анализу. Решающими фактами являются демонстративность поведения истериков, отсутствие аффективных нарушений, связанных с болезненными ощущениями, в т. ч. реакции страдания, причиняемой заболеванием.

3) **Термические сенестопатии** – мнимые ощущения жжения и, реже, холода: «Жжение подошв… Как горит между лопатками… Горит все тело, будто кипятком ошпарили… Все тело огнем горит, а внутри холод… Щека будто обмерзает… Кости холодные, они мёрзнут изнутри… Пояс-

ницу жжет так, будто крапивой отхлестали… Лоб как в огне горит… Замерзают пятки». Описания пациентов с сенестотермией отличаются от таковых при дистерместезии тем, что сенестопатии возникают аутохтонно, вне и независимо от термической стимуляции. Существуют и другие нарушения, которые следует отличать от термических сенестопатий. Это, например, описанный у невротиков ***синдром пароксизмальной гипотермии*** (Polzien, 1962). Расстройство проявляется эпизодически возникающими состояниями с понижением температуры тела на 0,7–1,3°С. Пациенты испытывают при этом ощущение жара. Одновременно возникают гипергидроз, тахикардия, головокружение, тошнота, затрудненное дыхание, чувство страха за здоровье. Болезненный эпизод спустя несколько часов завершается ощущением холода в теле или ознобом, а также слабостью.

4) **Сенестопатии в виде парестезий** или **сенестопарестезии** переживаются пациентами как ощущения ползания мурашек, щекотания, зуда, покалывания, электризации, онемения: «Мурашки в паху, они поднимаются снизу, потом расплываются в разные стороны… Зуд в ногах ниже колен… Щекотание на голове… Кисти онемели и иголками тычет… Пощипывание в языке… Кожа будто наэлектризована… Покалывания в ногах, протыкает будто насквозь». Простые сенестопатии, вначале преимущественно статичные, в последующем становятся подвижными, как бы мигрирующими:

«Жжение расплывается по сторонам, появляется в разных

местах… Боли ходячие, плавающие, бродячие… Гуляющие боли в груди. Мурашки поднимаются от крестца к затылку». Одновременно выявляется тенденция ко все более необычной их локализации: «Боль участками на голове… Болит кожа… Боль внутри головы… Боли в костях… Болит позвоночник… Поверхностное жжение в коже предплечья… Пощипывает вокруг глаз». Появляется, кроме того тенденция к изменению проекции ощущений: «Онемение где-то внутри в руках и ногах… Покалывает где-то в глубине… Боль в голове острая, прокалывает, будто шилом».

5) **Психосенсориальные сенестопатии** – мнимые болезненные ощущения с явно выраженными пространственными характеристиками, т. е. с признаками объемности, размерности, движения и его направленности. Весьма напоминают явления ***аутометаморфопсии*** (нарушений схемы тела), причём чаще – феномены макросомии, нежели микросомии: «В груди разбухает, расширяется, увеличивается, вытягивается… Из затылка выходит что-то наружу. Голову давит изнутри… Голову распирает изнутри, она, кажется, лопнет… Болит в голове, а в висках что-то переворачивается… В животе будто узел завязывается… Жилы тянет, выкручивает… Внутри что-то скручивается, сворачивается, сжимается, собирается в складки… Давит на лоб изнутри наружу… В голове как что-то вращается, крутится… Давит на голову снаружи по направлению к центру… Боль косая, идет слева и вверх».

Одновременно с сенестопатиями у пациентов нередко выявляются эпизодические симптомы аутометаморфопсии: «Боли в суставах, их выкручивает в другую сторону… Сдавливает голову, и ощущение, что она уменьшается в размерах… Распирает в груди, а грудь как поднимается… Растягивающие боли в ногах, ноги будто вытягиваются… Тянет кожу лица, нос, кажется, заострился».

Нарушения схемы тела, являются, возможно, результатом дальнейшего развития сенестопатии. Как правило, симптомы аллометаморфопсии выявляются у пациентов с психосенсорными сенестопатиями намного реже, что определённо указывает на различия в генезе явлений ауто- и аллометаморфопсии.

6) **Герменевтические сенестопатии** – мнимые болезненные ощущения, сопровождающиеся различными интерпретациями относительно их топики и причин развития (греч. hermeneutike (techne) – истолковательное (искусство)). Нередко эти трактовки выступают на первый план, так что собственно ощущения остаются в описаниях пациентов как бы в тени. Интерпретации пациентов весьма напоминают бредовые идеи ипохондрического содержания и идеи дисморфомании. В зависимости от акцентов в таком толковании могут быть выявлены следующие сенестопатии.

7) **Органотопические сенестопатии** – патологические ощущения, которые локализуются пациентами в каких-то органах: «Боль внутри глазниц… Вибрирует барабанная пе-

репонка… Сосуд в голове чешется… Под черепом сосуды пульсируют… Сосуд под кожей разрывает… К вечеру начинают болеть веки… Болит внутренняя пластинка лобной кости… Жжение в перикарде и на верхушке сердца… Боль в трех грудных позвонках… Боль по ходу мочеточника… Мерзнет верхушка левого легкого… Боль на основании черепа между полушариями… Боли в стенках желудка… Покалывает и немеет поверхность полушарий мозга… Горит мозжечок».

8) **Ассоциированные сенестопатии** – патологические ощущения, которые пациенты объединяют в аналог некоей структуры: «Боль из руки идет по линии вверх, ударяет в затылок, затем сжимает сердце, а потом расходится в животе в разные стороны… Боль из грудины перемещается в миндалины, оттуда идет к сердцу, а от сердца поднимается в голову… Боль из ног тянется вверх по двум линиям по спине, переходит на шею, где заканчивается двумя расплывчатыми точками… Онемение голени переходит в ощущение боли в точке на бедре, затем начинают болеть паховые артерии, а потом боль становится подсознательной… Центральная нервная система подает импульс в желудок, желудок сокращается, толчки отдают в пах, из паха через жилу переходят в ногу, а затем в большой палец левой ноги, откуда возвращаются назад, в пах. Получается замкнутый круг, который надо разорвать, и тогда я буду здоров. Чтобы разорвать связь большого пальца и центральной жилы, через которую

палец влияет на пах, нужно удалить большой палец. С этой просьбой я уже не раз обращался к хирургу».

9) **Бредоподобные сенестопатии** – патологические ощущения с установленными пациентами мнимыми каузальными связями: «Кровь не поступает в прямую кишку… Сосуды лопаются… Сосуды затромбированы и мозг не получает питания… Мозгу не хватает кислорода из-за болезни легких… Надуваются вены в голове, нарушен отток крови… Замедлен кровоток, поэтому морозит, знобит и нарушен обмен веществ… Тупая боль в сердце из-за расслабления сердечной мышцы… Боли в коре мозга воспалительного типа». Указанные формулировки пациентов возникают, скорее всего, из неправильно понятых разъяснений врачей, прочитанной медицинской литературы, иногда они заимствуются у других пациентов, о чем впоследствии больные забывают и выдают за свои собственные.

10) **Галлюцинаторные сенестопатии** характеризуются наличием отчетливых дискриминативных элементов в ощущениях интерорецепции, что придает сенестопатиям некоторое сходство с различными обманами восприятия. Они также могут быть разными.

1. ***Геометрические сенестопатии*** **–** имеющие определенную форму, плоскую или объемную: «Жжение на спине в виде треугольника… Боль в виде плоского круга… Головные боли по типу сетки – болит по периметру ячеек, а в середине их боли нет… Жжение в боку наподобие вытянутого

овала… Боль в точке под кожей затылка… Боль из точки лучами расходится в разные стороны… Боль от пальцев идет вверх к плечу по двум параллельным линиям… Полоски холода в обрамлении тепла… Жжение в виде звездочек… Головная боль в виде выпуклого кверху треугольника… Боли в центре головы в виде светящейся точки… Болит черепушка по линии под ушами – хоть отрубай ее по этому месту… Боль проскакивает зигзагами наподобие молнии… Мерзнет круг размером с двухкопеечную монету… Болят точки под ногтями указательных пальцев… Шарообразная боль… Боль пузырьками поднимается снизу вверх».

2. ***Сенестопатии с характером тактильных галлюцинаций***: «На голове точно шапка надета… Болит голова, ее как сдавливает пожарной каской… Жжет кожу так, будто горчичник прилип или раскаленный утюг приложили… Ударило по голове будто палкой… Голова мерзнет, ее будто холодным ветром обдувает… Вроде крошки прилипли к глотке… Ощущение, будто за волосы кто тянет… К губе вроде папироса приклеилась… На коже будто вода стекает… По всему телу будто бы капельки пота выступили… Будто щекочет кто».

3. ***Экстероцептивные сенестопатии*** **с** ***проекцией на область интерорецепции***: «В голове першит, как при насморке или аллергии… Онемение в голове… Щекотание в груди… Чешется, зудит в голове… Кишечник будто перебирает кто волосатыми руками… Жжение внутри головы…

В животе будто горячая кровь разливается… В голове что-то ползает… Боль в сердце как от кинжала, конец которого торчит под лопаткой, так и хочется его вытянуть… В груди будто твердый комок… Голова чем-то наполняется… Боль от сердца шариками всплывает вверх… Боль в позвоночнике, его будто проткнуло трубкой диаметром 5–6 мм». Сенестопатии такого типа весьма напоминают висцеральные галлюцинации.

4. ***Сенестопатии с характером галлюцинаций трансформации***: «Мозг как желеобразная масса… Мозг будто жидкий и булькает… Мозг в комок сжало… Мозги шевелятся… Мозг кажется горячим и маленьким… Сердце будто разделилось на части… Мышцы как расслаиваются… Сердце будто оторвалось и упало вниз… Мозг как отделился от черепа и болтается в нем».

5. ***Сенестопатии с характером кинестетических галлюцинаций***: «Ноги будто подтягивает к туловищу… Сводит руки, ноги, рот, голова как запрокидывается вверх… Губы втягивает внутрь… Голова вроде качается взад и вперед… Такое чувство, будто глаза начинает косить вбок… В руках такое напряжение, будто я держу тяжелый груз».

6. ***Сенестопатии с элементарными галлюцинациями воображения***: «Мозг точно отделяется от оболочек – слышно, как они разлипаются… В голове что-то хлюпает, я хорошо это слышу… Боль тянется по нитям и я чувствую, как они дребезжат… В голове крутится что-то приторно сладкое…

Внутри все жжет, горит, я чувствую, как пахнет жженым… Ударило в голову, боль пролетела слева направо и сверкнула, как во время грозы». Одновременно у большей части пациентов выявляются отрывочные обманы восприятия, не связанные с сенестопатиями.

11) **Параноидные сенестопатии** – патологические сенсации, наблюдающиеся в структуре синдрома психического автоматизма. Обычно это различные «сделанные», «наведенные» болезненные ощущения: «Прижигают кожу лучами… Действуют током, его импульсы проходят по телу… Направляют пси-энергию на внутренние органы… Вызывают раздражение в половых органах, как насилуют». Сенестопатии этого типа известны и как сенестетические галлюцинации. Встречаются также сенестопатии с переживанием их отчуждения: «Жжение внутри, но как у другого человека, не меня». Бывают сенестопатии с переживанием *транзитивизма*, то есть с проекцией их на внеличностную область: «Болит не только у меня, у других людей тоже».

12) **Парафренические сенестопатии** – патологические сенсации фантастического содержания, с переживанием невероятных изменений внутренних органов и частей тела: «Высасывают мозги… Заменяют кости… Забирают мои внутренние органы, на их место вставляют механизмы».

7. **Сенестезии** – своеобразные и полиморфные двигательные нарушения, не связанные с неврологической патологией, такие, как «толчки» в разные стороны, ощущение

моторной неловкости, неточности в движениях, короткие эпизоды обездвиженности в руке, ноге: «Нога вдруг подвернулась… Беру что-нибудь и промахиваюсь… Стал спотыкаться… Хожу, как пьяная, даже стыдно, что люди подумают… При ходьбе заносит, бросает из стороны в сторону… Все бока себе отбила, не могу пройти, не ударившись о дверной косяк… Даже по коридору стало трудно ходить, налетаю на стены… Волевой импульс не доходит до ноги, она не слушается… Двигательный идиотизм, не стало никакой координации». Собственно ***атаксии*** (дискоординации движений), как правило, не выявляется (греч. a – приставка отрицания, taxis – движение).

Упомянутые нарушения, по всей видимости, являются неоднородными. Какая-то их часть относится к явлениям ***аллокинеза*** – расстройство, при котором движение начинается со стороны, противоположной той, откуда пациент намеревался его совершить (греч. allos – чужой, другой; kinesis – движение). Некоторые проявления сенестезии напоминают ***акинетическую апраксию*** – неспособность выполнять произвольные движения вследствие ослабления соответствующих побуждений (греч. a – приставка отрицания, praxis – действие). Возможно, что в сенестезии находит своё выражение кратковременная блокада двигательного побуждения, т. е. состояние ***шперрунга*** (нем. sperren – запирать). Наконец, некоторая часть проявлений сенестезии представляет, вероятно, микрокататонические симптомы.

Сам термин «сенестезия», предложенный немецкими авторами, нельзя признать особенно удачным. Он образован, по-видимому, от слова «ценестезия», которым обозначают, с одной стороны, утрату чувства собственного Я, а с другой стороны, употребляют и в значении «сенестопатия». Сенестезией называют, наконец, нормальное общее самочувствие.

Нарушения элементарной чувствительности встречаются при различных болезненных состояниях, это состояния ипохондрии, депрессия, опьянение и отравления психоделическими веществами, шизофрения, шизотипическое расстройство, неврозы, острые и хронические психозы разного генеза, психоэндокринные нарушения и др. Не имеют нозологической специфичности и встречаются приблизительно у 15–20 % психиатрических пациентов и 1–4% населения. Можно, пожалуй, утверждать, что особенно странные, вычурные сенестопатии с отчетливо представленными нарушениями самовосприятия более характерны для шизофрении, прежде всего малопрогредиентных её форм, в особенности её ипохондрического варианта. Сенестопатии при органических, интоксикационных, симптоматических психозах отличаются относительной простотой и обычно остаются на втором плане в клинической картине заболевания.

Патогенез нарушений элементарной чувствительности изучен недостаточно. Существует гипотеза, согласно которой развитие сенестопатий обусловлено органическим пора-

жением мозга на уровне зрительного бугра, мезенцефальной и диэнцефальной областей. Заслуживает внимания и предположение, согласно которому сенестопатии могут быть связаны с нейрохимическими нарушениями в корковых структурах головного мозга, поскольку они нередко наблюдаются при фазно протекающих эндогенных психозах. Психопатологическая структура сенестопатий отчётливо обнажает сходство механизмов их развития с нарушениями, лежащими в основе бреда и галлюцинаций.

Лечение нарушений чувствительности строится в зависимости от болезненной формы, проявлением которой они являются. Что касается сенестопатий, то лучшим препаратом, показанным при их назначении, считается терален. Существуют наблюдения, в которых сенестопатии неплохо поддавались лечению методом электроаналгезии.

Глава 5. Восприятие, представление. Нарушения в сфере восприятия и представления

1. Общие вопросы

1. Восприятие (перцепция) – формирование чувственных (наглядных) образов объектов, воздействующих в данный момент на органы чувств индивида (лат. percepcio – восприятие). Ч. Райкрафт определяет восприятие как «процесс осознавания чего-либо», подчеркивая тем самым особую роль сознания в процессах восприятия.

Образы восприятия конструируются из ощущений разной модальности. По преобладанию в этих образах разных ощущений разграничивают оптические, акустические, тактильные и иные наглядные образы, часто они полимодальны. При выпадении какого-либо вида чувствительности чувственный материал наглядных образов существенно меняется. Так, наглядные образы объектов восприятия у слепого от рождения индивида существенно отличаются от таковых у зрячего человека. В наглядных образах всегда есть нечто общее в структуре образов, именно это позволяет безошибочно идентифицировать соответствующие объекты. Нагляд-

ные образы могут долго сохраняться в памяти и используются при распознавании объектов. В тех же случаях, когда в силу каких-то причин в зрелом возрасте произошло выпадение зрения, слуха или другого вида чувствительности, сформированные ранее наглядные образы сохраняются в памяти в течение 10 и более лет.

Формирование образов восприятия осуществляется на основе неких информационных программ (когнитивных структур), позволяющих интегрировать разрозненные и разнородные ощущения в целостные, устойчивые и узнаваемые чувственные образования. Предполагают, что процесс восприятия после рождения индивида развивается на базе врожденных когнитивных структур, существование которых доказано у различных представителей фауны. Лишь благодаря последним, как считают, младенец уже в первые месяцы жизни может различать геометрические, ритмические и иные конфигурации ощущений, а к 2–3 месяцам узнает голос и лицо матери. В ходе последующего сенсорного развития создается множество когнитивных структур, точнее их иерархия, она позволяет идентифицировать множество объектов.

Леонардо да Винчи, как известно, рекомендовал художникам следовать натуре: тщательно изучать отдельные части лица и тела человека (рисовать этюды), и только позднее приступать к изображению портретов, складывая этюды, как пазлы. Именно так создаются фотороботы подозреваемых в

преступлении лиц. Такой метод не всегда оправдывает надежд в искусстве. Замечательные художники в своей работе идут, по-видимому, от обратного – от целого, *гештальта* к отдельным его частям (нем. Geschtalt – образ, форма, конфигурация, способ). Даже если последние лишены фотографической точности, но главное, т. е. его сущность, дух передается с поразительным мастерством. По этой причине все еще сохраняется профессия судебных художников. Они, как выяснилось, обладают способностью создавать не анатомические копии персонажей, а психологические портреты изображаемых людей. У О'Генри есть рассказ о преуспевающем поначалу художнике. Уникальная его способность создавать именно такие портреты его разорила, в итоге выгнала на улицу. Автор пишет, что большинству людей редко нравится талантливое изображение их внутренней сущности.

Путь в направлении от целого к части является чрезвычайно важным для познания наглядных образов конкретного человека. Установлено, в частности, что перевернутые изображения человеческого лица люди узнают значительно хуже, чем такие же изображения неодушевленных объектов. Наглядные образы, таким образом, есть не только когнитивная композиция, составленная из ощущений, они включают в себя и некий важный, эмоциональный компонент. Роль ложных когнитивных структур в патологии восприятия приводит к появлению мнимых образов объектов, реальных прототипов которых индивид никогда ранее не встречал в

своей жизни. При аффективных расстройствах восприятие также нарушается, но при этом искажение касается прежде всего деталей осмысленности воспринятого.

Подобно образам внешних объектов строится, видимо, и образ собственного тела. Формирование чувственного образа собственного тела происходит, предположительно, на основе *схемы тела*. Создание последней начинается, видимо, задолго до рождения.

2. **Свойства наглядных образов**. Установлено, что наглядным образам свойственны такие качества.

1. ***Константность*** – устойчивость, инвариантность наглядных образов в разных условиях восприятия объектов (вблизи них, на большом расстоянии, в сумерках, в положении сидя, лежа и т. п.). Установлено, что это качество восприятия у нормальных людей нарушается крайне редко и лишь в экстремальных условиях. Например, недостаточно опытные пилоты сверхскоростных самолетов очень быстрый подлет к каким-либо объектам воспринимают как увеличение размеров последних, но не как стремительное к ним приближение.

2. ***Целостность*** – неизменность, постоянство, как бы автономность структуры образов восприятия. Отсутствие некоторых деталей образа не нарушает его структуру, так что он может быть воссоздан на основе отдельных разрозненных впечатлений. Увидев, например, лишь какую-то часть известного объекта, индивид может узнать его без особых про-

блем. Понятие заимствовано из гештальтпсихологии (психологии образов).

3. ***Объемность*** – пространственная трехмерность образов восприятия. Лучше, пожалуй, говорить о многомерности наглядных образов – некоторые из них обладают пространственно-временными характеристиками. Иначе не было бы возможности адекватно воспринимать движение, речь, мелодии и другие объекты, обладающие динамическими характеристиками. Восприятие в трех измерениях в значительной степени достигается благодаря бинокулярному зрению, бинауральному слуху, бимануальному осязанию. На расстоянии свыше 15 м такое восприятие достигается при участии других факторов, а именно:

– *линейной перспективы* – удаленные объекты кажутся меньшими по размерам, чем расположенные ближе, поскольку с ростом расстояния до объекта уменьшаются размеры его отпечатков на сетчатке глаза;

– *воздушной перспективы* – далекие предметы воспринимаются менее отчетливо в силу размытости их изображения на сетчатке глаза;

– *эффекта параллакса* – при повороте тела или головы ближе расположенные объекты смещаются быстрее, нежели находящиеся на отдалении, так как скорость перемещения отпечатков последних по сетчатке глаз уменьшается (греч. parallaxis – уклонение);

– *эффекта интерпозиции* – ближе расположенные объек-

ты закрывают собою те, которые находятся дальше и в том же направлении восприятия (лат. inter – между, среди, взаимно; position – положение).

Существенное значение в трехмерном построении наглядных образов имеют также мышечное и статическое чувства, возникающие при движении глаз, головы, тела, пальцев рук, других частей тела. Кроме того, важную роль в объемном восприятии играют кросс-модальные отношения, а также чувство времени. Так, прикосновение к телу может восприниматься как округлое, упругое и др., причём длящееся некоторое время. Собственно тактильное чувство такими возможностями не располагает. Любопытно, что многим обманам восприятия также свойственна эта многомерность.

4. ***Внешняя проекция наглядных образов*** – последние всегда бывают «расположены» во внеличностной области, за пределами психического Я, то есть там, где, как полагает индивид, находится мир внешних объектов. Здесь можно провести аналогию с процессом деперсонализации, вследствие которого интрапсихические акты воспринимаются как внешние объекты.

5. ***Чувство собственной психической активности*** – формирование наглядных образов сопровождается ощущением активного участия у самого индивида. Он не просто что-то видит или слышит, как бы фотографирует. Он концентрирует внимание на воспринятом, т. е. он смотрит, слушает, исследует, понимает и оценивает, готовится действо-

вать тем или иным образом. Этим восприятие отличается от ощущения. В последнем случае индивид ощущает себя пассивным реципиентом чувственной информации, например, это объекты, находящиеся в боковом поле зрения. Выпадение активного внимания приводит к тому, что пациент безучастно регистрирует происходящее вокруг или реагирует независимо от значения воспринятого.

6. ***Аффективный тон образов восприятия*** – наглядные образы включают в себя помимо сенсорного и аффективный компонент, т. е. какое-то личное отношение к воспринимаемому. Индивид эмоциями наделяет внешние объекты – в силу деперсонализации приписывает им свои душевные состояния, проецирует свои эмоции на эти объекты. То же самое нередко происходит и в патологии, когда собственные болезненные эмоции пациент воспринимает как находящиеся вне себя. Например, важно это для социального восприятия. По наружности и в первую очередь по лицу очень многие люди судят о внутренних качествах конкретного индивида, т. е. о его личности, считая при этом, что первое впечатление является самым верным. Это приводит к тому, красивый человек автоматически наделяется привлекательными качествами.

Исследования ***методом наложения изображений*** показали, что существуют универсальные, а следовательно, как бы архетипические стандарты красоты человеческого лица. Красивое лицо женщины отличают большие глаза, высокие

дугообразные брови, выступающие скулы, небольшой нос, впалые щеки, расширенные зрачки и широкая улыбка. Признаками красивого мужского лица являются большие глаза, выступающие скулы, массивный подбородок, широкая улыбка. Красивое лицо – это лицо типичное, знакомое и привлекательное. Иначе говоря, лицо, восприятие которого порождает ощущение безопасности и близости. Некрасивое лицо, напротив, является источником ощущения угрозы, чего-то незнакомого и отталкивающего. Красивое лицо обезоруживает, оно делает человека беззащитным перед дьяволом с ангельским лицом. «В молодости и черт недурен собою» – гласит пословица об опасности привычек, стереотипов восприятия. Привычки, считал прусский король Фридрих II, – это «разум дураков». В восприятии, таким образом, выражаются различные качества личности индивида.

Восприятие – это не только поток сенсорной информации и отношения индивида к ней, ***это также анализ, интерпретация, оценка и обозначение воспринятой информации***, т. е. умственная деятельность, включенная в процессы чувственного познания. Процесс восприятия протекает в несколько этапов.

3. **Процесс восприятия**. Схематически процесс восприятия представляется следующим образом.

1. ***Перцепция*** – разграничение фигуры и фона, т. е. выделение из множества сенсорных стимулов «первичного образа» – такой их группы, которая соответствует определенному

объекту. Перцепция может быть нарушена по-разному. Так, индивид в состоянии гипнотического транса воспринимает только речь суггестора, все прочее не достигает сферы ясного сознания и остается для него как бы за кадром. То же происходит у индивида, зачарованного речью блестящего оратора, он при этом прикован к внешним аспектам воспринятого. «В красноречивой речи – волшебство», – говорит Магомет. В состоянии страха индивид сосредоточен на объектах, представляющих наибольшую опасность. Жертвы насилия, например, концентрируют внимание в первую очередь на оружии, угрозах и некоторых чертах внешнего облика насильника, о многом другом позже вспомнить они не могут. Дмитрий Карамазов в романе Ф. М. Достоевского, например, во время допроса был отчего-то чрезвычайно заинтересован перстнями следователя. Такая особенность перцепции может стать причиной ложных узнаваний. Так, описан случай, в котором женщина вместо насильника опознала одного из участников телепередачи. Жертвы насилия, как установлено, в целом лучше запоминают свои переживания, нежели внешние впечатления. Нарушение перцепции типично для пациентов со снижением или утратой фонематического слуха. Такие пациенты с трудом различают или вовсе не различают звучание парных фонем (б-п, д-т и др.), особенно если им мешает шум, или не могут выделить речь одного из собеседников, когда одновременно разговаривают несколько человек.

2. ***Апперцепция*** – сличение первичного образа с прошлыми впечатлениями, хранящимися в памяти (лат. ad, k + percepcio – восприятие) Если в итоге в памяти обнаружен такой же след воспринятого ранее объекта, то это соответствует *узнаванию* – осознанию того факта, что этот объект воспринимался прежде. Если объект незнаком, это является сигналом к активизации исследовательской деятельности. То же происходит, если этот след в памяти сохранился, но обнаружить его почему-либо не удалось. Индивид, например, повторно и как бы заново читает книгу, которую он читал когда-то ранее, но затем об этом совершенно забыл. Очевидно, одна и та же информация может дублироваться в памяти, так что апперцепция в таких случаях осуществляется как бы с разными блоками памяти. В ходе апперцепции используются отнюдь не все, а лишь некая часть внешних признаков объектов. Это означает, что ошибки или иллюзии узнавания могут возникать и у здоровых лиц. Известен случай, когда уголовник так ловко сумел изменить внешность своего товарища по камере, что все свидетели уверенно опознали в этом сокамернике преступника. Практика «двойников» состоит в искусстве придать сходство таким чертам внешнего облика и поведения, на которые в первую очередь люди обращают внимание при узнавании. Некоторые пациенты, например, с бредом преследования также пытаются маскироваться под других людей, чтобы избавиться от преследования.

Ошибки узнавания, а также утрата способности узнавать или *агнозия*, возникают по разным причинам (греч. а – приставка отрицания, gnosis – знание, познание). Возможными причинами являются следующие. Во-первых, это неадекватное выделение первичного образа, например в силу нарушения внимания, аффекта, каких-то внешних помех. Во-вторых, это нарушение поиска нужных следов памяти. В-третьих, это изменение либо разрушение нужных следов памяти. Болезненная активизация следов памяти может повлечь спонтанное появление образов, часто неотличимых от наглядных.

3. ***Категоризация*** (kategoricos – утверждающий) – определение класса объектов, к которому принадлежит воспринимаемый в данный момент («дерево», «собака» и т. п.). Класс объектов и его название являются как бы кодом к пониманию назначения данного объекта. При нарушении категоризации ошибка восприятия может касаться именно класса, с которым этот объект идентифицируется. Иначе говоря, нарушается понимание назначения объекта. Дети, например, впервые увиденный вертолет могут отождествить со стрекозой или наоборот. Луна расценивается ими как одушевленный объект, так как она двигается. Параноидный пациент незнакомого человека принимает за преследователя, он по каким-то признакам относит его к классу опасных объектов.

4. ***Проекция*** – дополнение данного наглядного образа признаками, которых у него нет, но которые свойственны

соответствующему классу объектов (лат. projectio – бросание вперёд). Например, наделить его каким-то цветом. Или «впечатать» в текст либо включить в чью-то речь отсутствующее слово, увидеть то, чего на самом деле не было. Тем самым наглядный образ приобретает недостающие в нем реальные или какие-то мнимые качества. «Врет, как очевидец» – выражение специалистов сыска, которым не раз приходилось иметь дело с искренними, но весьма неточными показаниями свидетелей.

Необходимыми условиями развития восприятия являются следующие:

– нормальное формирование и функционирование психофизиологических структур восприятия в пре- и постнатальном периоде;

– достаточный и адекватный сенсорный опыт, особенно в первые годы жизни индивида. Так, эстетическая депривация, когда ребенок видит и слышит слишком много уродливых вещей, может привести к тому, что индивид лишится возможности воспринимать нечто возвышенное, прекрасное;

– наличие препятствий к активной исследовательской деятельности, например, свободе передвижения, возможности манипулировать предметами. Тем самым исключаются механизмы обратной связи, важные для формирования адекватных когнитивных структур восприятия;

– отсутствие сенсорной или перцептивной деприва-

ции, т. е. дефицита структурированной наглядной информации;

– наличие познавательной мотивации, любознательность, пытливость;

– наличие позитивного эмоционального отношения к воспринимаемому, т. е. базового доверия к внешнему миру.

К первому году жизни острота зрения у детей достигает таковой у взрослого человека. К этому же возрасту дети научаются видеть предметы в нормальном, неперевернутом виде. К двум месяцам дитя узнает лицо матери, воспринимает глубину пространства, к четырем месяцам различает цвета и субмодальности других видов чувствительности. В 2–3 года узнает множество предметов, т. е. имеет для этого достаточное количество когнитивных структур. Категоризация восприятия становится возможной к концу первого года жизни. Константным восприятие делается к 12–13-летнему возрасту.

3. **Представление** – мысленные образы, т. е. воспоминания сенсорных впечатлений, воспроизведение следов воспринятого ранее. Мысленные образы таковы.

1. Образы представления уступают наглядным в том, что касается чувственной яркости и детализации. Например, они редко бывают цветными. Обычно это размытые, блеклые образы, в которых более определенно представлена структура, нежели сенсорная «одежда» каких-то объектов.

2. Мысленные образы лишены проекции во внешний мир,

они как бы не покидают пределы психического Я индивида, то есть его внутриличностной области.

3. Мысленные образы, даже если они отличаются чувственной яркостью, никогда не отождествляются с реальными объектами.

4. В норме мысленные образы всегда появляются в сознании с ощущением того, что они связаны с какими-то произвольными познавательными целями, с какой-то целенаправленной активностью индивида.

5. Мысленные образы обычно носят обобщенный характер, т. е. скорее представляют классы объектов, чем какие-нибудь конкретные объекты, хотя если индивиду это нужно, он вполне может извлечь из памяти и образы последних.

6. Следы наглядных образов, хранящиеся в памяти, так или иначе видоизменяются, перерабатываются под влиянием нового опыта, эмоций, потребностей. Так, они вступают в ассоциации с другими впечатлениями, включаются в определенные логические структуры, обретают тот или иной личный смысл. Другими словами, в окончательной форме они запечатлеваются в памяти сильно изменившимися в сравнении со своими первоначальными прототипами. Более того, они меняются и в последующем, по мере их использования в разных контекстах.

Это означает, что образы представления могут сильно отличаться от своих предшественников, то есть наглядных об-

разов, так что воспоминания о происшедшем нередко очень отличаются от того, что первоначально было воспринято. Это «редактирование» впечатлений становится особенно заметным под влиянием психического расстройства. В галлюцинациях, например, нередко выявляется содержание, весьма далекое от того, каким оно было в реальности. Покажем это на нескольких конкретных примерах.

Социальными психологами установлен факт ***эвристики доступности*** – склонности индивида судить о чем-либо исходя из доступности мысленных образов (греч. heurisko – нахожу). То, что первым приходит в голову, обычно кажется более правильным и значимым, нежели это было на самом деле. Нередко первыми всплывают из памяти случайные представления, не имеющие прямого отношения к происшедшему, например, недавно прочитанное, услышанное или даже увиденное во сне. Это может повлечь явление, известное как ***переписывание прошлого***. Например, серебряный призер соревнования расстраивается больше, чем бронзовый, так как, вспоминая случившееся, думает, что был всего «на волоске» от победы. Люди, потерявшие своих близких, переживают тем сильнее, чем больше возможностей предотвратить трагедию они видят задним числом. Скорбь поэтому часто омрачается чувством вины или даже враждебностью к тем, кто, как кажется, имел возможность, но не стал делать то, что мог, без большого труда.

О том же свидетельствуют ***атрибуции в пользу соб-***

ственного Я – преобразование мысленных образов таким образом, что это укрепляет позитивное отношение к себе. Искажения памяти в угоду своей самооценке редко потом исправляются даже в мемуарах, когда автор умаляет заслуги других людей, если это льстит самолюбию и особенно приятно. У. Черчилль считал, что история его простит, ведь он сам её пишет. Это также ***игра воображения***, состоящая на службе каких-то скрытых желаний. Желаемое нередко выдается потом за действительное, случилось, как вспоминает индивид, именно то, что ему хотелось.

Нередко мысленные образы искажаются ***под влиянием психологического давления, внушения***. А. Бэддели (2001) приводит такое наблюдение. В 1977 г. в штате Вашингтон по обвинению в изнасиловании малолетней дочери был задержан высокий полицейский чиновник. По ходу допросов, невольно уступая настойчивости и уверенности следователей, он признал себя виновным, фактически приняв версию последних. Тогда был проведен такой эксперимент. Сочинили историю, в которой обвиняемый будто бы заставлял своих детей заниматься сексом, а затем стали допрашивать его и в этом направлении. Он вначале все отрицал, затем начал что-то «смутно припоминать», пока «не вспомнил» всего и не написал на трех страницах признательное заявление на себя. Сын обвиняемого под давлением психолога также «вспомнил», что отец заодно «с ведьмами» учинял над ним «насилие».

2. Нарушения восприятия

Далее будет представлено описание нарушений константности восприятия, расщеплени восприятия, аллестезии, иллюзий, галлюцинаций, нарушений сенсорного синтеза, обманов ориентации в пространстве, а также нарушений восприятия времени и пространства.

1. **Нарушение константности восприятия.** Это искажение структуры наглядных образов, обусловленное внешними помехами. Находясь в покое, пациент все воспринимает адекватно. Стоит ему, однако, изменить позу, т. е. начать, ускорить или замедлить движение, как процесс восприятие тотчас нарушается. При ходьбе он видит, что «дома качаются, подпрыгивают», здания вдруг «увеличиваются» в размерах или неожиданно делаются «маленькими», они «уезжают» куда-то в сторону, «поворачиваются» в сторону, обратную вращению его тела. Линия горизонта то «поднимается», то «опускается», поверхность почвы «наклоняется». Дверной проем «приближается», а не пациент движется ему навстречу. Лежащие вдоль линии наблюдения объекты воспринимаются искаженными, как на фотографии – ноги загорающего на пляже человека кажутся непропорционально большими, а голова – маленькой. Иногда при повороте тела возникает ощущение, будто смещается источник звука. Подобное явление встречается и в норме. Так, при остановке

поезда некоторое время кажется, что он все еще движется, а во время его ускорения возникает ощущение, будто неподвижные объекты перемещаются в обратном направлении. Нарушение возникает, по-видимому, потому, что мышечное и статическое чувства оказались вне когнитивных структур, обеспечивающих устойчивость восприятия. Узнавание объектов при этом не нарушается.

2. **Расщепление образов восприятия**. Расстройство характеризуется утратой способности интегрировать ощущения в целостный наглядный образ. Известно несколько его вариантов.

1) ***Распад наглядных образов***. Авторство принадлежит Ф. Фишеру, Майер-Гроссу и Штайнеру. К. Ясперса описывает его при шизофрении и отравлении психотоксическими субстанциями. Так, пациент с шизофренией сообщает: «В саду щебечет птичка. Я слышу это и знаю, что то, что она птица, и то, что она щебечет, – это вещи, чрезвычайно далекие друг от друга. Между ними лежит пропасть, и я боюсь, что не смогу совместить их друг с другом. Кажется, что между птицей и щебетом нет ничего общего». При отравлении мескалином пациент рассказывает: «Открыв глаза, я посмотрел в сторону окна, но не понял, что это окно; я увидел множество красок, зеленых и голубых пятен, и я знал, что это листья на дереве и небо, которое видно сквозь них, но не мог связать это восприятие разнообразных вещей с каким-либо определенным местом в пространстве».

2) ***Нарушение синтеза ощущений разной модальности***. Впервые данное расстройство при старческой деменции описал А. В. Снежневский (1970). Так, пациент воспринимает человека и звуки его речи отдельно одно от другого и в разных точках пространства. Пациент может видеть радиоприемник и слышать идущие от него звуки, но звуки для него доносятся с другого места.

3) ***Феномен удвоения перцепции***. Выявляется у пациентов при разглядывании ими ***реверсивных*** фигур, т. е. совмещенных изображений разных объектов (лат. reversus – обратный). В известной фигуре Боринга, например, совмещаются изображения молодой женщины и старухи. Обычно люди видят одну из этих фигур, но никогда обе одновременно. Встречаются пациенты, утверждающие, что они способны воспринимать обе фигуры сразу. Похоже на то, что они воспринимают и фигуру, и фон в одно и то же время, как если бы имело место раздвоение личности. Предположительно, встречается, у пациентов, страдающих шизофренией.

4) ***Симультанная агнозия.*** Проявляется тем, что из ряда визуально представленных предметов или их изображений пациент воспринимает в данный момент только один предмет или одно изображение (лат. simul – совместно, с + агнозия). При повторных экспозициях пациент в конце концов способен определить, какие объекты или изображения он перед тем видел и даже сколько всего их было. И все же он не может увидеть их все сразу, он всякий раз восприни-

мает что-то одно. Едва ли он сумеет расположить и картинки в той последовательности, в какой они составляют некий законченный сюжет. Расстройство наблюдается при поражении передней области затылочной доли доминантного полушария (Poppelreiter, 1923; Wolpert, 1924). Точно так же может быть нарушено восприятие мелодии: слышатся отдельные звуки, но эти звуки не объединяются в одну мелодию.

5) ***Апперцептивная агнозия***. Характеризуется неспособностью воспринимать структуру изображения, вследствие чего отдельные его элементы представлены в сознании порознь друг от друга. При ***ассоциативной агнозии***, в свою очередь, структура изображения воспринимается правильно, но пациенты не могут назвать соответствующий предмет и не понимают его назначения. Сочетание обоих этих расстройств называют ***душевной слепотой*** Шарко-Винбрандта, при этом все только что увиденное пациенты не могут самостоятельно ни представить, ни узнать и вспомнить.

3. **Аллестезия** (греч. allos – иной, другой; stasis – стояние). Проявляется нарушением локализации в пространстве источников сенсорной информации. Особенно часто это касается зрения, слуха, осязания. Так, предмет, который находится впереди пациента, видится им сбоку, сверху или даже сзади. Звук, доносящийся спереди, также воспринимается в другом месте: сзади, сбоку или внутри себя и наоборот. Прикосновение пациент ощущает совсем в другой точке, например на другой половине тела. Иногда и внутренние ощуще-

ния локализуются необычным образом. Например, тошнота ощущается в голове. С этим может быть связана необычная локализация тоски, тревоги, страха, точнее физических ощущений, сопровождающих такие эмоции. Иллюстрации приведены в других разделах текста.

4. **Иллюзии** (греч. illusio – ошибка, заблуждение) – нарушение узнавания, при котором ***вместо одного объекта воспринимается другой***. В данное понятие вкладывают разный смысл, поэтому описывают множество иллюзий разного типа. Разграничивают нормальные и патологические иллюзии.

1) ***Иллюзии в норме*** возникают как у здоровых лиц, так и одинаково у психиатрических пациентов. Различают:

– *физические иллюзии* – ошибки восприятия, обусловленные физическими свойствами объектов. Например, это раздельное восприятие вспышки молнии и грома во время грозы;

– *физиологические иллюзии* – ошибки восприятия, обусловленные особенностями динамики нервных процессов, например их инертностью. Так, после вращения собственного тела вокруг вертикальной оси и сразу же после остановки вращения кажется, что окружающие предметы некоторое время продолжают кружиться в обратную сторону. Могут быть опасными. Так, иллюзия уменьшения скорости движения автомобиля по мере привыкания к ней может приводить к несчастным случаям у автоводителей;

– *психологические иллюзии* – ошибки восприятия, обу-

словленные включением какого-то объекта в другую эмоциональную или когнитивную структуру. Такие иллюзии называют также *ассимиляционными* (лат. assimilatio – уподобление, усвоение, сходство). Так, в темное время суток боязливый индивид силуэт куста или пня может принять за фигуру притаившегося человека. Таким же образом возникает иллюзия линий Мюллера-Лайера: одна линия с нарисованными не ней стрелками, своим острием обращенными наружу, кажется короче другой, стрелки на которой обращены внутрь. Иллюзии могут возникать под влиянием внушения. Такова, например, иллюзия Аша. Из двух одинаковых по длине линий одна кажется внушаемому индивиду длиннее, если в этом его убеждают несколько людей. Появление иллюзии может быть связано с особенностями освещения. Описан случай, когда при въезде в тоннель на Триумфальной площади в Москве водители нередко выруливали на встречную полосу движения. Виною этому, как выяснилось, был свет рекламы на соседнем здании, искажавший восприятие перспективы пространства. Нередко причиной иллюзии бывает нетерпеливое ожидание. В таких ситуациях случайного прохожего можно принять за знакомого человека, который почему-то задерживается и не дает о себе знать. Описаны другие иллюзии данного типа.

Иллюзия Аристотеля состоит в удвоении восприятия. Если кончиками двух переплетенных пальцев дотрагиваться до предмета из мрамора, возникает ощущение двух объ-

ектов вместо одного. Источником иллюзии является пустое пространство вокруг каждого их работающих пальцев. *Иллюзию водопада* порождает ощущение движения вниз некоего потока при восприятии ряда горизонтальных линий или полос, опускающихся сверху вниз. При остановке движения кажется, будто поток движется снизу вверх. *Иллюзия Понзо* – одинаковые по длине шпалы на фоне сужающегося просвета идущих вдаль рельсов кажутся увеличивающимися в размерах. *Иллюзия зебры* – ощущение увеличения скорости движения машины при езде через пешеходную разметку, если промежутки между ее линиями сокращаются по ходу движения. *Иллюзии невнимательности Ясперса* – в текст «вставляются» пропущенные буквы или даже целые слова, иногда способные исказить смысл прочитанного.

Иллюзии Узнадзе – из двух шаров более тяжелым кажется тот, который больше по размерам. Шарпантье описал такую иллюзию у олигофренов; такие пациенты обычно не осознают ошибку восприятия. *Иллюзия Делоффа* – металлический шар кажется более тяжелым, нежели пластмассовый одинакового веса. Особенно типична такая иллюзия для детей в силу того, что у них не сформировано понятие о весе. *Иллюзия Луны* – ощущение движения луны, а не летящих по небу облаков. Другая иллюзия Луны состоит в том, что над линией горизонта она кажется значительно большей по размерам, нежели в зените. И это при том, что величина отпечатков ее изображения на сетчатке глаза в обоих случаях абсолют-

но одинакова. *Иллюзия Маха* – слабо освещенная полоса на фоне более светлой кажется более освещенной. Кроме того, по краям ее появляются две полосы: светлая и яркая.

Некоторые исследователи выделяют известную всем пишущим людям *иллюзию корректора*. Последняя состоит в том, что концентрация внимания на поиске грамматических ошибок в тексте приводит к тому, что не замечаются смысловые неточности. И наоборот. По-видимому, в данном случае правильнее было бы говорить о снижении способности распределять внимание и т. д. Во всех упомянутых здесь иллюзиях, следует это подчеркнуть, способность идентифицировать объекты не нарушается, ошибки восприятия касаются лишь отдельных свойств этих объектов.

2) ***Патологические иллюзии*** характеризуют:

– *индивидуализированный характер* – такие иллюзии не воспроизводятся в таком же точно виде у других людей;

– *эксклюзивность* – у одного и того же пациента они никогда не повторяются в точно таком же виде (фр. exclusive – исключающий что-либо, исключительный);

– *тотальность* – мнимый образ целиком поглощает наглядный, последний как бы не воспринимается вовсе;

– *психологическая непонятность* – болезненные, иллюзорные образы совершенно выпадают из контекста данной ситуации;

– *анормальное содержание* – в болезненных иллюзиях находят выражение другие психические расстройства, напри-

мер бред, изменения аффекта;

– *сочетание с другими болезненными переживаниями* . Одновременно у пациента могут быть выявлены нарушения в сфере чувствительности, эмоциональные расстройства и др.;

– *отсутствие критического отношения к патологической иллюзии*, непонимание пациентом того, что у него имеется нарушение восприятия;

– *тенденция к переходу образов иллюзии в образы галлюцинации*;

– *нарушения поведения*, поскольку патологическая мотивация поведения может быть непосредственно связана с иллюзиями.

Существующие ныне классификации иллюзий основаны на психологическом подходе. К. Ясперс, например, различает а) иллюзии, обусловленные недостатком внимания; б) иллюзии, обусловленные аффектом; в) фантастические *парейдолии* (греч. para – отклонение от чего-либо; рядом, вблизи; eidos – образ). А. В. Снежневский выделяет аффективные, вербальные и парейдолические иллюзии. Последняя систематика принята большинством отечественных исследователей.

3) ***Клинические варианты патологических иллюзий***.

1. ***Аффективные иллюзии*** возникают под влиянием аффекта, в первую очередь страха, тревоги, депрессии. «Больной-меланхолик, который боится, что его убьют, может принять висящую на вешалке одежду за труп, а какой-нибудь

повседневный шум может потрясти его, будучи принятым за звон тюремных цепей», – поясняет К. Ясперс, подчеркивая, что такие иллюзии «обычно мимолетны и всегда понятны с точки зрения аффекта, преобладающего в данный момент времени». Точно так же пациент под влиянием страха вместо горшка с цветком может увидеть голову влезающего в окно грабителя, а висящее пальто принять за притаившегося убийцу. Очевидно, что в таких иллюзиях нередко обнаруживаются не только нарушения аффекта, но и бред. Иллюзии могут возникать в состоянии физиологического и патологического аффектов. Известной является, например, *иллюзия Лютера*, который в горячем богословском споре увидел в складках одежды оппонента фигуру притаившегося дьявола.

2. ***Вербальные иллюзии*** – нарушение, при котором пациент воспринимает другие слова или фразы вместо звуков реальной речи окружающих. Это не бред, когда пациент неверно толкует чьи-то высказывания, он именно слышит совсем другие слова. В иллюзиях такого рода можно видеть влияние бреда, пусть неоформленного или даже не вполне осознаваемого на восприятие речи окружающих.

3. ***Парейдолические иллюзии*** – нарушение восприятия, связанное с патологическим фантазированием. Живая способность к воображению и в норме может порождать причудливые образы фантазии в игре света, при виде пятен, облаков, узоров. Индивид с интересом воспринимает при этом какие-то лица, фигуры, понимая в то же время, что это игра

воображения. Стоит вниманию сосредоточиться на них, как они обычно исчезают.

Парейдолии у пациентов, напротив, возникают невольно, они, с привлечением внимания к ним, лишь усиливаются, сознание их болезненности отсутствует. Иллюзии могут возникать, если пациенты рассматривают некую сложную, прихотливую текстуру (разводы краски, орнамент ковра, трещины на потолке или стене, рисунки слоев древесины, ветви деревьев и др.). Пациент К. Ясперса рассказывает: «На всех деревьях и кустарниках я видел вместо обычных сорок смутные очертания каких-то глядевших на меня карикатурных фигур, пузатых человечков с тонкими кривыми ножками и длинными толстыми носами, а иногда и слоников с длинными шевелящимися хоботами. Земля, казалось, кишела ящерицами, лягушками и жабами, иногда внушительных размеров. Меня окружала самая разнообразная живность, самые разнообразные порождения ада. Деревья и кусты приобретали зловещий, пугающий вид. Бывало, на каждом кустарнике, на деревьях и стеблях камыша сидело по девичьей фигурке. Девичьи лица обольстительно улыбались мне с облаков, а когда ветер шевелил ветви, они манили меня к себе. Шум ветра был их шепотом». В этой иллюстрации среди прочего заметен феномен, который А. В. Снежневский определил как ***олицетворенное восприятие*** – «…кусты приобретали зловещий, пугающий вид»; это расстройство, при котором наблюдается отчуждение собственных эмоций.

К. Ясперс указывает, что иллюзии не следует смешивать с неверными, в том числе и бредовыми толкованиями. «Если блестящий металл, – говорит он, – принимается за золото, а врач – за прокурора, это не связано с искажением чувственного восприятия». Иллюзии, продолжает он, надо отличать и от функциональных галлюцинаций, когда наглядные образы дополняются, а не замещаются ложными, болезненными. Отметим, что парейдолии фантастического содержания могут предвещать развитие онейроидного помрачения сознания. Парейдолии некоторые авторы называют ***функциональными иллюзиями*** и ***сенсорными иллюзиями дополнения***. Степень различия между иллюзорным и реальным наглядным образом может сильно варьировать, но в любом случае в содержательном плане это будут совершенно разные образы.

Иллюзии следует отличать также от ложных, бредовых узнаваний. В последнем случае восприятие чувственного материала существенно не нарушается, нарушение в первую очередь затрагивает мышление, вследствие чего незначительные детали наглядных образов приобретают несоразмерное значение.

4. ***Зрительные иллюзии***. Имеются в виду не простые зрительные иллюзии (оптические дизестезии), когда неверно воспринимаются субмодальные зрительные ощущения. Сложные оптические иллюзии характеризуются *предметным* содержанием: «Видела раз вместо игрушки, как моется

хомячок… Видела в стиральной машинке, как в ней крутится чья-то седая голова… В замерзшем окне показалось какое-то лицо… Вместо цветка в горшке показалась голова, я подумала, что это вор лезет в окно… После смерти свекрови, когда я видела ее одежду, мне казалось, что это стоит или лежит она. Когда я раздала эту одежду, свекровь стала мне сниться. Видела ее во сне как живую и думала, что же мне теперь делать, одежду-то ее я отдала».

Для сравнения приведем ***иллюстрации ложных узнаваний***: «В прохожем человеке увидела убитого мужа сестры. Сильно испугалась и поняла: убьют и меня… Выглянула в окно и на миг мне показалось, что идет моя умершая бабушка. Стало очень страшно. Потом одумалась, поняла, что шла совсем другая женщина». Отметим, что ложные узнавания не являются иллюзиями зрения или слуха. При ложном узнавании во внимание принимается некая часть сенсорного материала, это, скорее, символическое совпадение наглядного и иллюзорного образов. При этом замещении нарушения сенсорной идентификации не наблюдается, это своеобразная патология мышления, при которой некая часть целого принимается тождественной этому целому. Например, человек с длинными волосами принимается за гомосексуалиста или И. Христа. Такие ошибки нередко являются признаком бреда восприятия, а, по мнению К. Ясперса, – бреда толкования.

Зрительные парейдолии нередко возникают не только при

разглядывании бесформенных объектов, но и при восприятии картин с представлением людей, других живых существ: их изображения «оживают», начинают двигаться, улыбаться, подмигивать, строить рожи, высовываться из рамок или даже выходить в реальное пространство, чем ясно демонстрируют постепенный переход иллюзий в галлюцинации. Так, пациент увидел, как изображение К. Маркса «ожило», задвигалось, улыбнулось и выдвинулось вперед из плоскости портрета. Другой пациент увидел несколько «гурий» вместо узоров ковра. Затем гурии зашевелились, выступили за поверхность ковра, отделились от него и прошли, танцуя, по комнате. Однажды он же в складках одеяла увидел обнаженную женщину.

Бывают оптические иллюзии, в которых распускаются вдруг бутоны цветов либо цветы «чахнут, засыхают, осыпаются». Встречаются зрительные иллюзии, которые тождественны функциональным зрительным галлюцинациям. Например, пациент видит свое пальто, а в нем – повесившегося мужчину. Мальчику 10 лет кажется, что за головой его отца кто-то прячется, а потом оттуда ненадолго выглядывает чье-то лицо. Оглядываясь назад, ребенок замечает, как из-за угла дома кто-то посмотрел на него и тут же спрятался. В подобных иллюзиях реальный образ дополняется какими-то деталями другого наглядного образа.

Описаны также ***диплопические*** и ***полиопические иллюзии*** – восприятие объекта удвоенным или представленным

многочисленными копиями реального наглядного образа, однако собственно иллюзиями такие феномены не являются.

5. ***Акустические иллюзии***. Простые слуховые иллюзии или акустические дизестезии здесь не рассматриваются (см. о них впереди). Существует несколько разновидностей слуховых иллюзий:

– *неречевые иллюзии* – вместо обычных, знакомых повседневных звуков слышатся другие, например выстрелы, крик животных, лай собаки и др. Так, пациент с бредом ревности вместо обычных ночных звуков слышит шаги крадущегося по комнате любовника жены. Другой пациент на берегу реки слышит, как кто-то свистит или кричит, а в шуме леса ему слышатся лай собаки, мяуканье кошки, фырканье лошади;

– *речевые иллюзии* – слышится чья-то речь вместо природных и бытовых звуков: «Работает трактор, а я слышу пение женского хора, причем поют то, что я хочу… Иду и слышу, как говорят деревья: «Смотри, смотри, вон она, идет за хлебом и плачет». Одно дерево как бы передает эстафету второму, и второе дерево говорит то же самое. И так третье, четвертое дерево и дальше, все они повторяют одно и то же, только с каждым разом все тише и тише (в данном случае наблюдается не только иллюзия, но и симптом, который, полагаем, следовало бы обозначить термином палинакузия)… Облака пролетают и говорят «Светка-конфетка»… Кусали говорящие пчелы, разговаривали птица, машины, водопроводные краны… Собака не лает, а матерится». В других слу-

чаях речевые иллюзии как бы замещают чью-то реальную речь: «Слышу, как в стороне разговаривают люди и обсуждают при этом меня, ругают. Подойду поближе, прислушаюсь – нет, они говорят совсем другое (это, по аналогии с подобными галлюцинациями, комментирующие речевые иллюзии)… На вокзале слышал, как рядом стоявшие мужчины переговаривались между собой. Говорили обо мне: давай, мол, займемся вон тем, с чемоданом, а потом его кончим» (это как бы параноидные иллюзии).

Встречаются не только кратковременные или эпизодические иллюзии. В некоторых случаях искажения восприятия принимают устойчивый характер и существуют достаточно длительное время, приобретая сюжетно более или менее законченный характер. Такие иллюзии нередко лишены сенсорной отчетливости, они звучат негромко, по своему содержанию в деталях неразборчивы и обычно возникают на фоне выраженной депрессии. Обозначаются они термином *иллюзорный галлюциноз* (Шредер, 1926). Наконец, встречаются речевые графические иллюзии, когда в тексте вместо одних слов или даже фраз воспринимаются другие и разного содержания;

– *музыкальные иллюзии* – вместо реальных и обычно непрерывных звуков слышится какая-то музыка. Так, вместо журчания ручья пациент слышит звуки оркестра, жужжание мухи воспринимает как звучащую скрипку, топот лошади – за звуки барабана и др. Случается, что вместо одной музыки

слышится совсем другая, чаще всего созвучная настроению пациента.

6. ***Обонятельные и вкусовые иллюзии*** встречаются относительно редко, по большей же части наблюдаются, видимо, соответствующие формы дизестезии. Иногда ошибки обоняния приобретают одинаковый, устойчивый характер, реальные же запахи хотя и существуют, но они все время меняются. В таких случаях речь может идти, скорее всего, об обонятельных галлюцинациях. Например: «Слышится все время резкий трупный запах. Думала, что пахнет от меня… Меня всюду сопровождает запах хвои. Пахнет как в ритуальном зале… Постоянно преследует запах отвратительных духов. Такие духи дарил мне когда-то, очень давно один мой знакомый. Вначале этот запах появился в сновидениях. Одновременно с ним ощущался какой-то незнакомый, резкий и отталкивающий химический вкус чего-то непонятного. Мне снилось, будто мама дала мне булочку, и я не могла ее съесть, было так противно, меня чуть не вырвало. А позже этот запах стал появляться и днем. Вначале он возникал во время еды, запах еды был, но его перебивало, а затем запах духов возникал сам по себе. Это настолько противный запах, что просто ужас, от него некуда деваться. Реальные запахи я ощущаю плохо либо не чувствую совсем». В последнем случае, как можно увидеть, иллюзия вкуса и запаха появилась впервые в сновидении, затем она возникала в бодрствующем состоянии, пока, наконец, не трансформировалась в

галлюцинацию. В том, что этот переход окончательно не состоялся, указывает, по-видимому, утрата восприятия реальных запахов, последние целиком замещаются мнимым.

7. ***Тактильные иллюзии*** проявляются тем, что вместо одного предмета на ощупь и при закрытых глазах воспринимается какой-нибудь другой. Например, вместо резинового мяча воспринимается «клизма» или «кошачья лапа». Встречаются достаточно редко.

Иллюзии других сенсорных модальностей, вероятно, встречаются, но частота их неизвестна. Кроме того, их сложно идентифицировать и отличать от проявлений дизестезии. Что касается аффективных (психических, психогенных) иллюзий, то очевидно, что аффект существенно влияет на содержание иллюзий. По содержанию иллюзии почти безошибочно можно определить настроение пациентов или характер господствующего аффекта.

8. ***Иллюзии повторяемости*** – многократное повторение одного и того же внешнего впечатления. О ***палинакузии*** уже упоминалось (греч. palais – вновь, опять, сызнова; akustikos – слуховой). ***Палинопсия*** – феномен, проявляющийся многократным повторением зрительного впечатления (палин + греч. opsis – зрение). Пациент сообщает: «Посмотрю в окно, вижу, что по улице идет мужчина. Я некоторое время провожаю его взглядом. Чуть позже опять смотрю в окно. Вижу в другой раз, как идет этот же мужчина. Идет из той же точки, где я увидел его первый раз и доходит до того места, где

я отвернулся. Смотрю в окно третий раз, повторяется то же самое. И так происходит пять раз». Термин предложил М. И. Рыбальский. Собственно иллюзией данное расстройство не является. Мы вернемся к более подробному описанию расстройства в главе о нарушениях памяти (см. эхомнезии).

Не является иллюзией описанное А. Пиком (1902) расстройство узнавания, при которой пациенты со старческой деменцией как бы не видят, скорее всего, не узнают тот или иной предмет, но если им его просто показать**, *но они воспринимают его, когда он вызывает дополнительные ощущения иной модальности.*** Например, пациент не видит горящей свечи до тех пор, пока не почувствует исходящее от нее тепло. Неудачным является и термин «органические иллюзии», как бы указывающий на существование особого класса иллюзий.

Иллюзии встречаются при многих болезненных формах и состояниях: астении, аффективных нарушениях, психозах разного типа и состояниях спутанного сознания, в структуре фокальных эпилептических припадков. Нозологические особенности иллюзий, несомненно, существуют. Например, акустические иллюзии параноидного содержания более характерны для шизофрении. В целом этот вопрос изучен недостаточно.

5. **Галлюцинации.** Это ***мнимое, ложное восприятие*** или ***сознание восприятия того, что ныне отсутствует или его нет в действительности, оно – сенсорное во-***

площение болезненного фантазирования. Термин ввел Ф. Б. Соваж (1768). Термин, в переводе с латинского, означает «бред, видения». Считается классическим определение Ж. Эскироля (1883). Автор указал на различие признаков иллюзий и галлюцинаций. Галлюцинацией он назвал обман чувств, не имеющий источника раздражения, при чём пациент не способен отказаться от убеждения в том, что в данное время он имеет чувственное ощущение, в то же время на внешние чувства не действует ни один предмет, способный возбудить такое ощущение.

Поучительно определение В. Х. Кандинского (1880), он указывает: «Под именем галлюцинаций я разумею непосредственно от внешних впечатлений не зависящее возбуждение центральных чувствующих областей, причем результатом такого возбуждения является чувственный образ, представляющийся в восприемлющем сознании с таким же самым характером объективности и действительности, который при обыкновенных условиях принадлежит лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных впечатлений». С. С. Корсаков (1913) указывает, что галлюцинации – это «появление в сознании представлений, соединённых с ощущениями, соответствующими таким предметам, которые в действительности в данную минуту не производят впечатления на органы чувств человека… Галлюцинация есть репродукция мысли или идея, проецированная наружу». Истинными галлюцинациями К.

Ясперс называет «обманы восприятия, которые не являются искажениями истинных восприятий, а возникают сами по себе, как нечто совершенно новое и существуют одновременно с истинными восприятиями и параллельно им. Последнее свойство делает их феноменом, отличающимся от галлюцинаций-сновидений».

Афористически кратким и точным является определение Е. А. Попова (1941): галлюцинация есть представление, превратившееся в восприятие. Если перефразировать это суждение, то получается: галлюцинация суть мысленный образ, который для пациента трансформируется в мнимый наглядный образ. Иными словами, мысленный образ из внутриличностной области переносится во внеличностное пространство и из субъективного феномена превращается в нечто объективное. Это проявление деперсонализации.

Приведем в заключение очень интересное свидетельство М. Г. Ярошевского (1976). Автор упоминает о древнем индийском философе Бхатте, который говорит так. Реальность или иллюзорность образов он объяснил неправильным соотношением между органом (чувств) и внешним объектом. Это соотношение может быть нарушено, во-первых, дефектом самого органа чувствительности. Во-вторых, оно может быть представлено как «манас» (центральным повреждением, как сказали бы ныне). «Манас» и приводит к тому, что образы памяти проецируются вовне и становятся тем, что в наше время называют иллюзиями и галлюцинациями. Таким

же образом, считал философ, возникают и сновидения.

Основные признаки галлюцинаций:

1) появление мнимых образов обычно ***не связано сколько-нибудь явно с реальными сенсорными стимулами.*** Более того, последние способны подавлять галлюцинаторный процесс, хотя они же могут его и стимулировать, не оказывая существенного влияния на содержание обманов восприятия. Независимость от сенсорной стимуляции составляет принципиальное галлюцинаций от иллюзий (исключая лишь функциональные и рефлекторные галлюцинации);

2) ***одновременно с мнимыми, галлюцинаторными пациенты осознают и реальные, наглядные образы***. Иначе говоря, наблюдается как бы удвоение, редупликация восприятия, сосуществование двойного или параллельного, как говорит К. Ясперс, потока переживаний. При этом восприятие наглядных образов соответствует нормальному состоянию сознания, а восприятие мнимых образов – анормальному состоянию, вызванному, предположительно, воздействием со стороны бессознательного. Так, больная видит внутри стиральной машины мужа, сына и кота. Одновременно видит и свои руки. Руки делают мужу операцию «удаления зла». Тем не менее больная осознаёт, что муж в это время находится на работе, она звонит ему и говорит, что ей «плохо».

Внимание пациентов к каждому из этих потоков переживаний чаще всего распределяется неравномерно, направляясь преимущественно в одну либо в другую сторону. Так,

оно может быть приковано к галлюцинациям, и тогда пациенты оставляют без должного внимания действительные события. Отдельные пациенты со зрительными обманами утверждают даже, что их видения непрозрачны, их видения как бы закрывают собой реальные объекты, расположенные на одной линии восприятия с ними. В некоторых случаях, напротив, пациенты почти не обращают внимание на галлюцинации, т. е. остаются, в основном в реальном мире. Бывает и так, что и реальные наглядные образы, и мнимые, галлюцинаторные являются для пациентов актуальными в равной мере. Такие пациенты бывают вынуждены буквально на каждом шагу проверять себя с тем, чтобы решить, имеют они дело с реальными вещами или с галлюцинациями;

3) ***галлюцинаторные образы пациенты проецируют за пределы своего психического Я***, они локализуют их во внеличностное пространство. Иногда, правда, граница занимаемого мнимыми объектами пространства как бы расширяется, в других случаях, напротив, сокращается либо становятся весьма неопределенной. Так, пациент слышит голоса «в ушных раковинах», «с поверхности тела» или слух его «обостряется», и он слышит чей-то шепот «за рекой», «на другой стороне улицы». Иногда больные слышат голоса «из ниоткуда», «с того света», «из-под земли» или пациент говорит, что «в морозильной камере холодильника он видит несколько мужчин», или он видит руку, которая тянется к нему «неизвестно откуда» и т. д.

Таким образом, обманы восприятия могут располагаться как в реальном, так и мнимом пространстве. В последнем случае, следовательно, имеет место также нарушение восприятия пространства в виде мнимого, галлюцинаторного пространства. Оно для пациентов столь же реально, как и те мнимые образы, которые его заполняют, и обладает необычными свойствами. Например, оно может вмещать невероятное множество галлюцинаторных объектов. Кроме того, что мнимые объекты обычно не вступают в какое-либо взаимодействие с реальными объектами, совершенно не зависят от последних и никак на них не влияют сами. Это указывает на то, что галлюцинаторные объекты пациенты располагают, скорее всего, не в реальном, а в воображаемом пространстве. Пациенты считают, что галлюцинаторные объекты расположены в реальном мире.

Приведем наблюдение Э. Я. Штернберга (1960) с описанием т. н. старческих галлюцинаций. Пожилая больная с глаукомой (светоощущение сохранилось только слева) видит разнообразные цветы, разноцветных гусей и кур, нарядно одетых детей. Все эти мнимые объекты воспринимаются ею как бы в реальном пространстве, которое образовано галлюцинаторными предметами обстановки. Кошки, например, лежат на кровати, куры ходят по полу и т. п. Мнимые объекты, таким образом, воспринимаются практически слепой больной в мнимом, галлюцинаторном пространстве;

4) ***сенсорная или чувственная яркость галлюцинатор-***

ных образов нередко нисколько не уступает или даже превосходит таковую у реальных наглядных образов. Нередко, однако, бывает и так, что галлюцинаторные образы лишены чувственной яркости. Например, пациент не всегда может уверенно сказать, слышит ли он звук голоса или воспринимает только содержание какой-то посторонней мысли. В таких случаях, скорее всего, галлюцинации обнаруживают тенденцию к переходу в иные психопатологические феномены;

5) ***мнимые образы восприятия в типичных случаях осознаются пациентами, как и реальные наглядные образы***, с полным ощущением того, что они являются отображением реально существующих материальных объектов. Иными словами, мысленные образы объективизируются до такой степени, что, судя по сообщениям и поведению пациентов, они практически ничем не отличаются от реальных наглядных образов. В таких случаях можно, вероятно, говорить даже о гиперреализации образов представления, поскольку пациенты не только не сомневаются в существовании мнимых объектов, но и удивительно легко могут поверить в реальность самого нелепого содержания галлюцинаций. Скорее, они готовы поверить в нереальность действительных явлений, нежели мнимых;

6) ***содержание обманов восприятия бывает достаточно сложным, а иногда и вполне разумным***. Это может означать, что мнимые образы не являются болезненной трансформацией отдельных и разрозненных мыслей, побуж-

дений или эмоций пациента, напротив, последние часто, если не всегда интегрированы тем или иным образом. В галлюцинациях выражается, скорее всего, активность достаточно сложной психологической структуры, способной продуцировать некие мыслеформы, воспоминания, представления, потребности, инициативы и т. п. Иными словами, в мнимых образах проявляется деятельность отчуждённого фрагмента личности пациента, – ***галлюцинаторной субличности***. Более того, даже простые по содержанию обманы восприятия, например, оклики, самими пациентами отождествляются с активностью чуждой им личности, чаще всего мнимого индивида. Нередко пациенты вступают в контакты с мнимой персоной, разговаривают с нею, выполняют её распоряжения, как если бы они идентифицировали ложные образы восприятия с неким индивидом. Вступить в контакт с мнимой личности может и врач, если она на это согласится. Разумеется, через посредничество пациента, который транслирует ей вопросы врача и затем сообщения мнимой личности. Таких субличностей, независимых одна от другой может быть две, три и более;

7) ***галлюцинации появляются в сознании пациентов спонтанно, большей частью бесконтрольно и непредсказуемо***. И всё же явление обманов восприятия в сознании пациентов, указывает В. Х. Кандинский, не воспринимается как насильственное внедрение неких внешних впечатлений. Как правило, пациенты принимают свои галлюцинации

за некие открытые явления объективных событий;

8) понимание значения обманов восприятия требует со стороны пациентов активных действий, поэтому процесс восприятия мнимых образов обычно сопровождается ***чувством произвольной активности*** – пациент их изучает, всматривается в них, делает выводы. Отношения пациентов и галлюцинаций чаще всего далеки от тех, которые характеризуют реальные отношения индивид – объект. Галлюцинации обладают способностью ***фиксировать на себе внимание пациентов,*** которые из-за этого упускают из виду подчас серьёзные для себя явления действительности. Это то, что некоторые авторы называют ***эгоманией*** (лат. ego – я, самость; греч. mania – влечение, страсть, безумие). В сущности внимание к себе привлекают не мнимые образы как таковые, а продуцирующий их фрагмент личности пациентов;

9) обманы восприятия ***нередко обладают огромной мотивационной силой*** и тем самым влияют на поведение пациентов, нисколько не уступая в этом отношении реальным наглядным образам либо превосходя последние. Воля пациентов во время галлюцинирования иногда бывает как бы парализованной. В некоторых случаях мотивационное давление галлюцинаций является приблизительно равным с адекватными побуждениями пациентов, и это влечет своеобразную амбивалентность в поведении больных. В любом случае поведение пациентов, когда оно связано с обманами восприятия, резко меняется, так как полностью выпадает из кон-

текста реальной ситуации. Галлюцинаторное поведение является важным, а иногда единственным источником объективной информации о содержании обманов восприятия;

10) ***понимание болезненности обманов восприятия большей частью отсутствует*** как в периоды галлюцинирования, так и спустя длительное время, иногда десятилетия после их окончания. В самом начале появления галлюцинаций, когда они возникают эпизодически и на короткое время, пациенты могут осознавать факт их болезненного происхождения. Сознание болезни может быть выявлено также у пациентов с хроническим галлюцинаторным синдромом. Такие пациенты, «носители галлюцинаций», по каким-то им одним известным признакам порой безошибочно распознают обманы восприятия и научаются не принимать их во внимание в своем поведении. Иногда о том, что они больны, пациенты узнают из сообщений голосов, с чем, впрочем, могут не соглашаться – ***галлюцинаторная нозогнозия*** (греч. nosos – болезнь, gnosis – знание, познание);

11) ***галлюцинации могут оказывать значительное влияние на сознательные психические процессы***: на образ мышления, убеждения, ценности, ожидания, верования пациентов. Это влияние сами пациенты могут оценивать иногда как весьма позитивное, обогатившее их личность. Некоторые пациенты утверждают, например, что «голоса» умнее их самих, они более сообразительны и находчивы, говорят глубокие и разумные вещи, о которых сами они «не мог-

ли бы додуматься». Такое встречается сравнительно редко, чаще содержание обманов восприятия бывает абсурдным, а при длительном галлюцинировании содержание обманов восприятия чаще всего деградирует. «Умные» обманы восприятия могут, вероятно, указывать на то, что их источником являются структуры надсознания;

Иногда наблюдаются галлюцинации, в которых актуализируется прошлый и детский опыт пациентов, в том числе и тот, который в норме не воспроизводится в силу инфантильной амнезии.

12) ***Галлюцинации возникают на фоне ясного сознания***, значение этого признака подчеркивает И. С. Сумбаев (1958). Они могут иметь место и в состоянии спутанного сознания, но как именно мнимые образы при этом осознаются, неясно, поскольку при помрачении сознания нередки и нарушения самовосприятия.

Систематика галлюцинаций строится обычно по их сенсорной принадлежности. Существуют также систематики, в которых во внимание принимаются преимущественно клинико-психопатологические характеристики обманов восприятия. Представим вначале описание обманов восприятия по их сенсорной принадлежности.

5.1. Зрительные галлюцинации. Различают такие обманы зрения.

1) ***Фотопсии, фосфрены*** или ***фотизмы*** – элементарные зрительные галлюцинации (греч. phos – свет). При открытых

или закрытых глазах в поле зрения или на небольшом от себя расстоянии (до 2–3 м) видятся не оформленные в некие предметные образы и не имеющие для пациентов какого-то смысла обманы: точки, звездочки, пятна, мушки, шарики, полосы, кольца, круги, прямые, изогнутые или волнистые линии, спирали, вспышки белого или иного цвета, а иногда, напротив, дым, туман. Больная говорит: «Я выгуляла собаку, вернулась домой, открыла дверь и увидела, что в квартире темно, все закрыто черным дымом, разглядеть что-то было невозможно. В квартире, я подумала, находились темные силы».

2) ***Простые галлюцинации*** – пациенты видят веревки, нити, проволоки, паутина, провода, облака, клочья тумана, струи жидкости и т. п. Видения бывают неподвижными, иногда они смещаются в разные стороны, удаляются, приближаются, вращаются. Так, больная видела в церкви, как вокруг головы мужчины, который был на исповеди, возникла темная сфера, как «ореол или аура». Пока он что-то говорил, ореол делался все меньше и меньше, потом превратился в тонкую полоску, но совсем не исчез. В другой раз над головой женщины она увидела три цветные полоски: синюю, красную и зеленую.

Обычно пациенты с элементарными и простыми оптическими обманами осознают факт обмана зрения. Некоторые элементарные галлюцинации зрения, как видно, обнаруживают тенденцию к усложнению их структуры и формы, к

перерастанию в простые обманы, а простые галлюцинации – в свою очередь, в более сложные видения. Распространена точка зрения, согласно которой простые и элементарные зрительные обманы свойственны преимущественно органическим и токсическим поражениям зрительной коры головного мозга.

3) ***Сложные зрительные галлюцинации***.

1. ***Зоологические галлюцинации*** или ***зоопсии*** – видения животных, птиц, насекомых, которые известны пациентам по личному опыту или по фантазиям (греч. zoon – животное). Мнимые живые существа имеют обычную величину, натуральную окраску, ведут себя вполне естественно, например, разбегаются в стороны от пациента, принимают угрожающие позы, нападают на него, кусают, причиняют ему боль, причем нередко все это проделывают в полной тишине. Почему именно возникают зоопсии, не установлено. Известно, что чаще они наблюдаются при острых интоксикационных психозах и, вероятно, возникают на фоне психологической регрессии до уровня функционирования, на котором контакты с животными представляются ребёнку особенно значимыми.

2. ***Демономанические галлюцинации*** или ***демонопсии*** (греч. daimon – дух, божество) – заимствованные из мифологии видения чертей, русалок, ангелов, божеств, гурий, гномов, вурдалаков, вампиров, карликов, ведьм, великанов и прочих персонажей сказок и мифов, т. е. образов из потусто-

роннего мира, что указывает на активизацию структур ***палеомышления*** (греч. palaios – древний). Так, больная сообщает: «В 1995 г. у меня открылся третий глаз. Я видела то, чего не видел никто. Под ванной я увидела черную кошку, она, как пантера, как дьявол, была с клыками. Из моего носа в это время сыпалось что-то черное, песок, камни». Большей частью сказочные существа представляются враждебными пациентам, из чего можно заключить, что при демонопсии они чаще пребывают в состоянии страха, чем в приподнятом настроении с привлекательными видениями. Подобные обманы зрения особенно часто возникают при спутанном сознании, как правило, это делириозное и онейроидное помрачение сознания.

3. ***Фантастические галлюцинации*** – видения марсиан, селенитов, инопланетян и прочих персонажей из области воображения. Такие обманы сопровождаются иногда удивлением, неподдельным к ним интересом со стороны пациентов и могут указывать на их оторванность от действительности, склонность к болезненному фантазированию, т. е. свидетельствовать о наличии аутизма и погружённости в область ирреального.

4. ***Антропоморфные галлюцинации*** – видения людей, как знакомых, так и незнакомых, живых и умерших (греч. anthropos – человек, morphe – форма). Иногда в облике знакомых людей, считают пациенты, скрываются чужие, только замаскированные под знакомых или близких, случается и

обратное, когда в незнакомом облике являются мнимые образы кого-то из близких лиц, – это значит, что содержанием галлюцинаций зрения могут быть бредовые идеи положительного и отрицательного двойника. Редко, но встречаются видения, когда мнимый образ человека тут же превращается в образ кого-то другого, затем это перевоплощение продолжается далее. В данном случае содержанием галлюцинации является ***метаболический бред*** или ***бред превращения*** (греч. metabole – перемена).

5. ***Фрагментарные галлюцинации*** – видения отдельных частей каких-то объектов, особенно часто частей человеческого тела: глаз или только одного глаза, ног, нижней или верхней половины тела, головы, черепа и др. (лат. fragmentum – обломок, отрывок). Например, в галлюцинации является дом без стены, черепаха без головы, человек без ног, лицо без глаз и т. п. Считается установленным, что фрагментарные галлюцинации у детей наблюдаются преимущественно при шизофрении (Ковалев, 1979). Называются также ***парциальными галлюцинациями*** (лат. partialis – частичный).

6. ***Аутоскопические галлюцинации*** (Фере, 1891) – видения пациентами самих себя (греч. autos – сам, skopeo – смотрю). Пациентка сообщает: «Рядом, примерно в полуметре от себя справа вижу, что стою Я. Эта Я точно такая же, как я сама, и она смотрит на меня. Я в это время что-то делаю в доме, в огороде или с кем-то разговариваю. Себя ощущаю

при этом как-то иначе, не так, как обычно, как будто бы и не Я это. В это время мои движения кажутся мне замедленными, свой голос слышу откуда-то со стороны, все, что делаю, делается как-то само собою, слова вылетают сами по себе, тело движется как-то непредсказуемо, я как бы не управляю собой. И такое чувство, вроде я смотрю на себя со стороны. А ту Я вижу ясно, реально. Она глядит на меня и улыбается. Бывает и по другому: я нахожусь в реальной жизни, вижу себя справа, но ощущаю себя на том месте, откуда смотрю. Было и так: я видела себя маленькой девочкой, и в это время внутри себя чувствую, что я маленькая девочка». Другой пациент рассказывает, что в противоположном углу комнаты он отчетливо видит себя в точности таким, каков он в действительности. Это «точная копия меня самого», поясняет он. При этом ему бывает сложно локализовать ощущение собственного Я: «Я вроде бы понимаю, что я тут, но в то же время чувствую, что я и там, где себя вижу». Встречаются сообщения о ***фрагментарных аутоскопических галлюцинациях*** – больные видят только свои руки, пальцы, стопы. Видения самого себя могут локализоваться в боковом поле зрения или позади себя – ***экстракампинные аутоскопические галлюцинации*** (лат. ecstra – вне, campus – область, сфера, открытое поле). Изредка возникают множественные видения себя – ***полиаутоскопические галлюцинации.***

Как видно из приведённых иллюстраций, при аутоскопических обманах зрения визуальный образ физического Я, ко-

торый и в норме может актуализироваться произвольно, из внутриличностной области автоматически переносится во внутриличностную область и размещается между наглядными образами реальных объектов. При этом физическое Я как бы удваивается – пациенты видят своё тело где-то в стороне и одновременно ощущают его, как обычно. Мысленный образ психического Я может следовать за обманом зрения, оставаться с пациентом на обычном своём месте, помещаться в пространстве между ними, а также удваиваться, находясь в этом случае в двух точках одновременно.

Аутоскопические обманы чаще наблюдаются малопрогредиентной шизофрении. Описаны они при церебральной гипоксии, встречаются также при эпилепсии. Так, пациент во время психического припадка некоторое время видит себя обычно впереди или где-то в стороне. Обманы восприятия последнего типа называют иногда ***зеркальными эпилептическими галлюцинациями.*** Некоторые авторы выделяют ***феномен эйдетического двойника*** – видение пациентами своего портрета. Аутоскопические обманы иногда возникают во время наркоза. Так, пациент во время операции в начальных фазах наркотического сна «видел, слышал и понимал, что происходило вокруг. Видел врачей, как они ходили, что делали. Видел, как я лежу на столе. Затем услышал мужской голос, который спросил: «Хочешь жить?» – Я ответил ему, что да, хочу. Тогда голос сказал: «Надо бороться». После этого я ничего не помню, очнулся в палате».

7. ***Геатоскопические галлюцинации*** – вариант аутоскопической галлюцинации, видение своего физического двойника внутри самого себя (греч. heatus – сам себя, skopeo – рассматривать, наблюдать). В данном случае происходит удвоение визуального образа физического Я, но копия оригинала не выходит за пределы внутриличностной области. При этом не всегда бывает ясно, оригинал физического Я находится внутри его дубликата либо, напротив, дубликат внутри оригинала. Ауто- и геатоскопические обманы зрения обозначаются общим термином – ***дейтероскопические галлюцинации*** (греч. deuteros – второй).

8. ***Символические галлюцинации*** – видения букв, слов, цифр, реже – других символов. Известны ***зрительные вербальные галлюцинации Сегла*** – видения графем (букв, слогов, слов, фраз). Так, пациент с интересом читает на стене тексты стихов, частушек, несколько удивленный тем, что никто из присутствующих их не видит. Или пациент видит, как кто-то «невидимой рукой» пишет на некоей поверхности понятные ему или какие-то загадочные тексты, математические или химические знаки. Описаны ***буквенные галлюцинации*** – видения букв с особым, символическим значением. ***Галлюцинозом Пика*** называют яркие видения печатных букв при отслойке сетчатки глаза. Под названием ***оптико-кинетические галлюцинации*** Д. Берце (1923) описал кратковременные зрительные обманы при белой горячке, когда пациенты в течение 5–6 мин видят, как чья-то невидимая

рука пишет светящимися буквами некие важные для них сообщения – «светящиеся телеграммы».

9. ***Полиопические галлюцинации*** – видение двух, трех и более одинаковых мнимых объектов. Так, пациент видит «колонну из 12 Кощеев по три в одном ряду». Множественные образы могут восприниматься на одной линии, уходящей вдаль, постепенно уменьшаясь в размерах. Например, пациент с белой горячкой из окна машины скорой помощи разглядел, как вдоль дороги с той и другой стороны, как верстовые столбы, стояли черти, превращаясь вдали в черные точки. ***Диплопические галлюцинации*** – видение двух одинаковых мнимых объектов: «Люди раздвоились, один и тот же человек видится слева и справа».

10. ***Панорамические галлюцинации*** – обычно статические, неподвижные видения красочных, чрезвычайно привлекательных или зловещих, пугающих и наводящих ужас природных ландшафтов, картин разрушения, последствий бомбардировки, землетрясений, других бедствий.

11. ***Эндоскопические галлюцинации*** – видения каких-либо объектов внутри себя. Так, пациент «видит» в своем желудке бритвенное лезвие, а другой пациент – «белых червей» в своей голове.

12. ***Висцероскопические галлюцинации*** – видение своих собственных внутренних органов: «Вижу свои сморщенные легкие… Вижу, как распрямляются извилины мозга… Вижу в голове рубцы, спайки, пленку». Иногда собственные внут-

ренние органы видятся вне себя – ***экстрависцероскопические галлюцинации***: «Вижу на стене свои внутренности, как под микроскопом».

13. ***Дразнящие галлюцинации Бонгеффера*** – видения интригующих людей или каких-то иных существ, которые как бы дразнят пациента. Например, подманивают поближе к себе, приближаются к пациенту, соблазняют его, предлагают потрогать себя, но, когда пациент пытается их поймать, они тотчас отскакивают, останавливаются в ожидании, ведут себя так, будто они куда-то заманивают пациента, будто играют с ним, как с ребёнком. Характерны для делириозного помрачения сознания.

14. ***Отрицательные зрительные галлюцинации*** – относительно кратковременная блокада способности воспринимать отдельные реальные объекты, находящиеся на самом виду. Вероятно, их происхождение связано с избирательной остановкой неких впечатлений из памяти. Возможно, в части случаев имеет место феномен, аналогичный обрыву мысли, – пациенты рассказывают о том, что иногда галлюцинации исчезают на неопределенное время, возобновляясь затем с того же момента, где они прервались.

15. ***Геометрические галлюцинации*** – отчетливые видения различных и нередко окрашенных в различные цвета геометрических фигур: треугольников, квадратов и др. Так, больной во сне и наяву в течение нескольких лет видится фигура в виде «маленького крестика», а иногда – пятико-

нечной звезды. Другая больная видит «столбики, составленные из призм», овалы, круги. «Смотрю на окно, – сообщает больная, – и вижу круг, в нем много других, все меньше и меньше. Они находятся в движении и стукаются друг о друга, я, кажется, даже звон от этого слышу. Или закрою глаза и на сером фоне вижу черную точку. Я непроизвольно и сама не пойму зачем гоняю ее с одного места на другое, как по экрану». Смысл таких галлюцинаций пациентам чаще всего непонятен, хотя видения эти могут сопровождаться отчетливыми позитивными или, чаще, негативными эмоциями. М. И. Рыбальский называет их рецепторными, как бы связывая их появление с повреждением рецепторов. Такие обманы связаны, возможно, и с тем, что соответствующие фигуры являются некими символами, которые имеют или имели для пациентов некое личное значение. Слабая гипотеза состоит в том, что геометрические видения представляют собой первичные перцептивные структуры, на основе которых у новорождённых происходит формирование наглядных образов.

16. ***Монохроматические галлюцинации*** – видения, окрашенные в один какой-то цвет (белый, красный, синий и др.). Встречаются ***полихроматические галлюцинации*** – окрашенные в разнообразные цвета. Нередко зрительные обманы бывают контрастного, в частности черно-белого, цвета.

17. ***Нормоптические галлюцинации*** – видения, размеры которых представляются пациентам обычными, соразмерными тем объектам, которые существуют в действитель-

ности.

18. ***Микроптические галлюцинации*** – видения, которые представляются пациентам уменьшенными, «лилипутными», «микроскопическими». Так, больная видит на конце сигареты свою мать, которая «сидит и качает ногой». Описан пациент, который на большом пальце своей ноги видел сражение карфагенян с римлянами.

19. ***Макроптические галлюцинации*** (Гулливер-галлюцинации) – видения, которые представляются пациентам огромными, порой достигающими невероятных размеров. Макротелеоптические обманы кажутся не только увеличенными, но и расположенными совсем близко или стремительно приближающимися к пациентам. Так, пациент видит горящий во тьме глаз размером с массивную люстру или исполина, в сравнении с которым чувствует себя исчезающе маленьким. Другой пациент видит гигантских мух, они «находятся совсем рядом и размерами не меньше, наверное, с целого слона».

20. ***Метаморфоптические галлюцинации*** – видения обезображенных, уродливых, искорёженных, диспропорциональных мнимых объектов. Видится, например, человек без туловища, обезображенное лицо, покосившийся дом, дерево, надломленное, как ложка в стакане с водой.

21. ***Микротелеоптические галлюцинации Ван-Богарта*** – видения, уменьшенные в размерах и при этом удаленные или удаляющиеся. Видения, кажущиеся удаленными, но

сохранившие обычные размеры, следует называть *порропсическими* (греч. porro – далеко).

22. ***Рельефные галлюцинации*** – видения с очень четкими контурами, деталями и структурой, подобные наглядным образам объектов.

23. ***Аделоморфные галлюцинации*** – видения с размытыми контурами, неясными деталями, так что воспринимаются скорее как тень, общие контуры, «идея» или «сущность» мнимого объекта. Так, пациенты видят как бы бестелесные, бесплотные «привидения», «призраки», «души» каких-то существ, тем не менее не сомневаясь в том, что им представляются вполне реальные объекты.

24. ***Кинематографические галлюцинации*** (Блейлер, 1920; Клод, 1924) – двухмерные, плоские, лишённые объёмности видения, воспринимаемые как на экране или фотоснимке. «Кинематограф существовал для больных задолго до его изобретения», – замечает по этому поводу Е. Блейлер. «У меня глаза, как поляроид, – сообщает больная, – из них вылетают фото с изображениями мужчин, которые мне подмигивают». Она пытается ловить эти фотографии прямо на лекции, что заметили присутствующие. Больная объясняет своё поведение тем, что является объектом сексуального домогательства множества мужчин.

25. ***Статические*** или ***стабильные галлюцинации*** – неподвижные, замершие или застывшие, словно в ступоре, видения живых существ.

26. ***Снующие галлюцинации*** – подвижные, иногда перемещающиеся с большой скоростью видения, совершающие движения в разных направлениях.

27. ***Теснящие галлюцинации Г. В. Морозова и Н. Г. Шумского*** – видения, которые как бы надвигаются на пациентов, вынуждают его отступать назад, пятиться.

28. ***Экстракампинные галлюцинации Е. Блейлера*** – видения, которые пациенты локализуют за пределы доступного их зрению пространства. Например, они видят что-то сзади себя, причем утверждают, что видят так же отчетливо, как и нечто впереди себя. Е. Блейлер считает такие обманы зрения особенно характерными для шизофрении.

29. ***Хаотические галлюцинации*** – видения, быстро и беспорядочно перемещающиеся в галлюцинаторном пространстве. Подобный, не являющийся галлюцинаторным феномен получил название «оптическая буря». Возможно, в таких случаях имеет место галлюцинаторный вариант ментизма. Реальные объекты при этом могут восприниматься как обычно.

30. ***Галлюцинации в боковом поле зрения*** – мимолетные и часто встречающиеся видения, локализуемые пациентами на границах воспринимаемого реального пространства, обычно где-то сбоку от себя: «Женщина в белом, она перешла из одной плоскости в другую и исчезла… Вижу слева человека в белом капюшоне до колен, он прошел и тут же исчез… Сбоку тень мелькнет и пропадет, у меня появляет-

ся при этом ощущение, что она меня задевает… Иду и вижу справа от себя каких-то старух, скрюченных и скукоженных. Повернусь, и точно, так и есть, стоят и на меня смотрят… Иду, а по бокам с обеих сторон стоят черти, большие и коричневые». Латерализация таких видений с неврологической патологией не связана.

31. ***Виртуальные галлюцинации*** (лат. virtualis – возможный) – видения, возникающие в отраженном пространстве: «Вижу в зеркале у себя на жилах шеи слева лицо пожилой женщины, а справа – мужчины. Через 2–3 дня образы меняются местами. Они, как живые, пытаются мне что-то сказать». Эта же больная у дочери на лбу временами видит «образ Казанской Божьей матери с младенцем на руках». Встречаются пациенты, галлюцинации которых локализуются преимущественно в зазеркалье, именно там появляются фигуры людей, бывают видения животных и др. Больная сообщает, что один раз в 5–6 лет она видит в зеркале, что будет с её близкими, и всё это будто бы сбывается. Другая рассказывает, что «видения» возникают у неё исключительно в отражённом в зеркале пространстве, и в последний год они появляются чуть ли не ежедневно. Иногда бывают виртуальные отрицательные обманы зрения. Так, пациент в зеркале видит лишь одну половину своего лица, то левую, то правую. Шею и туловище он воспринимает при этом нормально.

32. ***Экстатические галлюцинации М. И. Рыбальского*** – видения, возникающие в аффекте экстаза. Другие авторы

считают экстатическими галлюцинации, которые способны повлечь развитие аффекта экстаза, полагая также, что такими обманами могут быть не только зрительные, но также слуховые и комплексные галлюцинации.

33. ***Монокулярные галлюцинации*** – видения, воспринимаемые пациентами каким-то одним глазом. С. Ф. Семенов (1965) описал пациента с огнестрельным ранением затылочной области, который одним глазом видел уменьшенные образы самого себя, куда-то бегущего или плывущего в лодке. Появлению односторонних галлюцинаций способствуют также местные рецепторные нарушения.

34. ***Гемианоптические галлюцинации А. Гауптмана*** – элементарные зрительные обманы, локализуемые пациентами в выпавшем поле зрения. Наблюдаются у пациентов с органическим поражением мозга (Семенов, 1965).

35. ***Эпилептические галлюцинации*** – видения, возникающие в структуре припадков височной эпилепсии. Таковы, например, множественные зрительные галлюцинации Джексона.

36. ***Викарные галлюцинации*** – обманы восприятия слепых пациентов, когда мнимые зрительные образы как бы замещаются галлюцинациями иной модальности, чаще всего тактильной.

37. ***Стереотипные галлюцинации*** – обманы зрения, одинаковые при каждом своем появлении. Так, больная говорит, что время от времени она видит светящийся круг, по

периметру которого с наружной стороны расположено девять стрелок, «похожих на стрекоз» и направленных острием против часовой стрелки. Кроме того, в центре круга находится еще одна стрелка, своим острием направленная к носу больной. После таких видений «начинает болеть голова».

38. ***Гипероптические галлюцинации*** – обманы зрения с характеристиками сенсорной гиперестезии. В отличие от рельефных обманов зрения представлены очень чёткие контуры, детали, цвета.

39. ***Гипооптические галлюцинации*** – обманы зрения с характеристиками сенсорной гипестезии, их отличает блеклость, отсутствие цвета, размытость, нечеткость контуров и деталей («тени», «призраки», «души людей»; один пациент сказал, что видит не кошку, а «душу кошки»).

Восприятие неразрывно связано с процессами мышления. Зрительные галлюцинации представляют собой результат патологической активации и дезорганизации процессов образного мышления. Это объясняет, почему их содержание пациентам чаще всего является непонятным, а также то, что смена одних обманов зрения другими происходит так, что правилам логики они не подчиняются.

Зрительные галлюцинации не следует смешивать с ***феноменом постороннего физического присутствия К. Ясперса***, сообщения о которых сходны с описаниями галлюцинаций: «Чувствую, что сзади стоит мужчина, он высокий, весь в черном, руку протянул ко мне и хочет что-то сказать…

Чувствую, что сбоку стоит глухонемой отец и жестами что-то говорит мне. Я даже понимаю, о чем он говорит… Слышу, как соседи наверху ругают меня. Не слышу, а ощущение такое. Прислушаюсь, никто ничего не говорит, только мне все равно кажется, что соседи все-таки ругают меня… Сижу в компании и чувствую, что надо мной чуть ли не издеваются. Вроде говорят, что я больной, с такого дурака и взять-то нечего. Когда начинаю прислушиваться, оказывается, что говорят о совсем другом, меня никто и не замечает. А бывает иначе: чувствую, что надо мной хохочут, а потом и хохот этот слышу… Затылком чувствую сзади человека, который действует телепатически, он передает мне нравоучительные мысли, внушает, что я должен буду делать. Я не вижу его, но мне кажется, что это мой отец». Приведенные иллюстрации показывают, что данный феномен может трансформироваться в обманы восприятия, а также в бред.

5.2. Слуховые галлюцинации. Это следствие дезорганизации вербально-логического мышления.

1) ***Акоазмы*** – элементарные слуховые галлюцинации неречевого содержания (греч. akoasma – слышимое). Ощущаются как шум, свист, шипение, бульканье, скрип, треск, стрекот и т. п., звуки, связанные с определенными объектами либо незнакомые, неузнаваемые. Локализуются пациентами в голове или во внешней среде.

2) ***Простые слуховые галлюцинации*** являются неречевыми. Носят обычно узнаваемый характер: чавканье, скре-

жет зубов, звон бьющейся посуды, шум волн, сигналы автомобиля, стуки в дверь, звуки шагов, шелест бумаги, поцелуи, покашливание, писк мышей, вздохи, лай собак, звонки по телефону, в дверь и др. Некоторые авторы полагают, что такие обманы слуха могут возникать психогенно (Аленштиль, 1960). В некоторых случаях в обманах слуха преобладают звуки, издаваемые животными, бывают также наплывы таких галлюцинаций – *акустический зоогаллюциноз*, напоминающий видения животных при делирии. Спутанности сознания, однако, не бывает.

3) ***Фонемы*** – элементарные и простые речевые обманы слуха (греч. phonema – звук). Это окрики, стоны, вопли, восклицания, отдельные слова. Некоторым пациентам слышится нечленораздельный поток звуков негромкой и непонятной речи, напоминающей бормотание, – ***мусситирующий галлюциноз***. Особенно часто встречаются ***оклики*** по имени, фамилии, когда пациенты слышат, что их не то зовет кто-то, не то дает знать о своем присутствии. При этом звучит чей-то один голос или со временем меняется на какой-то другой, голос может быть знакомым, принадлежать неизвестному человеку. Бывают «беззвучные» оклики или оклики, которые пациенты относят к другому индивиду. Оклики возникают часто, по разному редко. Нередко за все время появления они случаются всего 2–3 раза. Часто пациенты самостоятельно идентифицируют обман слуха. Иногда оклик тут же повторяется много раз одинаковым образом.

Первой реакцией пациентов на появление окликов обычно бывают настороженность и опасения возможного психического расстройства. Затем пациенты успокаиваются, как бы привыкают к ним, стараются их не замечать, некоторые думают, что такое случается у всех и в этом нет ничего особенного. Так, больная сообщает, что в детстве, когда она куда-то шла по улице, она отчётливо слышала, как из за дерева ее кто-то позвал несколько раз подряд, называя её имя. Звучал мужской незнакомый голос. Испугавшись, она все же пошла посмотреть, кто бы это мог прятаться за деревом. Будучи уже взрослой, спустя год после смерти отца, она ясно слышала этот же голос с улицы, он также звал ее: «мне было страшно и приятно». Другой пациент также в детстве услышал однажды оклик голосом умершего отца. «Я испугался, подумал, что ожил покойник». После этого в течение года ему иногда казалось, что отец жив и вскоре придёт. В незнакомом прохожем он один раз даже узнал отца. Некоторые пациенты рассказывают, что, услышав оклик или стук в дверь, они «машинально» подходят к ней и открывают даже среди ночи, забывая, что это небезопасно.

Оклики, как показывают приведённые наблюдения, могут быть свидетельством длительно протекающего продромального периода болезни. В этот же время помимо фонем могут возникать и такие расстройства, как чувство постороннего присутствия, чувство чужого взгляда, а нередко – кошмары, другие аномальные сновидения.

4) ***Музыкальные галлюцинации*** – обманы слуха со звучанием разной музыки и в различном «исполнении». Это может быть возвышенная, духовная или «небесная» музыка, какие-то популярные эстрадные композиции, что-то простое, примитивное или ассоциирующееся с чем-то пошлым, циничным, недостойным. Слышатся хоры, сольное пение, звуки скрипки, звон колоколов и т. д. Звучат известные пациентам музыкальные вещи, всплывают вдруг давно забытые, а иногда слышатся совершенно незнакомые мелодии в столь же незнакомом исполнении. Встречаются пациенты, владеющие музыкальной грамотой, которые успевают записать галлюцинаторные мелодии. Автору известен случай, когда больной удалось издать сборник песен, слова к которым она же и сочинила. Некоторые пациенты рассказывают, что могут «заказывать» музыкальные галлюцинации. Для этого достаточно только вспомнить желаемую мелодию или слова песни, как она тотчас начинает звучать от начала до конца. Одна из больных более полугода слушала такие «концерты по заявкам в стиле ретро». Не обязательно, чтобы такие пациенты были профессиональными музыкантами. Музыкальные галлюцинации наблюдаются при разных заболеваниях, в основном, по-видимому, при шизофрении, эпилепсии, алкогольных психозах, а также в опьянении психостимуляторами при наркомании. У наркоманов особенно часто звучит психоделическая музыка, которую они охотно слушают с целью желаемым образом модифицировать картину опьянения.

5) ***Вербальные галлюцинации*** – обманы слуха в виде слов, фраз, диалогов, монологов и др. (лат. verbum – слово).). Нередко бывают ***персонифицированными*** – рассматриваются пациентами как принадлежащие определённому индивиду (греч. persona – личность, facere – делать). Чаще звучат незнакомые голоса и с чуждыми для пациентов содержанием, изредка звучит собственный голос. Многие опытные пациенты называют вербальные обманы слуха «голосами». Поначалу они пугаются, удивляются, теряются, когда слышат чужую речь, и никого при этом не видят. Иногда придумывают на этот счёт свои теории («он спрятался», «сделался невидимкой», «не хочет показываться» и т. п.). Вскоре, однако, привыкают и реагируют лишь на содержание услышанного. Считают, что и другие люди слышат эти голоса, но убедившись в обратном, принимают и этот факт, объясняя его тем, что голоса адресованы только им и к окружающим не относятся, обнаруживая тем самым бредовые идеи отношения. Существует множество вариантов вербальных галлюцинаций.

1. ***Комментирующие галлюцинации*** – обманы слуха, в них звучат оценки мыслей, чувств, намерений, поступков пациентов (лат. commentarium – разъяснение, пояснение, критическое замечание). Это ***рефлексивные обманы слуха*****,** – голоса озвучивают результаты отчуждённого самонаблюдения и отношения пациентов к разным аспектам их собственного Я. В комментариях могут, по-видимому, отражаться

и оценки пациентов со стороны значимых для них людей, такие обманы слуха обычно персонифицированы. Содержание комментариев обнаруживает тесную связь с расстройствами настроения пациентов, которые влияют на самооценку таким же образом, как это наблюдается и в норме. Приподнятость настроения выражается в том, что голоса хвалят пациентов, подбадривают, поддерживают их, одобрительно относятся к тому, что те делают. Подавленность настроения влечёт уничижительные комментарии. Если к подавленности добавляется еще и озлобленность, то «голоса» ругают пациентов, оскорбляют, иронизируют, издеваются, а то и угрожают, не останавливаясь перед грубой, площадной бранью. Быстрые перемены настроения выражаются параллельной сменой содержания галлюцинаторных комментариев.

Смешанное настроение может сопровождаться комментариями противоречивого содержания, когда одни «голоса» хвалят, защищают, а другие, напротив, порицают, унижают, бранят. В некоторых случаях комментарии бывают столь жестокими и циничными, что можно говорить о глумящихся галлюцинациях. Иногда «голоса», словно дети, как бы передразнивают пациентов, например, повторяют сказанное ими и коверкают слова, фразы, говорят ломаным языком, воспроизводят в комической форме дефекты их речи. В. М. Блейхер комментирующие обманы слуха склонен отождествлять с ***телеологическими***, т. е. целесообразными (греч. teleos – цель). Агрессивные галлюцинации могут сви-

детельствовать, видимо, о наличии агрессивных тенденций у самого пациента либо о его ожиданиях агрессии со стороны кого-то из окружающих. Встречаются комментирующие обманы, в которых «голоса» тем или иным образом оценивают сказанное или сделанное кем-то из окружающих пациентов людей, – ***экстракомментирующие галлюцинации.*** Пациенты могут быть согласны с содержанием таких комментариев, безразличны к ним либо категорически с ними несогласны.

2. ***Констатирующие галлюцинации*** – обманы слуха, представляющие отчуждённые акты регистрации всего того, что воспринимают или делают пациенты, а также события их внутренней жизни. Каких-либо оценок констатирующие обманы слуха не содержат. Так, «голос» последовательно называет объекты, которые пациент воспринимает в данный момент: «Стул у стены… сосна, рядом муравейник… бежит собака… на чурке топор… идет жена… стоит милиционер… поет женщина… воняет горелым». Точно так же отмечаются действия пациентов: «Стоит, смотрит… пошел… остановился… обувается… взял… кружку… закурил… спрятался под кровать». «Голоса» регистрируют и мысли, намерения, желания пациентов: «Хочет пить… собирается на работу… задумался… злится». Пациенты нередко приходят к выводу о том, что кто-то наблюдает за ними, что их «записывают», «прослушивают», «фотографируют», что они стали открытыми для наблюдения со стороны и что теперь они ничего

уже не могут утаить от своих преследователей.

3. ***Императивные галлюцинации*** – повелительные обманы слуха, «голоса», обычно содержащие ничем не мотивированные приказания что-то делать. Лишь в небольшой части случаев «голоса» тем или иным образом мотивируют свои распоряжения. В распоряжениях «голосов», вероятно, проявляются неадекватные и непреодолимые побуждения самих пациентов, оказавшие в зоне деперсонализации. Вследствие это собственные побуждения субъективно воспринимаются как внешнее, галлюцинаторное принуждение (столь же импульсивные и с бессмысленные побуждения наблюдаются в состоянии кататонического возбуждения, но галлюцинациями они уже не сопровождаются, так как в состояниях кататонии умственная деятельность практически полностью блокируется). Императивные обманы близки также насильственным побуждениям, которые возникают в структуре психических автоматизмов. Иными словами, императивные галлюцинации являются симптомом, предвосхищающим развитие других, более тяжелых нарушений – синдрома Кандинского-Клерамбо и кататонического синдрома.

Особую опасность для окружающих и самих пациентов представляют гомоцидные и суицидные императивные галлюцинации. Это показывают следующие иллюстрации. Больной сообщает: «Больная сообщила, что однажды в детстве во сне ей послышался звонок в дверь. Она проснулась. Зво-

нок повторился. Она подошла к двери, спросила, кто там. В ответ услышала: «Это я, твоя смерть». Звонки повторялись и в дальнейшем, до четырех раз за ночь она просыпается от того, что она слышит их. Дома казалось, что это такой же звонок, в доме у матери – немного иной». Больной рассказывает: «Голоса приказали убить жену, детей и себя. Сказали, что иначе все мы умрем позорной и мучительной смертью. Я ударил жену топором, но она увернулась. Была ранена и убежала. Двух дочерей я зарубил, третью не нашел. Затем ножом два раза ударил себя в грудь, но неудачно. Тогда я взял нож, приставил его рукояткой к стене и собирался вогнать его в себя поглубже. Но тут стали взламывать дверь. Я заметил боковым зрением, что на кровати зашевелилось одеяло и показалась голова третьей дочери. Я успел дотянуться до топора и ударить им дочь по голове. Вонзить в себя нож не успел, меня схватили».

Ещё один пациент сообщил, что по приказу голосов он несколько раз пытался утопиться, но, выплывая на середину Ангары, в самый последний момент получал приказ вернуться на берег. Один раз он чудом остался жив, так как бросился в воду зимой и на берегу обледенел, его случайно обнаружили рыбаки. Пытался также убить себя, вонзая напильник в область сердца. Голоса приказали орудовать именно напильником. Но и этот суицид не удался, остановила острая боль в груди. Он признался, что боится, если «голоса» прикажут убить его мать: «Я это сделаю, не могу не сделать, когда го-

лоса приказывают, в это время ни о чём не думаешь, мыслей нет никаких, всё делаешь, как автомат».

Встречаются садистические ***императивные галлюцинации***, приказывающие пациентам глумиться над кем-то, мучить, пытать и даже убить, при этом жестоко истязая жертву. Деликты такого рода известны. И сами пациенты становятся жертвами садистических приказов. Так, «голос» приказывает пациенту отрубить палец и съесть его, запрещая перевязать культю; стоять под струей ледяной воды, прыгать на четвереньках и при этом лаять, лежать раздетым в снегу, повеситься, бросаться под машины, идти в морг и изображать там мертвого и т. д. Встречаются императивные обманы слуха с запретами делать нечто такое, что требуется в данный момент, – это галлюцинации по типу негативизма кататонических пациентов.

Например, «голос» заставляет пациента не есть, не принимать лекарства, не отвечать на вопросы врача, не лежать в постели, двигаться, одеваться и др. В некоторых случаях пациенты, побуждаемые повелевающими обманами, вынуждены совершать действия, обратные адекватным: отворачиваться от собеседника, стоять, когда их приглашают сесть, раздеваться в присутствии других людей и т. п. Бывают «голоса», зачем-то принуждающие пациентов вслух произносить воспринимаемые объекты, свои действия, в некоторых случаях повторяя распоряжения по 5–6 раз подряд, как бы демонстрировать ***итеративные феномены*** (лат. iterativus –

часто повторяющийся).

У некоторых пациентов наблюдаются императивные галлюцинации ***магического содержания***, побуждающие совершать что-то вроде ритуалов и иных колдовских действий, например класть вещи на строго определенные места, растягивать по квартире веревки, мыть руки четное или нечетное число раз, считать свои шаги и др. Порой такие «голоса» поясняют, что исполнять их распоряжения необходимо для пациентов, значительно реже потому, что это нужно самим «голосам». Встречаются как бы косвенные приказы, адресованные окружающим пациента лицам: «голоса» требуют, чтобы пациенты принуждали кого-то из окружающих людей совершать безрассудные действия.

Относительно редко распоряжения «голосов» бывают невинными или даже вполне разумными. Так, под влиянием голосов пациент рассказывает о себе очень подробно, ничего не утаивая, он аккуратно пьет лекарства, прекращает курить. В единичных случаях бывает, что по приказу «голосов» пациенты обращаются на прием к врачу, не осознавая при этом, что они больны. Иногда императивные распоряжения сохраняют силу даже после того, как галлюцинации исчезли. Пациент сообщает: «Они управляют мной, хотя их уже нет. Я еще очень боюсь, что они вот-вот появятся и опять заставят меня делать что-то ужасное». В данном случае отчётливо видна связь приказывающих «голосов» и явлений психического автоматизма.

Отношение пациентов к императивным обманам слуха бывает разным. В большинстве случаев приказы «голосов» исполняются без малейшего сопротивления, какими бы опасными или нелепыми они ни были. Часть пациентов пытается противодействовать таким приказам, иногда им это вполне удается. Отдельные пациенты находят в себе силы делать обратное тому, что требуют от них голоса. Так, по словам пациента, он встает, если «голос» заставляет сидеть или лежать, останавливается, если слышит приказ идти, едет на транспорте, когда «голос» приказывает идти пешком, едет в другую сторону, а не туда, куда требует «голос», идет по правой стороне улицы, а не по левой, как заставляет его «голос» и др. Императивным чаще всего бывает один незнакомый голос, реже – два, которые отдают при этом противоположные распоряжения. По мнению В. Милева, императивные обманы слуха могут расцениваться в качестве шизофренических симптомов первого ранга.

4. ***Внушающие галлюцинации*** – обманы слуха, содержащие не приказания, а как бы уговоры что-нибудь сделать либо убеждающие пациентов в том, как им следует поступить. Напоминают иногда уговоры родителей, которые обращены капризному ребёнку. Нередко такие галлюцинации склоняют пациентов совершать акты агрессии или аутоагрессии либо как бы готовят их принимать ложные суждения, сообщая что-то неадкватное. Встречаются галлюцинации, в которых выражаются как бы идеи изобретательства, реформа-

торства или «голоса» они пациенту сведения о причинах шизофрении, природе телепатического влияния, происхождении эпилептических припадков и т. п. Мнимые содержание галлюцинаций часто воспринимаются пациентами как убедительные, поскольку они выражают их собственные мотивы планируемых действий. Описаны ***бредовые галлюцинации*** (Хайм, Моргнер, 1980), которые убеждают пациентов в правильности их бредовых построений.

5. ***Галлюцинаторные самооговоры*** – обманы слуха с сообщениями о мнимых правонарушениях, которые пациенты якобы совершили. Такие обманы пациенты принимают без всяких сомнений в их истинности. Более того, они вспоминают подробности мнимого события, ярко их представляя их во всех деталях, напоминая навязчивые овладевающие представления. Так, «голос вспомнил», что пациент три года назад совершил в деревне наезд на проходящих через дорогу женщин, после чего две женщины скончались. Он отчетливо припомнил, как все это было, после чего обратился в милицию с заявлением.

6. ***Галлюцинаторные вымыслы*** или ***конфабуляции*** (лат. confabulatio – беседа, разговор) – обманы слуха, когда «голоса» рассказывают разные небылицы, фантастические истории, например, о его рождении каким-то невероятным образом, о его путешествиях во времени, подвигах и т. д. Некоторые пациенты вполне могут в это поверить, сразу же или некоторое время спустя. Другие не принимают эти вы-

мыслы всерьез, считают, что «голоса» «несут всякую чушь».

7. ***Разумные галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» говорят «умные вещи», дают «дельные» советы, «подсказывают», как вести себя в той или иной ситуации, оценивающие самочувствие пациентов, «предупреждают» о возможных неприятностях, «удерживают» от необдуманных поступков, «вспоминают» о прошлых событиях, если пациенты их забыли и др. Такие голоса некоторые авторы называют «ангельскими». Иногда «голоса» помогают пациентам найти нужные вещи, отыскать нужную улицу в незнакомом квартале города. Так, пациент говорит, что они замечают указатели улиц лучше его, так что он, заплутав, возвращается к месту, указанному «голосом». «Когда кто-то говорит, а я сам недослышу, голос помогает мне разобрать, что сказали. У него будто уши есть и слух лучше моего». Такие галлюцинации можно обозначить, вероятно, как ***подпороговые***, так как порог их чувствительности находится ниже, нежели у пациентов.

8. ***Архаические галлюцинации*** – обманы слуха, в которых «голоса» озвучивают активность структур палеомышления пациентов (греч. archaikos – древний). Такие «голоса» прорицают будущее, «наводят» и «снимают» порчу, разгадывают приметы и сновидения и др.

9. ***Телеологические галлюцинации Блейлера*** – мотивированные обманы слуха, подсказывающие, как легче или лучше что-либо пациенту сделать: совершить, например, су-

ицид. Так, «голос» говорит, что лучше бы прыгнуть в воду с Ангарского моста, так как этому никто помешать не успеет. Голос сообщает, что утонуть в холодной реке нетрудно, тем более больному, он плавать не умеет.

10. ***Предвосхищающиие галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса», опережая пациентов, сообщают ему, что с ним случится спустя несколько минут, о чем он подумает, какое решение примет: «Начинаю о чем-то думать, а голос уже говорит результат… Читаю книгу, а голос забегает вперед и говорит, что написано в строках пониже… Я не успею еще сообразить, что случилось, а голос мне уже это докладывает. Он, этот голос, как моя интуиция… Голос говорит, чем сейчас запахнет или какое вкусовое ощущение появится, и точно, через несколько минут так все и происходит… Голоса предупреждают меня, что скоро будет припадок, так через час или два и бывает. Они говорят, чтобы я лег, зажал между зубами вилку, что я и делаю».

11. ***Эхо-галлюцинации*** – обманы слуха, в которых голоса повторяют сказанное самим пациентом, другими «голосами», кем-то из окружающих людей, «озвучивают» тексты, которые пациент читает, пишет либо вслух повторяют их мысли: «Как я закрою левое ухо, голос начинает повторять за мной, что я говорю… Я читаю про себя, а голос – вслух, он называет и знаки препинания… Пишу письмо, а голос читает его вслух. А то подсказывает, где случилась описка или какое слово будет получше». Эхолалия может проявляться

иначе, а именно в речи самого галлюцинирующего пациента. Так, на вопросы врача отвечает «голос», а пациент, совершенно в это время «не думая», лишь повторяет сказанное «голосом».

12. ***Редуплицированные*** или ***диплакузические галлюцинации*** – сдвоенные обманы слуха, когда сказанное одним «голосом» второй тотчас повторяет в точности так же и с той же интонацией. Обе галлюцинации почти сливаются, их разделяют какие-то доли секунды.

13. ***Ипохондрические галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» рассказывают, чем они болеют (греч. hypochondrio – подреберье). Так, «голос» жалуется, что у него бывает плохо с сердцем, случаются обмороки, болят суставы. «Голос» другого пациента говорит, что у него бывают припадки и что он тоже слышит голоса или его мучают видения.

14. ***Итеративные галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» повторяют, причем могут это делать многократно сказанное пациентами или кем-то из окружающих людей. Иногда «голос» озвучивает и несколько раз повторяет мысли пациентов. Повторов может быть 3–4 и более. По мере повторения «голос» говорит все тише, а иногда и медленнее. Иногда повторяются последние слова. Такие обманы слуха называют также ***палилалическими*** (греч. palais – вновь, сызнова; lalia – речь).

15. ***Стереотипные галлюцинации*** – обманы слуха, когда

«голос», появляясь время от времени, произносит одно и то же. Так, пациент с хореей Гентингтона в течение ряда месяцев слышит одно и то же «ку-ку», полагая, что кто-то «играет с ним в прятки». Встречаются также сходные с ними ***возвращающиеся галлюцинации***. Это обманы слуха, повторяющиеся в начале каждого приступа болезни. Обычно, сообщают некоторые пациенты, это те же самые «голоса», что были в прошлом приступе или прежних приступах болезни, и говорят они одно и то же. Изредка, появляясь вновь, такие «голоса» приветствуют пациентов, как своих старых знакомых, а исчезая, прощаются или говорят, что они вернутся к положенному ими сроку.

16. ***Гадательные галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» как бы не знают ничего о пациенте и строят о нем разные, в том числе абсурдные догадки. Так, «голос», говоря о пациенте почему-то в третьем лице, гадает: «Кто он, полковник или генерал, будет он работать в ФСБ или в милиции, за кого будет голосовать, за правых или левых, он уйдет от жены или нет, будет бриться или отпустит бороду, за коммунизм он или за капитализм, лучше стать ему буддистом, исламистом или христианином…» Встречаются также ***пытливые галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» обнаруживают собственную познавательную активность. Они «задают» при этом вопросы, на которые пациенты вынуждены отвечать. Например, это вопросы такого типа: «Как устроена Вселенная? А атом, молекула? Что такое материя? Су-

ществует ли Бог? Есть ли рай? А ад? Почему бывают голоса?..». Любопытствующие «голоса» задают приблизительно те же вопросы, что и пациенты с навязчивым мудрствованием, при этом пациенты не знают, как на них ответить.

17. ***Автобиографические*** или ***мемуарные галлюцинации*** – обманы слуха, которые как бы озвучивают симптом разматывания воспоминаний – непроизвольное течение воспоминаний. Пациент сообщает, что однажды ночью, сидя на берегу Байкала, он услышал, как кто-то, он не видел, подошел к нему. Пришедший стал вспоминать его прошлое, начиная где-то со школьных лет. Рассказал о службе в армии, о том, что происходило на войне в Чечне. В основном он вспоминал о самом неприятном, о том, что пациент никому не хотел рассказывать и старался забыть. «Он будто все про меня знал. Знал такие подробности, которые никому не были известны, кроме меня. Сначала я сильно испугался, даже мороз прошел по коже». Голос был незнакомым, но был, однако, момент, когда пациенту показалось, что когда-то давно он один раз его уже слышал и будто бы знал этого человека. Далее произошел диалог с «голосом», после чего последовал по-военному строгий приказ раздеться, аккуратно сложить на камень одежду и плыть на середину Байкала. Что было дальше, пациент почти не помнит. Вспомнил только, что в воде его головы коснулось крыло чайки. На другой день к полудню товарищи нашли его на берегу голым, они с трудом разбудили его и привели в чувство.

18. ***Анамнестические галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» расспрашивают пациентов подобно врачу, собирающему анамнез жизни: «Откуда ты, где родился. кто твой отец…сам-то женат или как…» Пациенты послушно отвечают на вопросы вслух, а иногда мысленно, уверенные в том, что «голоса» узнают их мысли.

19. ***Эхомнестические галлюцинации*** – обманы слуха в виде многократного переживания какого-то галлюцинаторного эпизода. Авторы (Узунов и др., 1956), впервые описавшие этот феномен, назвали его ***симптомом редуплицирующих галлюцинаций***; некоторые исследователи называют такие галлюцинации полиакузическими, а если они при этом громко звучат, то полифоническими.

20. ***Галлюцинации в виде монолога*** – обманы слуха, когда «голос» говорит, не останавливаясь и не давая перебить себя. Вот небольшой фрагмент такого монолога: «…Мужской крови в тебе не хватает, потух огонек в твоей жизни, менструации уходят. Уморила себя без мужа, без мужской крови. Яичники отравила теофедрином, девять лет пила его. Ребятишек больше не будет, до пенсии не доработаешь. Вот хрен тебе мужской, а не пенсия, надо было раньше думать, не сидеть дома…». Галлюцинации, представленные одним-единственным «голосом», называют моновокальными.

21. ***Галлюцинации в виде диалога*** – разновидность поливокальных обманов слуха, когда пациенты слышат два и

более «голоса» одновременно. В галлюцинаторном диалоге оба «голоса» разговаривают исключительно друг с другом, предметом диалога является обычно сам пациент. Содержанием диалога могут быть комментарии, приказания, наставления. В тех случаях, когда такие «голоса» говорят прямо противоположные вещи, их называют *антагонистическими*, что указывает обычно на диссоциацию личности на полярные ее фрагменты. Например, один «голос» приветливый, он звучит в правом ухе пациента, другой – злобный, слышится в затылке, голос в левом ухе, напротив, расположен к больному. «Голос» в левом ухе звучит тише – слева выявляется тугоухость. При пробуждении от сна этот пациент слышит громкий «вой»: так, считает он, его «будят». «Голос» в затылке говорит и заставляет пациента делать то, что он сам считает неправильным и неприемлемым. «Голоса» в ушах одновременно говорят совсем другое, они, думает пациент, его «поддерживают».

В. П. Сербский (1906) высказывает предположение, что противоречивые обманы слуха обусловлены раздельным функционированием полушарий головного мозга. «Голосов» бывает три и более, иногда их насчитывается до 13–16, некоторые пациенты, по их словам, «сбиваются со счета». При этом каждый голос говорит что-то свое, они никак не связаны друг с другом, но временами действуют согласованно, образуют что-то вроде «коллектива». Так, больная слышит три голоса, она обозначает их буквами А, В и С. «Го-

лоса» могут ей что-то рассказывать, приказывать, о чем-то просить. Просят, например, чтобы она читала им книги то «про любовь», то «по истории, философии», что она и делает. «Иногда заставляют кривляться, останавливаться на месте, идти спиной вперед, чтобы все знали, что я сумасшедшая». Бывает, что «голоса спорят между собой обо мне или не могут решить, что им надо». Некоторые пациенты рассказывают о том, что временами вдруг проявляется очень много голосов, обычно же их бывает всего 1–2. Иногда поливокальные «приступы» длятся часами, напоминая эпизоды ментизма.

22. ***Открытые галлюцинации*** – обманы слуха с диалогом между «голосом» и пациентом. «Голос слышит» обращённую к нему речь пациента, отвечает на его вопросы, высказывает своё мнение, возражает, соглашается и т. п. Пациент говорит при этом вслух, иногда довольно громко, если «голос недослышит», он может общаться с ним и мысленно. Например, пациент постоянно «общается с голосами», свою голову называет их «домом». Когда звучат галлюцинации неприятного содержания, он угрожает им, что покончит с собой, а значит, и с ними. Иногда «голоса прощаются», но «не уходят», и это его удивляет. Чаще он разговаривает с ними шепотом, но иногда возмущается и, не выдерживая звучащих «гадостей», срывается на крик. Тогда «голоса» в раздражении ему пеняют: «Чего ты орешь, мы не глухие». «Голоса» могут быть открытыми и для речи окружающих па-

циентов людей, они «слышат» последних и порой выражают свое мнение об «услышанном», полагая, что и эти люди хорошо их слышат. Например, «голос», заинтересованный беседой врача и пациента, изъявляет желание поговорить с врачом наедине, без свидетеля – пациента. Чтобы тот не мешал, «голос» просит или приказывает ему удалиться.

Через посредничество пациентов иногда можно «поговорить с голосом». Пациент передаёт «голосу» вопросы врача и повторяет ответы голоса: становится возможным изучить диссоциированную и персонифицированную часть личности пациента. Она может сообщить о себе любопытные сведения. Выясняется, например, что она что-то знает о своем происхождении, сообщает кое-какие биографические сведения о себе, определяет свое настроение, рассказывает о своих отношениях с пациентом, может что-то сказать о его самочувствии, способна выразить свое мнение о пребывания пациента на лечении, а также мнение о лечащем враче пациента, назначенном лечении. Встречаются случаи, в которых «голос» сам «считает» себя проявлением болезни и даже предвидит, что под влиянием лечения он исчезнет или «умрёт». У некоторых пациентов удается провести патопсихологический эксперимент с «голосом», проверить его память, умственные способности. Например, способность к счету, толкованию пословиц и поговорок. Чаще всего обнаруживается, что интеллектуальные функции «голоса» значительно снижены по сравнению с таковыми у пациента. Боль-

шей частью ответы «голоса» неверны, абсурдны. «Голос» нередко ведет себя грубо, бранится, отказывается отвечать, замолкает.

Иногда открытость галлюцинаций бывает частичной. Например, «голоса проявляют интерес» к тому, что говорит, слышит и видит пациент, но ничего сами они не воспринимают. Иногда они просят пациента или требуют от него говорить вслух о том, что он видит или слышит, порой переспрашивают, что-то уточняют.

23. Значительно чаще встречаются ***закрытые галлюцинации*** – обманы слуха, изолированные от основной личности пациентов. Такие галлюцинации «не слышат» пациентов, не вступают с ними в контакт и вообще никак не реагируют на их речь и мысли. Персонификация в подобных случаях касается той части личности пациентов, которая никак себя не проявляет в нормальном их состоянии или она возникла в болезни и не установила ещё связи с остальной личностью.

24. ***Сценические галлюцинации*** – обманы слуха, в которых «голоса» представляют некие мнимые события очень подробно, как если бы «голоса своими глазами видели», что при этом происходит. Так, больная сообщает, что в подвале ее дома поселилась какая-то банда. Она называет членов этой банды по именам, рассказывает об их внешности, социальной принадлежности, о том, что они делают в тот или иной момент времени, как передвигаются и т. п.

25. ***Поэтические галлюцинации*** – обманы слуха с риф-

мованной речью. Встречаются редко. Напоминают о поэтических сновидениях, персонажи которых, как нередко и сам пациент, говорят стихами.

26. ***Повествовательные галлюцинации*** – обманы слуха, в которых «голоса» рассказывают о неких событиях прошлого, свидетелями которых они или пациент якобы были.

27. ***Билатеральные галлюцинации Маньяна*** – обманы слуха, когда «голос», доносящийся с одной стороны, говорит обратное тому, что говорит «голос» с другой.

28. ***Гиперакузические галлюцинации*** – обманы слуха, звучащие оглушительно громко. В данном случае, вероятно, в галлюцинациях проявляется симптом психической гиперестезии.

29. ***Гипоакузические галлюцинации*** – обманы слуха, звучащие едва слышно, как шепотная речь. Некоторые пациенты называют такие голоса «прозрачными». Так, пациент постоянно слышит шепот на небольшом отдалении, он считает, говорят находящиеся неподалеку люди, называя его «опущенным», «гомиком». «Говорят между собой так, чтобы я не мог их услышать».

30. ***Галлюцинации в виде вербигерации*** – обманы слуха, когда «голоса» произносят бессмысленные ряды слов, как бы нанизывая их по созвучию друг на друга.

31. ***Галлюцинации с неологизмами*** – обманы слуха, когда «голоса» обнаруживают способность к словотворчеству – используют новые, часто непонятные пациентам

слова. По-видимому, в галлюцинаторной речи возникают слипания или ***контаминации*** частей известных слов (лат. contaminatio – смешение).

32. ***Криптолалические галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» говорят на непонятном пациентам языке (греч. kryptos – скрытый, тайный; lalia – речь).

33. ***Ксенолалические галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» звучат на иностранном, обычно известном пациентам языке либо вставляют в свою «речь» много иноязычных слов (греч. xenox – чужой). Редко, но встречаются галлюцинации, которые звучат на забытом пациентами иностранном языке.

34. ***Копролалические галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» используют или предпочитают речь низкого уровня, циничную брань (греч. kopros – кал).

35. ***Проспективные галлюцинации*** – обманы слуха, в которых «голоса» сообщают о будущих событиях, о том, что предстоит пациенту, чему он вполне может поверить (лат. prospectus – вид, обзор). Так, пациентка слышит женский голос, который говорит, что ее детей сначала изнасилуют, а затем убьют.

36. ***Аутофонические галлюцинации*** – обманы слуха, когда, по словам пациентов, звучит их собственный голос.

37. ***Персонифицированные галлюцинации*** – обманы слуха, когда пациенты уверены в том, кому из известных им людей принадлежит тот или иной «голос». Вероятно, это

ложные идентификации, в некоторых случаях, возможно, бредовые идентификации, как, например галлюцинаторный вариант симптома положительного двойника.

38. ***Галлюцинации с симптомами двойников*** – обманы слуха, когда, как считают пациенты, незнакомые люди говорят, подделывая звучание голоса знакомых людей и наоборот. Иногда, уверены пациенты, звучит один и тот же голос, но принадлежит он разным людям, как бы маскирующимся под одного человека, которого пациенты знают и не боятся.

39. ***Галлюцинации с симптомом инсценировки*** – обманы слуха, когда «голоса», считают пациенты, специально» представляют некую не существующую в действительности ситуацию. Например, говорят пациенту, что его дом сгорел вместе со всеми, кто там был. Это, уверен он, «подстроенная» ситуация, ничего такого на самом деле не случилось, его пытаются проверить, напугать.

40. ***Удаляющиеся галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голоса» (другие мнимые звуки), которые поначалу звучат рядом или где-то в ушах пациентов, затем удаляются все дальше и дальше, пока не исчезнут вдали. Встречаются также ***приближающиеся галлюцинации***, которые возникают как бы вдали, а затем приближаются и даже оказываются звучащими где-то внутри пациентов.

41. ***Односторонние галлюцинации*** – обманы слуха, когда «голос» воспринимается одним каким-то ухом. Так, пациент с алкогольной зависимостью, ранее перенесший белую

горячку, стал слышать «голоса» разного содержания исключительно в правом ухе. В последнее время «голоса» переместились в затылок, слышались внутри черепа, ближе к правому уху. В прошлом пациент перенес правосторонний отит. С. П. Семенов (1965) считает их идентичными гемианоптическим галлюцинациям, предполагая, что они возникают в связи с очаговой корковой патологией.

42. ***Эндофазические галлюцинации*** – предположительно, это обманы внутренней речи, когда пациенты слышат «голоса», звучащие в голове. Так, больной ясно слышит «голос» в голове, который воспринимается им как абсолютно реальный. «Голос может раздваиваться, умножаться, иногда их число достигает 12. Среди них звучит иногда и мой голос. Все голоса носят мое имя, я это знаю, для меня это очевидно. Они говорят разное, каждый что-то свое, но в основном они говорят обо мне. Они разговаривают между собой, обращаются с разговорами ко мне, я и сам часто говорю с ними. Обычно они звучат негромко, порой их бывает почти не слышно, но иногда они истошно кричат. Я знаю, что это называют галлюцинацией, но я не сомневаюсь, что у меня в голове живут невидимые, микроскопически маленькие люди. Они там зарождаются, живут и умирают». Больная рассказывает: «В голове слышится голос. В начале звучал женский голос, затем он сменился мужским. Женский голос мне казался знакомым, мужской голос незнаком. Говорит он негромко, как бы шепотом, откуда-то из глубокой тишины. Он спра-

шивает обо мне, и я как-то невольно отвечаю ему, чаще мысленно. Спрашивает, как зовут меня, сколько мне лет, где я живу и т. д. Мама, которой я об этом сказала, посоветовала ему не отвечать, что я и сделала. Тогда голос стал ругаться, угрожать мне, в злобе кричать на меня, материться, я даже плакала, было обидно и страшно».

43. ***Тахихронические галлюцинации*** (греч. tachys – быстрый, скорый; chromos – время) – обманы слуха, когда «голоса» говорят о чем-то в ускоренном темпе, иногда так быстро, что пациенты едва успевают понять содержание услышанного. «Будто пластинку поставили на скорые обороты», – поясняет пациент.

44. ***Брадихронические галлюцинации*** (греч. bradys – медленный) – обманы слуха, когда «голоса» говорят в замедленном темпе, растянуто, как если бы «пластинка стояла на медленных оборотах».

5.3. **Обонятельные галлюцинации** – обманы обоняния разного содержания. Перечень возможных мнимых запахов был бы, вероятно, очень обширным. Обманы восприятия составляют три группы.

Первая – галлюцинации неприятного содержания. Это мнимые запахи, связанные преимущественно с подавленным настроением, нередко включающим также тревогу, страхи, подозрительность пациентов. Например: «Чувствую запах трупа… Пахнет сероводородом, угарным газом, нитрокраской… Нестерпимо воняет чем-то гнилостным, как на

помойке». Пытаясь заглушить эти запахи, пациенты затыкают нос ватой, надевают респираторы, проветривают помещение, включают вентиляторы, разбрызгивают дезодоранты и т. д.

Вторая – мнимые запахи чего-то приятного: «Пахнет фиалковыми духами, самыми любимыми мною… Чувствую, что пахнет божественно, чем-то неизъяснимо приятным, таких запахов я никогда прежде не ощущала… Это непередаваемый аромат, он доставляет мне непередаваемое наслаждение… Такие запахи, должно быть, есть только в раю, пахнет чем-то по-неземному приятным». Приятные запахи возникают относительно редко и обычно ненадолго. Пациенты с видимым удовольствием вдыхают в себя эти «запахи» и с радостным выражением лица, им сопутствует приподнятое настроение, иногда с характером экстаза. *Третья* – мнимые запахи относительно нейтрального характера, пациенты почти не обращают на них внимания.

Обонятельные галлюцинации различаются и по их проекции. Мнимые запахи могут проецироваться на внешнюю среду: комнату, улицу и др. или только на одно помещение, как обычно бывает при поздних психозах. Очень часто присоединяется вторичный бред: «травят…хотят избавиться… гниёт кошка, её убили соседи…». Появление приятных запахов пациенты объясняют чудесными явлениями, счастливыми событиями. Неприятные запахи нередко локализуются пациентами внутри себя: «гниют внутренние орга-

ны…изнутри пахнет трупом», т. е. обонятельные обманы сопровождаются нигилистическим бредом. Иногда они имеют необычную проекцию и локализацию: «запах» в голове, животе и др. Обонятельные галлюцинации различают и по такому признаку: знакомы они или нет. Чаще ощущаются знакомые запахи, иногда пахнет чем-то совершенно незнакомым. В последнем случае речь может либо о сочетании обманов обоняния и обонятельной агнозии либо о деперсонализации по типу «никогда не пережитое».

5.4. Вкусовые галлюцинации – обманы вкуса разного содержания. Появление их не зависит от приема пищи и контактов с иными пищевыми субстанциями. Например, пациент чувствует, что вода из крана в доме стала приторно сладкой, что вкус пищи перебивается вкусом «цианистого калия» или во рту постоянно ощущается вкус черемухи и неприятно «вяжет». Обманы вкуса часто возникают одновременно с обонятельными галлюцинациями. О вкусовых галлюцинациях можно повторить сказанное об обонятельных.

5.5. Тактильные галлюцинации – обманы кожного чувства. Различается несколько вариантов тактильных галлюцинаций.

1. ***Гаптические галлюцинации*** – мнимое ощущение схватывания, кусания, щипания, хватания за тело, обычно столь же мнимыми рукой, лапой, зубами (греч. habto – схватывать, захватывать).

2. ***Гигрические галлюцинации*** – мнимое ощущение при-

сутствия на поверхности тела воды, другой жидкости в виде капель, потеков (греч. gygros – жидкий, влажный).

3. ***Стереогностические галлюцинации Равкина*** – мнимое ощущение присутствия в руке какого-то предмета, например спичечного коробка, стакана, сигареты (греч. stereos – пространственный, твёрдый; gnosis – знание, познание). При закрытых глазах расстройство не корригируется.

4. ***Собственно тактильные галлюцинации*** – мнимое ощущение присутствия на поверхности тела, под кожей каких-то предметов, живых существ (лат. tactilis – осязательный). Так, пациент чувствует, что под кожей его ладоней находятся монеты разного достоинства. Другой пациент ощущает присутствие под кожей множества движущихся в разных направлениях «аскарид» различной величины. В тех случаях, когда мнимые ощущения касаются живых существ, расстройство обозначается и как бред кожных паразитов, а также наружная зоопатия. Кроме того, тактильные галлюцинации нередко ощущаются как мнимое прикосновение к телу, поглаживание, обнимание, дотрагивание до волос, ушей и др. Кокаиновым психозам свойственны мнимые ощущения присутствия под кожей кристаллов, мелких живых существ ***– симптом Маньяна.***

5. ***Температурные*** или ***термические галлюцинации*** – мнимое ощущение присутствия на поверхности или под кожей какого-то горячего, обжигающего или, напротив, очень холодного предмета, например раскаленной нити, горчич-

ника, кусков льда или снега. Точно так же расцениваются мнимые ощущения контактов с объектами, имеющими высокую или низкую температуру. Так, пациентка сообщает, что сильно и постоянно мерзнут подошвы ее ног, будто их облепило снегом.

6. ***Генитальные галлюцинации Маньяна*** (1895) – мнимые ощущения манипуляций с гениталиями, которые, уверены пациенты, кто-то производит как в дневное время, так и по ночам, во время сна. Могут дополняться другими половыми ощущениями, в том числе ощущениями раздражения иных эрогенных зон (поцелуями и др.). Чаще наблюдаются у женщин. Иногда сопровождаются бредом изнасилования.

7. ***Ротоглоточные галлюцинации*** – мнимые ощущения присутствия во рту инородных предметов, например волос, что наблюдается при отравлении тетраэтилсвинцом.

5.6. Висцеральные галлюцинации – ощущения из внутренней среды организма с предметным характером (лат. viscera – внутренности). Внешние впечатления проецируются при этом на область интерорецепции, что указывает на расстройство самоосознавания: впечатления из внеличностной области воспринимаются как локализованные во внутриличностном пространстве.

1. Чаще это ***внутренняя зоопатия*** – ощущение присутствия в теле инородных объектов, в том числе разных по размерам живых существ. Так, пациент сообщает, что в канал его полового члена проникли «два микроба». Они «ше-

велят жгутиками, перемещаются, поднимаются вверх, в сторону желудка». Другой пациент ощущает присутствие в желудке щенят. Щенята шевелятся, царапают стенки желудка когтями, слышится их писк. Когда они сильно беспокоятся, он знает, что «они хотят есть, я покупаю молоко, печенье, кормлю их». Больная жалуется, что в животе, груди и уже в голове находится множество червей. Они ползают, передавливают сосуды, нарушают работу внутренних органов. Висцеральные обманы обычно сопровождаются бредом одержимости. Пациент утверждает, что на покосе, когда он спал, в него вползла змея. За помощью обратился к хирургам, те инсценировали операцию удаления змеи, затем показали её. Радость пациента длилась недолго. Спустя 3 суток он заявил, что «змею вытащили, а змеёныши остались». Расстройство называют также интероцептивными галлюцинациями, галлюцинациями общего чувства.

2. ***Галлюцинации трансформации*** или ***энтероцептивные галлюцинации*** – разновидность висцеральных обманов, в которых пациенты ощущают обычно болезненные изменения своих внутренних органов, головного мозга: их уменьшение, увеличение, деформацию, исчезновение, перемещение в другое место. Например: «Бог раскрыл мне череп, высушил мозги. Их теперь у меня нет, остались только мысли… Спались легкие… Слипся кишечник… Расплавился мозг… Сморщился желудок… Сердце переместилось в другую сторону… Оторвался желудок, он упал в таз».

3. ***Висцеральные термические галлюцинации*** – мнимое ощущение наличия неких горячих или холодных объектов в тех или иных полостях тела, во внутренних органах (Нарбутович, 1959).

4. Описаны интероцептивные ***психомоторные буквенные галлюцинации*** (Щербак, 1908) – это мнимые ощущения наличия букв в голове, горле. Буквы ощущаются при этом как некие предметы. Такие обманы встречаются также при психических припадках височной эпилепсии.

5.7. ***Двигательные галлюцинации*** (моторные, психомоторные, кинестетические) – мнимые ощущения движения тела, отдельных его частей. Например, пациенты чувствуют, как сжимаются в кулаки их руки, челюсти, высовывается изо рта язык, поворачивается вокруг оси тело, перекашивается лицо и др. Больной ощущает, как его голова поворачивается в одну сторону, тело – в другую, а ноги выворачиваются пятками вперед. Больная сообщает, что иногда раздвигаются в стороны ее ноги, хотя они остаются в покое. Делириозные пациенты ощущают, что идут, бегут, поднимаются в гору, перешагивают препятствия и др., в то время как на самом деле они лежат в постели или даже фиксированы в лежачем положении.

Известны также ***кинестетические вербальные*** и ***кинестетические графические галлюцинации.*** В первом случае пациенты ощущают мнимые, речевые движения артикуляционного аппарата, во втором – мнимые движения, как

бы производимые во время письма, рисования. Нередко подобные двигательные обманы сопровождаются ощущением внешнего или внутреннего принуждения это делать. Речевые и графические галлюцинации не следует смешивать с насильственной речью и письмом. В первом случае пациентам лишь кажется, будто они говорят или пишут, во втором они действительно говорят и пишут, подчиняясь какой-то силе извне. Например, больная пишет некие тексты, повинуясь какой-то «силе» со стороны. Она думает, что ее рукой «водит бог». Во время самого письма она совершенно «не думает», не понимает значения написанного ею. Лишь позже, читая этот текст, она вникает в его содержание. О том же рассказывает известный мистик м-м Блаватская: свои «священные» тексты она писала «под влиянием свыше».

5.9. Вестибулярные галлюцинации (галлюцинации равновесия, галлюцинации статического чувства) – обманы восприятия о положении тела или его частей в пространстве. Так, при ходьбе пациенты чувствуют, что теряют вдруг равновесие, отчего нарушается ходьба. Они шатаются, их тело бросает из стороны в сторону, иногда так, что они ударяются о стены. Данное нарушение, иногда включают в сенестезии – группу разных по генезису расстройств координации и статического чувства.

Иногда возникает мнимое ощущение подъема тела вверх или падения его вниз. Пациенты сравнивают это нарушение с ездой в скоростном лифте или полетами в самолете. В нор-

ме подобные ощущения многие люди переживают в сновидениях. Встречаются психомоторные эпилептические припадки со статическими галлюцинациями. Психотические пациенты нередко ощущают полет, парение в состоянии невесомости, увеличение или замедление скорости движения своего тела. Иногда им кажется, будто их тело кувыркается, вращается, летит с невероятной скоростью, движется спиной назад, ногами вверх.

5.10. Соматосенсорные галлюцинации – мнимые ощущения изменения своего тела в виде удвоения или удвоения его отдельных частей, а также в виде превращения собственного тела или какой-то его части в некий другой объект. Различают ряд вариантов таких галлюцинаций.

1. ***Симптом двойника Гиляровского*** (1922) – все тело либо отдельные его части кажутся пациентам удвоенными, причем соответствующий дубликат воспринимается ими как находящийся где-то рядом. Пациентам он как бы мешает, беспокоит, отчего они пытаются от него избавиться, например оттолкнуть от себя подальше. Описан при сыпнотифозном делирии.

2. ***Симптом галлюцинаторного двойника Антона*** (1893) – видение лежащего рядом с собой собственного двойника. Симптом описан у пациента, страдавшего левосторонним очаговым поражением головного мозга.

3. ***Симптом третьей руки Антона*** (1899) – мнимое ощущение третьей, «чужой» руки. Симптом описан при па-

ратемпоральном опухолевом поражении.

4. ***Зооантропия*** – мнимое ощущение перевоплощения в тело другого живого существа: кошку, собаку, корову, волка и др. (соответственно галеантропия, киноантропия и т. п.). Встречается у детей при игровом перевоплощении, у пациентов с синдромом «одичания», бреде апперсонализации и др.

5. ***Галлюцинация трансформации тела*** – мнимое перевоплощение собственного тела в какой-нибудь неодушевленный объект, например стол, книгу, сигарету. Так, пациент ощущает себя превратившимся в легковую машину с ковшом экскаватора. Нормальное ощущение тела при этом исчезает. Данный феномен возникает двумя путями. В первом из них пациенты ощущают, будто их душа или сознание покидает их тело и вселяется в различные неодушевленные предметы, каковыми пациенты себя и ощущают. Во втором внешние впечатления проецируются на соматосенсорную сферу в результате нарушения самовосприятия.

6. ***Иллюзорно-галлюцинаторные ощущения Боголепова*** (1963) – мнимое ощущение превращения парализованной конечности в живое существо, инструмент или аппарат. Описаны при очаговых органических повреждениях головного мозга.

6. Отдельные виды галлюцинаций. Представим описание ряда галлюцинаций по их клинико-психопатологическим характеристикам.

1. ***Функциональные галлюцинации*** возникают параллельно с адекватным восприятием реальных объектов. Модальность мнимых образов большей частью совпадает с таковой наглядных образов. Встречаются акустические и оптические функциональные галлюцинации. ***Акустические функциональные обманы Кальбаума*** (1866) – восприятие дополнительных звуков, обычно речевых образов, конфигурация которых аналогична реальным слуховым образам. Так, в такт тиканью часов больной слышит: «Оденься, разденься, оденься, разденься…». В поезде под стук колес пациенту отчетливо слышится: «Кто ты, что ты, кто ты, что ты…» Или: «Вот пуля пролетела, и ага, вот пуля пролетела, и ага…» Последний пациент из-за этого прекратил ездить поездом, летает только на самолете. ***Оптические функциональные галлюцинации*** – появление видения одновременно с реальным наглядным образом. Например, больная одновременно видит и солнечный диск, и «мордочку медвежонка с глазами, носом и двумя ушами».

Функциональными являются, по-видимому, ***дополнительные галлюцинации***, возникающие в иной, нежели стимул, модальности или имеющие иную проекцию и локализацию. В. А. Гиляровский (1938) описал феномен, в котором пациент одновременно с восприятием реальной речи, пения, музыки слышал то же самое также в груди, животе, голове. Одновременно с реальной акустической или оптической стимуляцией могут возникать тактильные или зрительные гал-

люцинации, в чём-то подобные реальным стимулам. А. Крамер (1889) описал ***рефлекторные кинестетические галлюцинации*:** пациент слышит ***реальную*** речь и одновременно с этим чувствует непроизвольные движения своего речевого аппарата, повторяющего эту речь. М. И. Рыбальский в качестве рефлекторных описал ***синестезические галлюцинации***: при вспышке света пациент слышит мнимый голос, а при восприятии музыки ему представляется мнимый образ женщины.

Вероятно, в основе развития функциональных (дифференцированных) галлюцинаций лежат те же механизмы, что и при синестезии.

2. ***Рефлекторные галлюцинации*** (Кальбаума, 1886) – галлюцинаторная имитация реального стимула в иной модальности ощущения. Так, больная сообщает: «Слышу стук, кашель, скрип двери – и то же самое отдается в груди: будто там стукнуло, скрипнуло, кашлянуло». Другая больная говорит: «Щелкаю выключателем, и в голове у меня будто щелкает что. Или крикнет кто, а в голове слышится как бы отзвук». Часто галлюцинаторная имитация напоминает или представляет сенестопатические ощущения (подробнее об этом см. в нарушениях самовосприятия, апперсонализация). Иногда встречаются ***отставленные рефлекторные галлюцинации***, они возникают спустя некоторое время после воздействия соответствующего стимула. Например, больная увидела разбитое стекло, а позже почувствовала, будто в ее

животе находятся осколки стекла. Утром она пролила керосин, а к обеду ей показалось, будто она «вся пропитана керосином», ощущала исходивший от нее запах керосина.

3. ***Гипнагогические галлюцинации*** (Моро де Тур, 1845; Маури, 1878) – обманы восприятия, возникающие во время засыпания – в первую-вторую фазы медленного сна (греч. hypnos – сон, agogos – вызывающий). Часто пациентам кажется, что они ещё бодрствуют – «не спят, а только закрывают глаза». Некоторые пациенты засыпают при еще открытых глазах. Как правило, пациенты различают сновидения, явления образного ментизма от гипнагогических галлюцинаций. Особенно часто наблюдаются зрительные, тактильные, слуховые обманы, могут быть двигательные и иные галлюцинации.

Иллюстрации. 1. Больная рассказывает, что однажды, едва она вошла в кабинет врача, из нее «вырвался фонтан крови, так что кровью забрызгало пол и стены кабинета». Выяснилось, что в это время она «прилегла вздремнуть», но еще «не спала». 2. Пациент сообщил, что вечером лег спать и увидел, что дверь в его дом отворилась. Вошли знакомые, принесли водки. Все сели за стол, пили, говорили. Все это длилось, по его словам, несколько часов. Проснувшись утром, он долго не мог понять, что же произошло. 3. Пациент, засыпая, почувствовал, что его жена вся покрыта шерстью. Он тут же проснулся и понял, что это ему показалось. 4. Больная «закрыла глаза и увидела над своей головой ве-

ничек, он помахивал, как колокольчик». 5. Больная, засыпая, увидела «дверь, такую же, как в старинном замке. В голове пустота, никаких мыслей, все сознание было заполнено этой дверью». 6. Больная «перед сном увидела бассейн, ступеньки в него, вместо воды там песок. Я иду по песку, дохожу до середины бассейна, а там песок осыпается, как в воронку. Меня затянуло по самую шею. Подумала: как это люди купаются тут, ведь это опасно. За себя мне почему-то страшно не было». Гипнагогические обманы восприятия на редкость многообразны. Вероятно, не случайно. Как рассказывают исследователи, именно в это время появляются свежие, оригинальные мысли. Приведем поэтому еще несколько наблюдений: «Закрываю глаза, не сплю еще и вдруг слышу, как открывается дверь и кто-то входит в дом. Снимает сапоги и идет, шаркая по ковру, в мою сторону. Останавливается, идет дальше. Я открываю глаза – никого нет. Закрываю, опять слышатся шаги. Это, понимаю, какое-то существо. Оно подходит, ложится в постель рядом со мной, дышит. Проверяю – никого нет. Закрываю глаза и отчетливо слышу, что оно дышит рядом со мной… Только вздремну, как слышу хохот, хихиканье, чьи-то шаги. Потом слышу, что идут люди. Идут колоннами. Они перешагивают порог и тут останавливаются. И такое длится, кажется мне, часа четыре… Я еще не спала, расслабилась только. Вдруг вижу, что передо мной стоит покойник. Он смотрит на меня и улыбается. Вижу его в какой-то дымке, но вижу хорошо, различаю

все детали. Потом слышу, как он говорит мне: как же это я приду туда, в твой мир, ведь я нахожусь совсем в другом мире. А я вижу и слышу его внутренними глазами и внутренними ушами». Подобные галлюцинаторные сюжеты называют также сновидным бредом – ***ониризмом.*** Критическое отношение к гипнагогическим обманам восприятия может отсутствовать даже спустя длительное время.

4. ***Гипнопомпические галлюцинации*** – обманы восприятия, возникающие во время пробуждения от сна в заключительных медленных фазах последнего (греч. hypnos + pompos – сопутствующий). Феноменологически сходны с гипнагогическими галлюцинациями. Обманы восприятия при пробуждении от сна пациенты в большинстве своём отличают от нормальных сновидений. Гипнопомпических явлений образного ментизма при пробуждении от сна, по-видимому, не наблюдается вообще, как и ониризма. Особенно часто гипнопомпические обманы восприятия бывают связаны с состояниями паралича сна.

Некоторые аномальные сновидения обладают значительным сходством с галлюцинациями или даже идентичны последним, особенно если пациенты, просыпаясь под впечатлением последних, ведут себя точно так же, как и больные с галлюцинациями. В тех нередких случаях, когда аномальные сновидения приобретают все признаки галлюцинаций, удается установить, что это происходит, скореее всего, во время глубокого медленного или даже парадоксального сна.

5. ***Викарные галлюцинации*** (Гиляровский, 1936) – обманы восприятия в том органе чувств, который компенсирует имеющийся дефект чувствительности. Так, слепой пациент уверяет, что «застукал» неверную жену «наощупь». У глухонемого пациента возникают видения человека или людей, которые жестами «говорят» о нем что-то неприятное.

6. ***Гипнические галлюцинации*** – галлюцинации, возникающие в состоянии изменённого сознания – во время сна. Большинство гипнических обманов восприятия, вероятно, тождественна анормальным сновидениям. Предположительно, в большинстве случаев гипнические галлюцинации появляются в фазе быстрого сна.

7. ***Галлюцинации Ш. Боннэ*** (описаны в 1769 г.; название предложил в 1938 г. Ж. де Морсье) или «старческие галлюцинации» – обманы зрения у пациентов с нарушениями периферического отдела зрительного анализатора, такими, как катаракта, глаукома, отслойка сетчатки, травматические повреждения хрусталика, повреждения зрительных нервов, операции на глазных яблоках и т. п. (Рончевский, 1933; Гиляровский, 1949; Попов, 1941; Штернберг, 1960). Это единичные или множественные видения живых существ, обычно бесшумных и безмолвных, чаще всего подвижных и сменяющих друг друга, не имеющих какого-то личного значения, большей частью окрашенных в разные цвета и воспринимаемых с ощущением внешней их проекции. В случаях, если сознание пациентов не нарушено, они вполне критичны

к обманам своего зрения. Если же сознание нарушается, а это происходит большей частью в ночное время, понимание болезненности галлюцинаций утрачивается.

Вот описание самого Ш. Боннэ галлюцинаций, наблюдавшихся у 89-летнего деда французского философа: «Шарль Люлен, полный здоровья…при абсолютном бодрствовании, независимо от всякого впечатления извне замечает время от времени перед собой фигуры мужчин, женщин, птиц, экипажи, здания и т. д. Он видит, как эти фигуры совершают различные движения – приближаются, удаляются, убегают, величина их уменьшается и увеличивается, видения вновь возникают, он видит, как здания поднимаются на его глазах… обои квартир кажутся ему неожиданно меняющимися, они покрываются картинами, представляющими различные пейзажи… мужчины и женщины не разговаривают, и никакой звук не касается его ушей… Но очень важно заметить, что старик не принимает свои видения… за реальность… Он не знает, в какой момент какое видение представится ему. Видения начинаются в августе, чтобы окончательно прекратиться в сентябре, за исключением «голубых платков», которые длятся до конца, «голубые платочки» маленькие…, когда он смотрит на стол, за которым ест. Они становятся большими…когда он смотрит на фонтан… (Они) перемещаются вместе со взглядом, тогда как люди и предметы независимы от движения глаз. Люди иногда бывают маленького роста, иногда бывают высокими. Наконец, у него бывают ауто-

скопические явления: его двойник, «курильщик», регулярно появляется каждое утро в тот момент, когда Люлен курит свою трубку». В своем дневнике пациент отмечает, что видения появляются, когда он стоит или сидит, они бывают у него только слева, при повороте взора вправо и при закрытых глазах исчезают.

Акустический вариант галлюцинаций Боннэ описал Е. А. Попов (1956). Такие галлюцинации возникают при различных заболеваниях, которые ведут к снижению и утрате слуха (хронические отиты, отосклероз, неврит слухового нерва, повреждение аппарата улитки и даже серные пробки). Слуховые галлюцинации отражают актуальные для пациентов переживания. Бредовых интерпретаций, как правило, не наблюдается, нередко пациенты вполне критичны к обманам слуха.

Существуют, повидимому, иные сенсорные варианты галлюцинаций Боннэ, например, обонятельные, вкусовые и т. д. В развитии галлюцинаций Боннэ некоторую роль играет повреждение рецепторов или их гиперстимуляция. Установлено, однако, что эта роль в лучшем случае является дополнительной, как бы патопластической или провоцирующей. В конечном счете не она определяет факт появления галлюцинаций, как это утверждалось ранее периферической теорией галлюцинаций. Значительно более важной является роль сенсорной депривации. Как показано в ряде экспериментов, сенсорная депривация у всех подвергшихся опытам здоро-

вых в психическом отношении добровольцев влечет развитие разнообразных психических нарушений, в том числе и галлюцинаций в течение первых 2-3-х суток.

8. ***Педункулярный галлюциноз Лермитта*** (1922) – обманы восприятия, возникающие при органическом поражении в области мозговых ножек и четвертого желудочка мозга, которое может быть связано, в частности, с недостаточностью вертебробазиллярного кровоснабжения, черепно-мозговыми травмами. Галлюцинации возникают обычно в сумерках, в вечернее время или в предрассветные часы, при закрытых глазах. Это кратковременные зрительные обманы, которые распределены по всему полю зрения. Часто сочетаются с тактильными галлюцинациями и никогда – с акустическими. Содержанием обманов являются видения змей, птиц, животных, других зоопсий. Видения подвижны, красочны, микроскопических размеров. Эмоционально они нейтральны или даже приятны, могут вызывать реакцию любопытства, ощущения их враждебности не бывает. Мнимые образы воспринимаются на небольшом отдалении (до 1–2 метров), справа или слева и на уровне глаз, с восприятием реальных объектов они не связаны. При ненарушенном сознании пациенты вполне критичны к обманам восприятия, однако критическое отношение может исчезать при появлении спутанного сознания. Некоторые авторы отождествляют педункулярные галлюцинации со снами «наяву» или связывают их появление с определенными фазами сна.

Иллюстрации. 1. Пациент ближе к ночи в правом поле зрения в метре от себя видит мелких животных наподобие хомячков белого цвета, которые пробегают мимо него. Видения не сопровождаются звуками, продолжаются не более 2–3 минут. 2. Пациент при пробуждении от сна, а также в сумерках видит в полуметре от своих глаз «маленьких чертей и ангелов». Видения рельефны, трехмерны, стереотипны, длятся около минуты. «Черти» видятся слева, «ангелы» – справа. Оба пациента хорошо понимают факт галлюцинации, относятся к нему спокойно.

9. ***Вербальный галлюциноз Плаута*** (1913) – гиперакузические вербальные галлюцинации, возникающие при сифилисе головного мозга. «Голоса» могут быть оглушающе громкими. Иногда сопровождаются бредовыми интерпретациями, утратой критического отношения к обманам восприятия и нарушениями поведения. Возможно появление спутанности сознания с психомоторным возбуждением.

10. ***Зрительный галлюциноз ван Богарта*** (1945) – зрительные, а также слуховые обманы восприятия, возникающие при лейкоэнцефалите, в частности, после прививок. Заболевание протекает с лихорадкой, сонливостью, появлением афазии, аграфии, разнообразных экстрапирамидных гиперкинезов, развитием прогрессирующего мнестико-интеллектуального снижения, а в терминальной стадии – оглушения сознания и явлений децеребрационной ригидности. В начале заболевания наблюдаются повышенная сонливость,

а также припадки нарколепсии. Галлюцинации возникают в промежутках между приступами нарколепсии. Это множественные цветные зоопсии, а также слуховые галлюцинации. К ночи могут возникать делириозные состояния с психомоторным беспокойством пациентов.

11. ***Хронический тактильный галлюциноз Берса-Конрада*** (1945) – мнимые ощущения мелких кожных паразитов, локализуемые пациентами по всему телу или в отдельных участках тела и сопровождающиеся бредовыми идеями заражения и кожных паразитов. Возникает в рамках пресенильного психоза. М. И. Рыбальский, ссылаясь на работу Л. М. Анашкиной (1976), сообщает об органическом тактильном галлюцинозе, когда пациенты ощущают присутствие на коже, внутри кожи или под нею различных мнимых объектов и воздействий (монет, кнопок, наэлектризованной одежды, тепловых лучей, спиралей, червей, насекомых и т. п.).

12. ***Оптико-кинестетические галлюцинации Берце*** (1923) – оптические обманы, когда пациентам видятся светящиеся тексты, которые «пишутся» чьей-то невидимой рукой на плоской поверхности. Описаны при алкогольном делирии. Аналогичные обманы зрения описал J.Seglas (1914). Его пациенты видели слова, тексты, написанные на стене, в пространстве, на облаках. Они могли их прочесть. Галлюцинации имели значимое для пациентов содержание.

13. ***Галлюцинации Пика*** (1909) – экстракампинные оптические обманы с некритическими видениями людей, кото-

рые проходят «сквозь стены» и потом передвигаются за ними. Сами стены при этом «изгибаются» и «смещаются». Одновременно при этом выявляются диплопия, нистагм. Расстройство описано при повреждении мозга в области дна четвертого желудочка.

14. ***Хронический галлюциноз Суханова*** (1914) – стойкий вербальный галлюциноз обычно бытового содержания, существующий на фоне прогрессирующего мнестико-интеллектуального снижения. Галлюцинации в дальнейшем могут приобретать фантастическое содержание и сопровождаться бредовыми интерпретациями. С. А. Суханов рассматривает расстройство как сборное, свойственное психозам разной и множественной этиологии, в том числе обусловленное недостаточностью мозгового кровоснабжения. Некоторые авторы считают обоснованным факт такого галлюциноза при церебральном атеросклерозе (Фрумкин, 1957; Штернберг, 1969).

15. ***Обонятельный галлюциноз Габека*** (1965) – изолированные обонятельные галлюцинации органической этиологии у пациентов старше 40 лет. Пациенты утверждают, что являются источником неприятного запаха, который, как они полагают, замечают и окружающие их люди. Возникающие при этом сенситивные идеи отношения сопровождаются подавленностью, чувством отверженности, суицидальными тенденциями. Нередко выявляются также сенестопатические ощущения, отдельные тактильные обманы.

16. ***Обонятельный галлюциноз Шахматова*** (1972) –

обонятельные галлюцинации неприятного характера, воспринимаемые пациентами вне себя и возникающие в контексте бредовых идей отравления. Типично защитное поведение пациентов, возможны акты агрессии против «отравителей». Описан при поздних функциональных психозах. Развитие деменции не характерно.

17. ***Периодический галлюциноз Шредера*** (1926) – галлюцинации, возникающие одновременно с маниакальными и депрессивными фазами психоза и принимающие иногда форму галлюцинаторных фаз психоза. Описан как вариант течения маниакально-депрессивного психоза. У. Х. Петерс (1977) рассматривает расстройство как аналогичное циклоидным психозам.

18. ***Резидуальный галлюциноз Альцгеймера*** (1913) – остаточные (после окончания галлюцинаторно-бредового психоза) обманы восприятия, в основном акустические (лат. residuus – оставшийся, сохранившийся). Бредовых интерпретаций не наблюдается, пациенты критичны к галлюцинациям, в поведении, как правило, адекватны.

19. ***Галлюциноз сенестопатический рефлекторный*** (Кузнецов, 1968) – циклически возникающие, связанные с акустической и оптической стимуляцией тягостные сенестопатические ощущения. Типичны длительность течения, стереотипность проявлений, отсутствие бредовой интерпретации. Расстройство чаще наблюдается при токсико-инфекционных и соматогенных психозах.

20. ***Галлюцинации воображения Дюпре*** (1905) – разновидность психогенных галлюцинаций, связанных с ситуациями длительного стресса. Содержание обманов восприятия отражает длительно вынашиваемые в воображении идеями. Особенно легко развиваются у детей и пациентов с болезненно обостренным воображением. В формировании обманов восприятия значительную роль играют нарушения самовосприятия, поскольку пациенты склонны отождествлять воображаемое и реальное. В. А. Гиляровский называет такие галлюцинации *идеогенными*. Например, пациент, болезненно остро переживающий свой физический недостаток, часто представляет себе негативную реакцию окружающих людей на свое «уродство». Ему представляется, что люди выказывают отвращение, отворачиваются от него, обмениваются нелестными для него репликами, обзывают его, смеются над ним и т. д. Время от времени, особенно когда пациент бывает на улице, в окружении людей, он отчетливо слышит воображаемые им до этого обидные, уничижительные слова: «Смотрите, какой урод… Ну и урод, горбун… Какое страшилище… Настоящий Квазимодо…» Близки к ним ***«параноические рефлекторные галлюцинации воображения»***, описанные Завилянским и соавт. (1989). Это визуализированные образы представления с отчуждением их от личности и проекцией вовне. Галлюцинации отрывочны, нестойки.

Известны, наконец, ***параноические галлюцинации воображения*** Г. К. Ушакова (1971), свойственные параноиче-

ским психопатам и пациентам с паранойяльными состояниями различного генеза. Визуализированные представления обладают при этом всеми признаками галлюцинаций. Тем не менее они отличаются фрагментарностью, нестойкостью, близостью содержания фабуле паранойяльных построений.

21. ***Аффектогенные галлюцинации*** – обманы восприятия разной модальности, возникающие в ситуации острого стресса. Содержание галлюцинаций психологически понятно, они имеют заместительный характер, как бы скрывающий тяжелую личную потерю. Длительность галлюцинаций – дни, недели. Галлюцинации относительно нестойки, в течение суток то появляются, то исчезают с восстановлением критического к ним отношения. Так, молодая женщина после смерти единственного ребенка в течение двух недель находилась в психотическом состоянии. Днем, чаще вечером она видела свою дочь, слышала ее речь, заплетала ей волосы, обнимала, целовала, собирала в школу, встречала по возвращении домой и т. п. В воображении больной все происходило точно так, будто ничего не случилось и все осталось по-прежнему. Психогенные галлюцинации аналогичного типа встречаются и в переживаниях эндогенных пациентов. Так, больной шизофренией, жена которого неожиданно умерла, видит ее живой, слышит ее голос. Он думает, что своими усилиями сумел ее оживить. В подобных случаях также очевидна роль нарушений самовосприятия, так как желаемое пациенты принимают за факты реальности. Обо-

значение аффектогенных галлюцинаций истерическими является некорректным, так как подлинное значение термина «истерия» постоянно вызывает острые дискуссии и перегружено негативными коннотациями.

22. ***Ассоциированные галлюцинации Сегла*** (1888) – обманы восприятия, возникающие в определенной последовательности под воздействием галлюцинаторого внушения. Так, «голос» объявляет о каком-то предстоящем явлении, и оно действительно возникает, представленное в галлюцинациях разной модальности. Например, «голос» говорит больному шизофренией, чтобы тот шел в туалет, там он увидит обладателя голоса в виде черта. Пациент отправился в туалет и там в самом деле увидел последнего. В другой раз «голос» заставил таким же образом увидеть себя на экране телевизора в облике человека. Иногда «голос заставляет потрогать себя», и пациент ясно ощущает некое существо, покрытое шерстью. В другом наблюдении «голос колдуньи» описывает, как она выглядит. По мере этого описания пациент сначала увидел глаза, голову, туловище, руки и, наконец, колдунью целиком.

23. ***Комбинированные галлюцинации*** – комбинации галлюцинаций разной модальности, объединенные неким общим сюжетом. Одним из известных вариантов расстройства являются *синестезические галлюцинации* Майер-Гросса (1928). Например, больной видит мнимых людей и одновременно воспринимает мнимую их речь, видит мнимый цве-

ток и в то же время ощущает мнимый его запах. Или делириозный пациент видит мнимую книгу, затем видит мнимый текст и будто бы читает его вслух, обнаруживая тем самым речедвигательные галлюцинации. Оказалось, что делирий пациента был профессиональным.

24. ***Индуцированные галлюцинации*** – обманы восприятия, возникающие под влиянием прямого или косвенного внешнего внушения. Известно несколько вариантов этого расстройства.

1) ***Симптом Липмана*** (1895) – при надавливании на закрытые глаза у пациентов в начале алкогольного делирия и перед его окончанием возобновляются зрительные галлюцинации, близкие по своему содержанию таковым на высоте психоза. Сам Липман, по-видимому, внушение не применял. Модификация симптома с использованием прямого внушения принадлежит другим авторам.

2) ***Симптом Ашаффенбурга*** (1912) – пациенты с алкогольным делирием, если их попросить поднести к уху отключенную от сети телефонную трубку, могут услышать речь мнимого абонента и завязать с ним диалог.

3) ***Симптом Рейхардта и Ригера*** (1906) – пациенты с алкогольным психозом, если их попросить прочесть написанное на чистом листе бумаги, могут увидеть мнимый текст и читать его вслух. Они же могут увидеть на этом листе какие-нибудь картинки, если соответствующим образом изменить формулу внушения.

4) ***Симптом Пуркинье*** – при надавливании на закрытые глаза пациенту с алкогольным делирием он может увидеть яркие красочные фотопсии.

5) ***Симптом Бехтерева*** (1897) – по выходе пациента из алкогольного делирия, когда симптом Липмана уже не вызывается, легкое надавливание на веки его закрытых глаз и внушение какого-нибудь видения в определенном участке поля зрения приводят к появлению соответствующей галлюцинации.

6) ***Симптом Осипова*** (1916) – если пациенту с алкогольным делирием внушить, что ему вложили в руку некий предмет, сжать после этого его кисть в кулак, то он может почувствовать, что в этой руке и в самом деле находится какой-то предмет, и пытаться угадать, какой именно.

7) ***Симптом Попова*** (1941) – если пациенту с алкогольным делирием внушить, что предъявленный ему лист белой бумаги окрашен в определенный цвет, то пациент увидит бумагу соответствующего цвета. Этот симптом отличается от прочих тем, что внушение приводит к появлению не галлюцинации, а колорической иллюзии.

8) Установлено, кроме того, что обманы восприятия, а также отрицательные галлюцинации могут возникать в состоянии гипнотического транса как спонтанно, так и под влиянием соответствующего внушения. Такие обманы восприятия называют ***гипнотическими*.** Различают (М. И. Рыбальский):

– гипнотические *сновидения* – «видения», спонтанно возникающие во время гипнотического сна;

– гипнотические *галлюцинации при закрытых глазах*;

– *галлюцинации, внушенные индивиду, находящемуся в состоянии гипнотического сна с закрытыми глазами* ; – гипнотические *галлюцинации при открытых глазах*;

– галлюцинации (и иллюзии), *внушенные индивиду, находящемуся в состоянии гипнотического сна с открытыми глазами*;

– *внушенные обманы восприятия* – иллюзии и галлюцинации, внушенные индивиду, находящемуся в бодрствующем состоянии.

Г. В. Старшенбаум (1976) установил, что гипнотические обманы восприятия обладают всеми признаками, присущими галлюцинациям, такими, в частности, как прозрачность или непроницаемость, локализация во внешнем пространстве или в голове, окраска, сложность, личное значение и мн. др. Галлюцинации могут возникать и под влиянием самовнушения – ***аутосуггестивные галлюцинации.*** Таковы обманы зрения, слуха, других видов чувствительности во время медитации, молитвы, напряженного ожидания чего-либо. Помимо того, давно известны многочисленные факты развития обманов восприятия во время так называемых психических эпидемий. Так в толпе, обуреваемой страстями, нередко возникают одинаковые по содержанию зрительные, слуховые галлюцинации, как бы передающиеся от одного чело-

века к другому.

Общеизвестным является и тот факт, что содержание обманов восприятия зависит от направления умственной деятельности пациентов. Об этом писал в свое время В. Х. Кандинский. Так, во время беседы иногда можно видеть, как «голоса» «вмешиваются» в разговор пациента с врачом. «Голос», например, «подсказывает» пациенту ответы, подправляет их, не разрешает ему сказать что-то свое, как комментирует вопросы врача и т. д. Полностью контролировать содержание обманов восприятия, а главное, направить его в русло, которое было бы более адаптивным для пациента, невозможно. Многие виды галлюцинаций, такие как вкусовые, обонятельные, тактильные, висцеральные, контролю со стороны пациентов практически не поддаются.

25. В некоторых случаях наблюдаются обманы восприятия, разделенные длительными промежутками времени, но тем не менее как бы связанные между собой и более того, развивающиеся в каком-то одном, определенном направлении, – ***продлевающиеся галлюцинации***. Так, больная сообщает: «В ванной, когда я моюсь, стоит мне закрыть глаза, я тотчас чувствую, как мне на спину наваливается что-то огромное, тяжелое, бесформенное, коричневое, мохнатое и злое. Я отчетливо вижу это. Вижу также, как оно выступает сзади в боковые поля зрения. Мне страшно, я наскоро ополаскиваю лицо и выбегаю в комнату. В детстве, когда я делала уроки, мне как-то показалось, что из-за стенки совершен-

но бесшумно выкатилось что-то круглое, коричневое, шерстистое, с веселым, добрым, улыбающимся лицом. Я испугалась, закричала, и оно закатилось обратно. Я думаю, что и теперь у меня продолжается то же, что началось в детстве. Только оно стало огромным и злым». Данный тип галлюцинаций имеет сновидный аналог – по сюжету это одно сновидение, которое растягивается на годы и идёт частями, «сериями».

26. ***Голотимические галлюцинации*** – обманы восприятия, содержание которых всецело зависит от настроения. Например, галлюцинации в депрессии бывают пессимистического содержания, в них звучат чувство вины, тема наказания, отражаются сниженная самооценка или чувство неполноценности. В маниакальном настроении, напротив, преобладают обманы восприятия оптимистического, радостного, восторженного содержания. Чаще, однако, выявляется диссоциация настроения и содержания галлюцинаций, то есть интратрапсихическая диссоциация.

7. Объективные признаки галлюцинаций. Галлюцинации для большинства пациентов являются второй реальностью, нередко более влиятельной, чем сама действительность. Это видно, в частности, по тому, с каким вниманием они воспринимают обманы восприятия, по эмоциональным реакциям, как негативным, так и позитивным. Поведение пациентов часто также определяется содержанием обманов восприятия, порой оно совершенно не сообразуется с ре-

альной ситуацией. Многие пациенты предпринимают разные формы защиты от тягостных, угрожающих для себя мнимых образов: прячутся, сплёвывают, полощут рот, затыкают нос, уши, закрывают глаза и т. д. При слуховых галлюцинациях они вслух разговаривают с «голосами», ругаются, спрашивают, возражают им, совершенно забывая о том, что окружающие люди эти разговоры воспринимают как неадекватные. Последнее, вероятно, обусловлено тем, что, по мнению части пациентов, и другие люди воспринимают то же и должны бы делать то же самое, что и они. Свои болезненные поступки, какими бы странными, опасными они ни были, пациенты большей частью расценивают как вполне адекватное ситуации, не чувствуя при этом ни сомнений и сожаления, ни чувства вины и раскаяния, как если бы их совершал кто-то другой. Под влиянием обманов восприятия пациенты могут совершать социально опасные действия, акты членовредительства, самоубийства. Попытки окружающих удержать пациентов от неправильных действий обычно встречают с их стороны сопротивление, порой агрессию. Многие пациенты, искренне считая, что окружающие люди не могут либо не желают их понять, научаются диссимулировать галлюцинации и свои болезненные побуждения. У пациентов с многолетними галлюцинациями внешние проявления последних могут сглаживаться, исчезать.

8. Метаморфопсия (V.Weizsecker, 1929) – (греч. meta – после, за, между, morphe – форма, вид, opsis – зрение). В оте-

чественной литературе нередко используются термины «нарушение сенсорного синтеза», «психосенсорное расстройство». Включает нарушение восприятия собственного тела, объектов внешнего мира и внешнего пространства, а также времени. Нарушения идентификации воспринимаемых объектов при этом не наблюдается, в отличие от иллюзий. Может быть как стойким, длительным, так и скоропреходящим, возникать в любое время суток или, что случается особенно часто, во время засыпания и пробуждения, часто оно представлено в сновидениях. В большинстве случаев пациенты осознают факт психического расстройства. Реакция на него бывает разной: удивление, недоумение, озабоченность, безразличие. Нередко выражена реакция страдания, особенно если расстройство создает помехи к нормальному функционированию. Явления метаморфопсии часто сопровождаются другими симптомами нарушения самовосприятия, например ощущением нереальности воспринимаемого, чувством отчуждения и т. п.

8.1. ***Аутометаморфопсия*** – расстройство схемы тела, т. е. нарушение восприятия величины, формы собственного тела и отдельных его частей, а также положения тела и его частей в пространстве. Включает ряд симптомов, которые могут комбинироваться друг с другом.

Проявления ***тотальной аутометаморфопсии***:

1. ***макросомопсии*** – ощущение увеличения размеров всего своего тела (греч. makros – большой, длинный; soma – те-

ло). Это ощущение может быть как едва заметным пациентам, так и весьма выраженным, когда собственное тело воспринимается гигантским, невероятно огромным, занимающим собой, например, все пространство большого помещения, но и оно, кажется им, не вмещает всего тела, которое выпячивается через окна и двери. Все части тела при этом воспринимаются увеличенными равномерно. Тело обычно воспринимается как свое собственное. Некоторые пациенты сообщают, что они ощущают его с необычной до этого отчетливостью и так, будто оно стало как бы «ближе к себе», чем обычно.

2. ***микросомопсия*** – ощущение уменьшения размеров своего тела. Ощущение это также может быть едва заметным пациентам, но иногда тело кажется им исчезающе маленьким, «микроскопическим» и при этом удаленным от ощущения внутреннего Я, порой превращающимся в подобие точки. Так, больная во время ходьбы ощущает себя такой «коротышкой», что боится, как бы не удариться головой об асфальт или не утонуть в луже воды после дождя. Иногда пациенты ощущают при этом собственное тело как бы не своим, чем-то для них посторонним.

Проявления ***парциальной аутометаморфопсии***:

1. ***макромелопсия*** – ощущение увеличения размеров одной руки или обеих рук (греч. makros + melos – конечность, часть тела). Бывает, что увеличенной представляется часть руки. Так, пациент при засыпании ощущает увеличенной

кисть правой руки: «Кулак кажется таким огромным, что я опасаюсь, не раздавил бы он меня своей тяжестью»;

2. ***макропедопсия*** (греч. makros + pedis – нога) – ощущение увеличения размеров одной ноги или обеих ног (стопы, стоп);

– ***микротелопсия*** – ощущение уменьшения размеров частей тела (шеи, груди, живота, спины, голеней);

– ***микротелопсия*** – ощущение уменьшения размеров частей тела (шеи, груди, живота, спины, голеней);

– ***макроглоссия*** – ощущение увеличения размеров своего языка (греч. makros + glossa – язык);

– ***микроглоссия*** – ощущение уменьшения размеров своего языка;

– ***макроцефалопсия*** – ощущение увеличения в размерах своей головы (греч. makros + kephale – голова, opsis – зрение). Некоторые пациенты сравнивают несоразмерное с восприятием тела ощущение увеличения головы с головой богатыря из сказки А. С. Пушкина;

– ***микроцефалопсия*** – ощущение уменьшения в размерах своей головы, порой довольно значительного. Е. Блейлер описывает пациента, который долгое время боялся выходить на улицу. Ему казалось, что его голова очень маленькая, размером с просяное зерно. После долгих убеждений он согласился, наконец, что голова у него нормальная. Но на улицу выходить не спешил. Объяснил это так: «Я-то знаю теперь, что с головой у меня все в порядке, но ведь птицы

этого не понимают». Может быть нарушено восприятие формы своего тела, отдельных его частей – ***аутодисморфопсия.*** Тело (части тела) кажутся пациентам диспропорциональными, удлиненными, укороченными, утолщенными, утоньшенными, искривленными. Например, голова кажется «квадратной, вытянутой, сплющенной, в форме яйца», нос – «вытянутым, заострившимся, запавшим, ставшим похожим на картошку», грудь – «впалой, провалившейся», спина – «горбатой», таз – «в форме овала, сжатого с боков» и т. п. Больная с предполагаемым ревматическим психозом рассказывает, что стоит ей закрыть глаза, как она совершенно теряет нормальное ощущение своего тела. Оно представляется ей чем-то вроде лужицы из чернил, которые растекаются по стулу, каплями стекают на пол, а затем расплываются на полу в бесформенное пятно.

При органическом расстройстве дискриминативной чувствительности описан ***симптом Клейна*** (1930): нога на стороне повреждения воспринимается увеличенной в объеме, значительно большей, чем нога, чувствительность в которой сохранена. Наконец, встречается ***контрастная аутометаморфопсия***, когда ощущения увеличения и уменьшения частей тела сочетаются друг с другом.

Нередко нарушается восприятие положения частей тела в пространстве – ***телесная аллестезия***. Например, голова кажется повернутой затылком вперед, ноги – вывернутыми пальцами назад, язык – свернутым в трубочку, руки – нахо-

дящимися за спиной, уши – торчащими «как у зайца». Пациент рассказывает, что при закрытых глазах он чувствует туловище спиной вперед, а голову – повернутой в противоположную сторону. Другой больной говорит, что, закрыв глаза, он ощущает, будто его ноги подняты вверх, они охватывают при этом его шею и завязаны вокруг нее «узелком». Встречается также ***шизосомия*** – расщепление восприятия тела или ***соматопсихическая диссоциация*** (греч. schizo – раскалываю). При этом отдельные части тела ощущаются в разобщении друг с другом: голова воспринимается на некотором отдалении от туловища, «крышка черепа приподнимается вверх и повисает в воздухе», глаза «выходят из орбит и находятся в 10 см впереди лица». При ходьбе кажется, что нижняя часть тела отстает от верхней или движется где-то сбоку. Тело вообще может восприниматься как некий механический конгломерат отдельных его частей, оно представляется склеенным, рассыпавшимся, чем-то похожим на детский домик из кубиков, который в любой момент может развалиться.

Иногда нарушение касается восприятия скорости, плавности и амплитуды движений своего тела или его частей. Так, шаги кажутся пациенту чрезмерно большими, «великаньими» или, напротив, маленькими, «коротенькими», жесты – размашистыми, широкими либо необычно скупыми, как бы неприметными, «умственными». При легком покачивании головы «кажется, что она вот-вот отвалится», руки при

движении «разлетаются в стороны», они не просто дрожат, они будто бы «ходят ходуном». Движения кажутся быстрыми, стремительными или, напротив, замедленными, «черепашьими», хотя объективно они остаются обычными. Некоторые пациенты неадекватные ощущения своих движений как бы не осознают, им кажется, что ускорение или замедление движения свойственно каким-то внешним объектам, другим людям. Иначе говоря, речь идет об отчуждении собственных ощущений, об их внешней проекции или, точнее, о деперсонализации.

Другие пациенты сообщают, что изменение восприятия скорости собственных движений одновременно сопровождается ощущением того, что точно таким же образом меняется скорость движений окружающих людей и/или иных объектов. Это – деперсонализация в виде ***транзитивизма*** – ощущении того, что собственные переживания не отчуждаются, а лишь распространяются на какие-то внешние объекты, в том числе воображаемые (лат. transitus – переход). Как, например, у пациента, который делает зарядку и чувствует, что точно такую же зарядку делают другие люди. Встречаются пациенты с жалобами на то, что они перестали ощущать плавность своих движений, последние кажутся им прерывистыми, толчкообразными.

Может нарушаться восприятие характера движений. Так, описан ***синдром динамических нарушений схемы тела*** (Раздольский, 1935) – клонические судороги конечностей

при эпилепсии Браве-Джексона воспринимаются как круговые, винтообразные движения ими. У некоторых пациентов выявляется нарушение восприятия отношений симметрии. У пациентов в острой фазе органического повреждения головного мозга, а также при очаговом левополушарном поражении иногда выявляется ***симптом Гартмана***, при котором пациенты теряют способность ориентироваться в правом-левом. Аналогичное расстройство характеризует синдром поворота окружающего на 180^0 (см. о нём далее).

Наконец, встречаются расстройства локализации ощущений в собственном теле. Так, при ***тактильной аллестезии*** нарушена способность локализовать тактильные стимулы в конечностях – ***топанестезия*** (греч. topos – место) либо эти стимулы воспринимаются в симметрично точке на другой половине тела – ***аллоэстезия*** или на другой руке – ***аллохейрия*** (греч. allos – другой, cheir – рука). Аналогичное нарушение существует и в отношении боли. Например, зубная боль ощущается пациентом на противоположной стороне челюсти – ***аллоалгия.*** При ***симптоме Минора*** нарушена локализации соматических ощущений, сопровождающих эмоциональные реакции. Так, страх во время припадка эпилепсии локализуется иногда в руке, ноге, языке или глазных яблоках. Некоторые пациенты с депрессией ощущают тоску в бедре, в боку, между лопатками, а тревогу – внизу живота или в области гортани.

2. ***Аллометаморфопсия*** – нарушение восприятия вели-

чины, формы, числа, локализации внешних объектов, их динамических характеристик. Представлена рядом симптомов:

– ***макропсия*** – восприятие окружающих объектов как увеличенных в размерах. Удалённые объекты, сообщают пациенты, они видят более отчётливо, чем обычно, «как в подзорную трубу», но расстояние до них они оценивают адекватно;

– ***микротелеопсия*** – восприятие окружающих объектов как увеличенных в размерах, но расстояние до них пациентам кажется уменьшенным. Так, больная пугается, что приближающаяся машина находится совсем рядом, хотя в действительности она движется на большом отдалении и должна казаться ей маленькой. Или больная садится мимо стула, не дотягивается до предмета, когда пытается взять его в руки. И стул, и предмет кажутся ей расположенными ближе, чем они есть на самом деле;

– ***микропсия*** – восприятие окружающих объектов уменьшенными в размерах, но расстояние до них оценивается адекватно. Некоторые пациенты сравнивают себя с «Гулливером в стране лилипутов», ощущения увеличения своего тела, однако, они не испытывают;

– ***микротелеопсия*** – восприятие окружающих объектов уменьшенными в размерах и одновременно удалёнными. «Вижу всё как в перевёрнутый бинокль…всё куда-то отодвинулось, кажется маленьким». Больная рассказывает: «Бывает, я резко проснусь, открою глаза и вижу, что какая-нибудь

вещь резко удаляется и превращается в точку. При этом я вижу её хорошо, во всех деталях». Другая больная сообщает, что она неоднократно натыкалась на деревья, людей, так как ей казалось, что они от неё всё ещё далеко. Несколько раз из-за этого едва не попала под движущийся автомобиль. Это не навязчивость: страх является понятным и обоснованным. К. Ясперс говорит в таких случаях о «духовной удалённости»;

– ***микротелеоакузия*** – воспринимаемые пациентами звуки кажутся им ослабленными и звучащими издалека. Больная сообщает, что несколько раз из-за этого она «блудила в лесу», так как на ее зов люди откликались как бы с большего расстояния и она не могла определить направление звуков;

– ***макротелеоакузия*** – звуки из окружения пациентов кажутся им более громкими, чем они есть на самом деле, и доносящимися с более близкого расстояния. Повидимому, это то же самое, что и сенсорная гиперестезия;

– ***макроестезия*** – предметы на ощупь кажутся несколько увеличенными, чем они определяются визуально;

– ***микроестезия*** – предметы на ощупь кажутся пациентам уменьшенными в размерах, чем они определяются визуально;

– ***димегалопсия*** – объекты воспринимаются пациентами деформированными, скошенными, перекрученными вокруг оси, изогнутыми, как бы с зубчатыми линиями, диспропорциональными;

– ***диплопия*** – удвоение зрительного восприятия, когда вместо одного наглядного оптического образа в сознании пациентов представлено два совершенно одинаковых. При этом нарушений со стороны глазодвигательных нервов не вывляется;

– ***диплоакузия*** – удвоение слухового восприятия, когда вместо одного акустического наглядного образа в сознании пациентов представлено два совершенно одинаковых образа;

– ***полиопсия*** – расстройство, при котором вместо одного наглядного оптического образа в сознании пациентов представлено три и более идентичных образа. Иногда последние воспринимаются на одной уходящей вдаль линии, и тогда каждый последующий кажется несколько меньшим, чем предыдущий;

– ***полиакузия*** – расстройство, при котором вместо одного акустического наглядного образа в сознании пациентов представлено три и более идентичных;

– ***диплонафия*** – расстройство, при котором вместо одного тактильного наглядного образа в сознании представлено два идентичных тактильных образа;

– ***полинафия*** – расстройство, когда вместо реального наглядного тактильного образа в сознании пациентов представлено три и более идентичных образов;

– ***порропсия*** (греч. porro – далеко, opsis – зрение) – нарушение восприятия перспективы: объекты кажутся удлинён-

ными, а пространство – уходящим вдаль. Дома воспринимаютсяя вытянутыми в длину, улица – уходящей куда-то вдаль. Больная, поднимаясь по лестнице, промахивается мимо ступенек, так как видит их дальше, чем они есть на самом деле, роняет посуду, а не ставит ее на стол, воспринимая его на отдалении;

– ***оптическая аллестезия*** – нарушение способности адекватно локализовать источник зрительных стимулов. Пациенты сообщают: «Свое отражение в зеркале вижу как бы затылком, где-то сзади… Знаю, что этот предмет находится впереди меня, но я вижу его как бы за спиной… Вижу, что человек идет впереди меня, но мне он кажется находящимся где-то справа»;

– ***акустическая аллестезия*** – нарушение способности адекватно локализовать источник слуховых стимулов: «Вижу, что человек впереди, он что-то говорит мне, но его голос слышится позади меня… Свой собственный голос я слышу так, будто он звучит в моей голове… Просигналила машина справа, а увидела я ее слева»;

– ***обонятельная аллестезия*** – нарушение способности адекватно локализовать источник наглядных обонятельных образов: «Чувствую запах бензина где-то внутри себя…запах духов ощущаю в голове».

Нарушение восприятия динамических характеристик объектов проявляется такими симптомами. Во-первых, это восприятие неподвижных объектов движущимися. Так, па-

циент видит, что автомобиль не стоит, а начинает движение и с нарастающей скоростью едет на него, понимая при этом, что это ошибка зрения. В других случаях, напротив, движущиеся объекты воспринимаются как находящиеся в покое. Во-вторых, иногда неверно определяется направление движения объектов. Кажется, например, что машина едет в обратную сторону – задом наперед. Встречаются, в третьих, нарушения восприятия скорости движения объектов. Она кажется замедленной – ***цайтлюпен*** или, напротив, увеличенной – ***цайтрафтер.*** Движение объектов может восприниматься не плавным, а как бы прерывистым, толчкообразным, – ***феномен слежения,*** нередко наблюдающийся при употреблении галлюциногенов.

Наконец, последнее проявление аллометаморфопсии состоит в том, что объекты воспринимаются двумерными, плоскими, как на слайдах, фотографиях. Встречается редко, названия не имеет, является, повидимому, антиподом порропсии.

Заслуживает внимания, что проявления ауто-и аллометаморфопсии могут возникать одновременно – ***амбивалентная метаморфопсия***: «Вдруг комната отодвинулась вдаль, стала маленькой, а окно напротив меня – крохотным. Начали падать боковые стены, они валились к середине комнаты одна на другую. Их было много, я еще подумала, откуда их столько взялось. Моя голова увеличилась, особенно сильно она вытянулась в высоту – где-то до полуметра. Правая ру-

ка увеличилась, стала как надутая и чужая, не моя, она не ощущала боли. Тело уменьшилось, стало как у подростка. И было цвиркание в голове. У меня оно всю жизнь, то есть, то его нет. Была паника, я напугалась до ужаса. Все это длилось минут 10–15. Такое повторялось потом несколько раз». Другая больная рассказывает: «Бывает, проснусь, открою глаза и вижу, как предметы или какой-то один из них приближаются, наезжают на меня, становятся все больше и больше. А случается и наоборот: телевизор, например, удаляется от меня, становится все меньше, превращается в точку, но я все детали его различаю так же четко, как и обычно».

9. Нарушения ориентации в пространстве – синдром поворота окружающего на 180 градусов (Exner, 1914). Возникает при ясном сознании, длится от нескольких секунд до ряда суток. Узнавание объектов при этом не нарушается. Пациентам кажется, будто правая сторона находится слева и наоборот. Расстройство описано в разных его вариантах, в том числе при органических повреждениях головного мозга. Оно может возникать при поражении лобных отделов головного мозга. В этом случае выявляются также другие признаки лобной психики, в частности, нарушения письма, речи, парезы и т. д. При теменной локализации поражения оно сочетается с явлениями аутометаморфопсии, оптической агнозии и симптомами афазии (Гордова, 1940). Нередко при органической патологии выявляются также припадки с психическими нарушениями, в том числе ориентации в простран-

стве.

Особенно тщательно изучил данное расстройство К. Х. Короленок (1945). Он описал также синдром поворота окружающего на 90 градусов с такими его вариантами, как поворот в вертикальной и поворот в горизонтальной плоскостях (1948). В. Х. Короленок обратил внимание и на то, что поворот окружающего на 180 градусов может иногда происходить также в вертикальной плоскости, что некоторые авторы называют оптической аллестезией, миражом зрительного пространства (Герман, Петцль).

В. Х. Короленок различает три основных варианта расстройства: просоночный, ситуационный и припадочный.

В ***просоночном*** варианте нарушение возникает в состоянии неполного пробуждения от сна. 1. Проснувшись, пациент не может сообразить, как ориентировано его тело, в каком месте находятся ноги, с какой стороны кровати стоят тапочки, где лежит одежда, с какого боку расположена входная дверь, соседняя комната, как пройти в туалет. 2. Больная, разбуженная в два часа ночи, поднялась с постели, направилась к двери, но оказалась в другой стороне, у окна. Поняв, что ошиблась, пошла в другом направлении, на этот раз оказалась у комода, в стороне от двери. Она опять изменила направление движения, но цели не достигла. Решила постоять, подумать. В полутьме не могла различить предметы, находившиеся далее 1–2 м от нее. Наконец она «сообразила», куда ей следует идти. Пошла, но вновь оказалась у ок-

на. Осознала, что заблудилась, и совершенно перестала понимать, что и где в комнате находится. Позвала на помощь дочь, та вошла, включила свет, и только после этого всё разъяснилось. Просоночный вариант дезориентации в пространстве генетически связан с нарушениями сна.

Ситуационный вариант нарушения возникает в бодрствующем состоянии, при функционирующем зрении, но только в том случае, если основной ориентир находится вне поля зрения, а пациент представляет место его нахождения в другом месте. Так, пациентка при выходе из кинотеатра оказалась на другой, чем она предполагала, улице. Все окружающее показалось ей странным, чуждым, казалось, что главная улица города находится с правой стороны. Осмотревшись, она обнаружила эту улицу слева, и тотчас же состояние поворота исчезло. Водитель на перекрестке теряется, ему кажется, что нужно повернуть в одну сторону, хотя он знает, что ехать следует в противоположную сторону.

Припадочный вариант расстройства возникает в бодрственном состоянии, в привычной пространственной ситуации, сопровождается чувством «никогда не виденное». Больной рассказал, что в детстве он дважды «заблудился спросонья на печке», а потом и в юношеском возрасте не раз терялся в лесу. В возрасте около 20 лет в течение 10 минут ему казалось, что окружающее повернулось на 180 градусов, при этом всё казалось совершенно незнакомым. Он с трудом и не без помощи окружающих нашел дорогу на за-

вод, где работал. С тех пор такие состояния стали возникать почти ежедневно. Иллюзия поворота наступает и исчезает внезапно. Иногда длится до двух часов и более. Из провоцирующих поворот факторов пациент особенно отметил алкогольное опьянение, движение по улице при искусственном и лунном освещении. Во втором наблюдении внезапно возникающие и столь же внезапно исчезающие состояния поворота длились у пациента до двух месяцев и в знакомом месте сопровождались переживанием дереализации – «никогда не виденного».

Потеря пространственной ориентировки иногда возникает в связи с нарушением топографической памяти: пациент не может разобраться в плане местности, не способен продвигаться по намеченному маршруту – ***симптом Мари*** (1906). Существует, кроме того, расстройство, обозначаемое термином ***атопагнозия***; предполагается, что пространственная ориентировка в этом случае нарушается в силу того, что страдает память на собственные действия – ***апрактамнезия.***

Припадочный тип нарушения ориентации в пространстве, судя по описаниям В. Х. Короленка, нередко сопровождается явлениями «никогда не виденного». Вероятно, последний феномен и является причиной нарушения ориентации, ро крайней мере в части случаев. Описаны психические припадки эпилепсии с нарушениями ориентации в пространстве.

10. Нарушения восприятия пространства и времени. Представление пространства и времени занимают важное место в сознании человека, его мировоззрении. Последнее рассматривается «центром сознания» с фундаментальным его значением для организации мировоззрения человека. Полагают, что именно оно характеризует важнейшие качества личности человека, включает в себя и определяет качество составляющих его элементов, таких, как идеалы, ценности существования, жизненные цели, убеждения, взгляды на происходящее в мире, на цивилизацию, общество и самого себя, на своё место в этом мире, на ролевые предпочтения, побуждения и деятельность. Всё перечисленное связано с представлениями о пространстве и времени. Мировоззрение формируется с раннего детства в ходе взаимодействия индивида и окружающей среды. Психопатология мировоззрения практически не исследована. Окончательно сложившись однажды, радикальным образом оно меняется, повидимому, только по двум чрезвычайным причинам: психиатрическому расстройству либо радикальной смене жизненных обстоятельств. В первом случае возникает ощущение катастрофы, гибели окружающего мира и/или самого себя, во втором – смена идентичности либо сумасшествие.

Представления пространства и времени сосредоточены в той части внутреннего мира, которую обозначают термином внеличностная область. Последнюю образуют психические акты, содержанием которых является всё то, что ин-

дивид воспринимает как внешний мир с такими неотъемлемыми его качествами, как пространство и время. Эти психические акты подвержены ровно таким же преобразованиям, как и психические акты, представляющие собственное Я. Это означает, что психические акты с представительством внешнего мира также могут трансформироваться в бред, обманы восприятия, другие психопатологические феномены, уже упомянутые, но в первую очередь фигурировать в расстройствах самоосознавания. Следует ожидать, что симптоматика расстройств восприятия пространства и времени может быть разнообразной.

Пространство – физический объект, образованный вселенскими потоками информации, вещества и энергии. Это вся Вселенная, от микромира до галактик, она возникла приблизительно 15 миллиардов лет назад. Что было до Большого взрыва, неизвестно, как и то, как долго продлится текущий цикл её существования и чем он сменится.

В обыденном сознании пространство представляется как некий трёхмерный объем, в котором размещаются некие объекты. В зависимости от того, сколько их и как они расположены по отношению друг к другу, конструируется и представление о пространстве. Описывается последнее в терминах типа тесное, просторное, узкое, шарообразное, личное, социальное и т. п. Протяжённость пространства определяются скоростью движения, т. е. временем перемещения от одной точки до другой. Личный опыт может побуждать инди-

вида создавать собственные о нем теории и представления, связанные с принятой на себя ролью или функцией.

Восприятие пространства формируется, повидимому, на основе определённой когнитивной схемы, как, к примеру, и восприятие собственного тела. ***Бытовыми являются такие представления***:

1. пространство есть нечто реальное, существующее в действительности;

2. любое пространство имеет определенные границы и направления;

3. пространство всегда одинаково, оно есть нечто абсолютное и неизменное;

4. пространство существует само по себе, независимо от материальных объектов;

5. существует только одно пространство, а не два или более;

6. качества пространства определяются расположенными в нём объектами и активностью индивида.

Время – объективная категория, воспринимаемая как последовательная конфигурация различных явлений, событий. Можно, вероятно, сказать и так: время есть последовательность явлений пространства. Время и пространство образуют единый четырехмерный континуум происходящих в мире процессов.

Субъективно время переживается следующим образом. Оно не имеет ни начала, ни конца и направлено из прошло-

го по направлению в будущее. Между ними расположено настоящее, измерить которое невозможно, но которое постоянно смещается. Время идет только вперед и никогда – в обратном направлении. Оно течёт плавно и всегда с одинаковой скоростью, но субъективно оно может протекать медленнее или быстрее – в зависимости от концентрации психических актов в единицу времени. Время существует вечно, оно никуда не исчезает, а только трансформируется в прошлое. Бесконечное прошлое, близкое к нулю настоящее и бесконечное будущее всегда отделены друг от друга, их представляют разные психические акты.

На восприятие времени оказывают влияние различные факторы:

1. определенную роль в этом играют, по-видимому, «биологические часы», отсчитывающие биологические ритмы – суточные (циркадианные), месячные, годовые. В основе таких ритмов лежат, как предполагают, биохимические циклы;

2. темп деятельности. А. Н. Шогам (1965), изучая оценку времени пациентами в эксперименте, установил, что депрессивные больные, работая в замедленном темпе, считают, что на эксперимент уходит больше времени, чем на самом деле. Маниакальные пациенты, работающие в ускоренном темпе, напротив, считают, что проходит меньше времени, чем в действительности;

3. число допущенных в ходе деятельности ошибок. Так, согласно экспериментам А. Н. Шогама, олигофрены оцени-

вают ушедшее время в зависимости от числа своих ошибок при выполнении заданий;

4. затраченные усилия. Чем труднее работа, чем больше усилий и энергии она требует, тем длительнее кажется то время, которое на нее уходит;

5. эмоциональное состояние. Напряженное ожидание обычно «удлиняет» время, радость и счастье пролетают в одно мгновенье. В депрессии, состоянии скуки, тревоге и страхе время «тянется» очень медленно, в мании, напротив, оно «летит быстро и незаметно»;

6. количество происшедших или предстоящих событий. Когда этих событий мало, то и времени, кажется, ушло меньше. В сновидениях, когда сновидные образы сменяются очень быстро, все происходит наоборот. Сновидение, длившееся несколько секунд, вспоминается так, будто прошло несколько часов, недель или даже месяцев.

7. возраст. Молодому человеку кажется, что впереди у него очень много времени, идёт оно медленно, всё лучшее ещё впереди, а будущее продлится неопределённо долго. Пожилым людям, напротив, представляется, что основное и лучшее время осталось далеко позади, в будущем его осталось совсем немного, оно едва ли сулит им что-то хорошее и течёт с возрастающей скоростью.

Восприятие пространства и времени в конечном счете суть осознавание определенных конфигураций психических процессов. Однако это не означает, что индивид проециру-

ет свои представления на мир, в котором не существует ни того, ни другого. Когда Кант называет пространство и время их «формами созерцания», он тем самым явно подчеркивает субъективную, пусть и «всеобщую» природу пространства и времени.

1. ***Нарушения восприятия пространства***. В клинической практике наиболее часто встречаются следующие нарушения:

– ***ощущение нереальности пространства***. Пространство, как и все существующее в нём, воспринимается пациентами как фикция, выдумка или сновидение;

– ***разделение пространства на две функционально разные части***. Одна его часть воспринимается как привычная, близкая индивиду, здесь он чувствует себя в безопасности, другая – как отчужденная, неконтролируемая, вызывающая беспокойство;

– ***удвоение пространства***. Например, это реальное пространство и галлюцинаторное пространство, существующее как бы параллельно первому. При этом в мнимом пространстве пребывают столь же мнимые образы, там отсутствуют реальные наглядные образы, представляющие некую действительность. Если наряду с галлюцинациями возникают также псевдогаллюцинации, то пространство бывает представлено сразу тремя его измерениями, так как псевдогаллюцинации помещаются пациентами в особое, психическое пространство. Вот сообщение больного шизофренией: «Вне-

запно пейзаж был словно отодвинут от меня какой-то чуждой силой. Мне показалось, что внутренним взором я вижу под бледно-голубым вечерним небом второе, черное небо, внушающее ужас своим величием. Все стало беспредельным, всеохватывающим… Я знал, что осенний пейзаж пропитало другое пространство – тончайшее, невидимое (хотя и черное), пустое и призрачное. Иногда одно из пространств приходило в движение; иногда оба пространства смешивались». Другой пациент рассказывает, что он видит только пространство между вещами; сами вещи в некоторой степени тоже присутствуют в его сознании, но как бы на втором плане, в другом пространстве. В первую очередь в глаза ему бросается в глаза совершенно пустое пространство;

– нереальность действительного пространства и гиперреализация воображаемого пространства. Например, пациенты ощущают себя в пространстве «рая» или «ада», воспринимая впечатления о реальности как о чем-то несуществующем в действительности и ничего для них не значащем;

– сужение пространства – состояния, в которых пациентам кажется, будто пространство сжалось, сократилось и осталось лишь вокруг них, а за пределами этой узкой сферы ничего больше уже нет: ни объектов, ни самого пространства. Другими словами, те психические акты, в которых последние представлены, не воспринимаются или, точнее, не осознаются. Нечто подобное испытывают, по-видимому, па-

циенты с сумеречным помрачением сознания, для которых все, что выходит за пределы узкого круга воспринимаемого им, как бы не существует вовсе и не оказывает на них никакого влияния;

– ***альтернирующее пространство*** – смена разных состояний, в которых пространство воспринимается по-иному. Днем, рассказывает больная, «я нахожусь в одном мире, а вечером и ночью я оказываюсь будто бы совсем в другом мире, где меня окружает зло». В данном случае происходит смена одного состояния, в котором пространство воспринимается реальным, другим состоянием, в котором доминирует воображаемое пространство;

– ***переживание бесконечного пространства*** – утрата осознавания психических процессов, в которых представлена ограниченность, конечность конкретного пространства. Пациент К. Ясперса сообщает: «Я все еще видел комнату. Пространство казалось вытянутым и уходящим в бесконечность, совершенно пустым. Я чувствовал себя потерянным, заброшенным в бесконечном пространстве, которое, несмотря на всю мою незначительность, каким-то образом мне угрожало. Оно казалось дополнением к моей собственной пустоте… Старое физическое пространство казалось каким-то фантомом этого другого пространства». Другой пациент описывает чувство бесконечного пространства, возникающее под влиянием мескалина, следующим образом. Глубинное измерение пространства казалось ему многократно

увеличенным: «стена отодвигалась, и пространство проникало повсюду»;

– ***переживание одушевленного пространства*** – наделенние пространства характеристиками одушевлённого объекта. Это, вероятно, результат отчуждения собственных эмоций и их проецирование не на отдельные объекты, а на пространство в целом. К. Ясперс указывает, что в таких случаях «оценка пространства также приобретает эмоционально-чувственный характер». В результате пространство становится для пациентов как бы угрожающим, успокаивающим, благожелательным или каким-то иным в эмоциональном плане объектом. Это, хотя бы отчасти, могут осознавать и сами больные. Как поясняет пациент К. Ясперса, «неверно было бы говорить только о пространстве, ибо что-то происходило во мне самом»;

– ***присвоение пространства*** – восприятие внешнего пространства находящимся внутри себя. Так, пациент чувствует, что всё окружающее его, в том числе находящееся вне его на большом отдалении, находится «где-то внутри меня, во мне – моё Я разбухло до невероятных размеров»;

– ***ощущение сделанности пространства*** – восприятие пространства как некоего искусственного явления, в действительности не существующего.

2. ***Нарушения восприятия времени*** – хронопсические иллюзии, явления дисхронизма, хронотараксия (греч. chronos – время, tharaxis – расстройство):

– ***тахихрония*** – непосредственное ощущение ускоренного течения актуального времени: «Время идет очень быстро, оно просто летит. Кажется, только что было утро, и вот уже вечер… Кажется, я только что, минуту назад прилег отдохнуть, как наступило утро… Недавно, вроде, была весна, а уже осень… Часы будто стоят на месте, а время несётся, оно как сорвалось с цепи… Прошло, кажется, много времени, а часы показывают всего несколько минут»;

– ***брадихрония*** – непосредственное ощущение замедленного течения актуального времени: «Ночь, кажется, никогда не кончится, утра не дождусь, до него бесконечно далеко, целая вечность… Время идет медленно, едва двигается, а часы торопятся, спешат… Прошло, кажется, всего несколько минут, а по часам – много больше». Ощущение замедления течения времени может относиться к прошлому, когда небольшой отрезок времени вспоминается как длившийся очень долго;

– ***утрата осознания течения времени*** – ощущение, будто бы время остановилось на одном месте, вперед оно не движется и даже исчезает: «Время как застыло, замерзло, все оказалось вне времени, оно будто шкура змеи, змея вылезла из нее, а шкура осталась на месте». К. Ясперс объясняет этот феномен утратой осознавания собственной активности – состоянием, когда пациенты захвачены потоком непроизвольных переживаний. Его пациент сообщает об этом так: «Особенно когда наступает наплыв галлюцинаций, вы испытыва-

ете ощущение, будто плывете в безбрежном потоке времени, неизвестно куда и неизвестно как… стоит вам расслабиться, как безграничное время возвращается вновь». Другая его больная говорит: «Я внезапно ощутила нечто странное: мои руки и ноги словно разбухли. Голову пронзила страшная боль, и время остановилось. Тогда же на меня с невероятной силой навалилось ощущение жизненной важности этого момента. Потом время вновь потекло как обычно, но остановившееся время продолжало стоять, как ворота». Вот что сообщает еще один пациент: «Мысль остановилась, все остановилось, словно времени не стало. Я показался себе вневременным творением, чистым и прозрачным, словно я мог проникать взглядом внутрь себя, до самого дна… В то же время я слышал тихую музыку, доносившуюся откуда-то издали, и видел скульптуры, освещенные мягким светом». «Представление о времени, – указывает К. Ясперс, – верное значение времени сохранилось, но действительного переживания времени больше нет»;

– ***утрата осознания реальности времени*** – ощущение того, что подлинного времени не стало, оно исчезло. Время осознается как мираж, как нечто, существующее только в воображении: «Время превратилось в призрак, будто ты оказался на том свете, но еще воспринимаешь, что происходит в этом мире… Все видится, как в кино. Там тоже есть время, но оно фиктивное, не настоящее. Там проходят годы, но ты знаешь, что это не настоящие годы, это факт моего сознания

и не более того. Стоит уйти из кино, не будет и этого времени»;

– восприятие времени как новой реальности – ощущение того, что текущее время совсем не такое, как прежнее, оно обладает какими-то новыми, необычными свойствами. Больной К. Ясперса поясняет это так: «Это новое время было бесконечно многообразно и запутанно, и вряд ли его можно сравнить с тем, что мы обычно называем временем. Внезапно меня осенила мысль, что время лежит не передо мной и не за мной, но со всех сторон. Я могу видеть его, разглядывая игру цветов»;

– восприятие прошлого времени как сжатого, сократившегося – ощущение того, что всё прошедшее до настоящего момента время оказалось спрессованным в какой-то короткий его отрезок. Так, пациенту кажется, что прошедшие 29 лет длились не более 4 лет. Другой пациент вспоминает минувшие 10 лет как длившиеся всего один-два дня. Иногда пациенты говорят так: «Вся моя прошлая жизнь длилась как одно мгновение»;

– восприятие прошлого времени как растянутого, длившегося непомерно долго. Ф. М. Достоевский, описывая восприятие времени за несколько минут до своей смертной казни, отметил, что эти драгоценные минуты казались ему целой жизнью, а вся жизнь представлялась бесценным даром бесконечного времени. Он же, рассказывая об экстатической эпилептической ауре, отметил, что это переживание

кажется длящимся целую вечность, за что не жаль отдать и всю свою жизнь. О том же сообщает пациент, оценивая пережитые им минуты экстатического состояния как «вечность», как прожитую долгую жизнь. Пациенту в состоянии мескалинового отравления «время казалось растянувшимся до бесконечности» и одновременно с тем «переживания последнего времени казались относящимися к далекому прошлому». После перенесенного острого психоза, насыщенного множеством переживаний, пациент сообщает: «В моей памяти это время, по обычному счету не превышающее трехчетырех месяцев, запечатлелось как огромный промежуток, словно каждая ночь длилась столетия». «Здесь речь должна идти скорее о согласованном акте интенсивного мгновенного представления, – указывает К. Ясперс, – при котором в единое целое собирается все то, что наша память затем интерпретирует как растянутый во времени ряд»;

– утрата осознавания настоящего и будущего времени – ощущение того, что осталось только прошлое время, оно как бы окутывает, обволакивает пациента, не выпускает его из себя. Больная сообщает: «Меня оттащило назад, но куда? Туда, откуда это приходит, где это было прежде». Другой пациент рассказывает: «Я как бы увяз в прошлом, словно в трясине, у меня нет ощущения того, что я нахожусь в настоящем, и нет ощущения, что будет когда-нибудь и будущее». Больная говорит об этом так: «Настоящего больше нет, есть только ссылки на прошлое. Будущее уменьшается

в размерах, сморщивается; прошлое так назойливо, оно окутывает меня, оно тянет меня назад. Я подобна машине, которая стоит на месте и работает. Она работает на полную мощность, но все равно стоит на месте… Вчера я посмотрел на часы. Мне показалось, что меня отбросили назад, что на меня словно надвинулось что-то из прошлого»;

– ***утрата осознавания прошлого времени*** – ощущение того, что прошлого не было вовсе, оно как бы исчезло, стерлось из памяти: «Прошедшего как бы и не было вовсе, а настоящее появилось вдруг и неизвестно откуда… Я оказался отрезан от собственного прошлого, словно оно никогда не было таким полным теней, словно жизнь только началась»;

– ***утрата осознавания будущего времени*** – ощущение того, что есть только прошлое и настоящее, а будущее исчезает или уже исчезло. Депрессивная больная, переживающая «страшную опустошенность», отсутствие всяких чувств, говорит: «Я не могу видеть будущее, словно его и нет вовсе. Мне кажется, что всё вот-вот остановится и завтра уже не будет ничего». Другой пациент сообщает: «Я видел однажды картину, кажется, это было полотно И. Глазунова «Тупик». На ней изображен человек. Он шел долго-долго, смертельно устал, верно, до конца надеялся, что достигнет-таки своей заветной цели. Но вдруг перед ним выросла высокая стена, преградившая путь. Он стоит перед ней и понимает, что впереди его ничего уже не ждет, будущего у него нет, дверь в будущее оказалась запертой. Вот так чувствую себя и я.

Впереди мрак, ничего не видно, и нет ничего, все, что было, осталось в прошлом, да и была всего только надежда на будущее»;

– ***утрата осознавания прошлого и будущего*** – ощущение того, что существует только настоящее, а позади и впереди ничего не было и не будет: «Позади меня и впереди абсолютная пустота, ничто, я повис между тем, чего не было, и тем, чего никогда не будет… Я чувствую себя человеком, который трепещет между прошлым и будущим, он балансирует на узенькой доске над пропастью. С одной стороны зияет пустота, с другой – то же, а настоящее – это только возможность не упасть вниз»;

– ***утрата осознавания настоящего времени***. Пациент К. Ясперса рассказывает о переживании времени в состоянии мескалинового опьянения следующее: «Поначалу испытываешь особенное чувство, будто ты потерял контроль над временем, будто оно ускользает у тебя между пальцами, будто ты больше не можешь удержаться в настоящем, чтобы прожить его; ты пытаешься зацепиться за него, но оно уплывает от тебя и устремляется вдаль»;

– ***инверсия чувства времени*** – ощущение обратного течения времени. Больные сообщают: «Время изменило направление, пошло назад… Время течет не вперед, а вспять, в другую сторону». «Сегодня пятница, – знает пациент, – а завтра будет четверг, а за ним среда, потом – вторник…» – утверждает он. Он отсчитывает в обратном порядке не толь-

ко дни недели, но также месяцы года. Похоже на то, что пациенты осознают психические акты, представляющие течение времени, в обратной последовательности;

– ***утрата осознавания плавного течения времени*** – ощущение того, что время движется какими-то рывками, толчками. В памяти сохраняются воспоминания лишь об отдельных впечатлениях, отмечающих будто пунктирной линией движение времени, обычно кажущееся пациентам несколько ускоренным: «Время идет прерывисто, какими-то скачками… Время как порвалось, словно оно составлено из отдельных кусочков… Время распалось на какие-то точки, между которыми ничего нет»;

– ***утрата осознавания границ времени*** – ощущение того, что грани, отделяющие прошлое, настоящее и будущее время, как бы исчезли, эти времена перетекают одно в другое, смешались или существуют одновременно: «Затем прошлое повернулось кругом, все перемешалось не доступным мне пониманию образом… Прошлое, настоящее и будущее находятся в одной плоскости, они расположены рядом, и я могу их переставлять, словно карточки, с одного места на другое. Будущее время пойдет тогда за прошлым, настоящее – за будущим, но может быть и так, что и прошлое, и будущее время окажутся в настоящем. Я не удивлюсь, если сейчас увижу на улице рыцаря или гладиатора – они для меня не в прошлом, а в сегодня. Мне покажется естественным, если появятся люди будущего, погаснут звезды, превратится в

пустыню Земля. Вот я разговариваю сейчас с вами, доктор, и этот разговор останется во мне так, будто это происходит теперь, в настоящем. Я легко могу представить его так, что он происходил где-то в будущем. Для вас же эта беседа навсегда уйдет в прошлое. Будущее тоже происходит сейчас, для меня это не то, что когда-то случится, оно существует уже в данный момент». Последний пациент рассуждает так, будто сказанное является для него очевидным фактом, не подлежащим сомнению. Это показывает, что нарушения восприятия времени, как и пространства, вполне могут служить основанием для появления соответствующих бредовых суждений.

11. Нарушения в сфере мысленных образов. В настоящем разделе будут описаны эйдетизм, аникония, образный ментизм, психические галлюцинации, галлюциноиды и псевдогаллюцинации.

1. ***Эйдетизм*** (греч. eidos – образ, форма, вид, сущность) – способность произвольно вызывать и удерживать яркие мысленные образы, в чувственном плане тождественные наглядным образам воспринимаемого. Это явление описано V.Urbantschitch (1907) W.R. и E.R.Jaensch (1911). Эйдетические образы называют также субъективными визуальными образами, сенсориализированными представлениями. В отличие от последовательных образов эйдетические образы не обладают свойством комплементарности (дополнительности), другими словами, цвета в эйдетических образах пред-

ставлены точно так же, как и в наглядных образах. Явления эйдетизма обнаруживаются у 50 % подростков и у многих взрослых людей. Эйдетические образы по желанию индивида способны изменяться и перемещаться, они не являются точными копиями воспринятого. Нередко они воспроизводятся по памяти даже по прошествии долгого времени.

Эйдетические образы могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми и т. д. Если они возникают с ощущением непроизвольности и отчуждения, т. е. становятся, как полагает В. Ф. Чиж (1911), восприятиями, это следует расценивать не как эйдетизм, в таком случае речь идет о другом, уже явно болезненном явлении. Эйдетиками были многие известные музыканты и художники: Г. Флобер, А. М. Горький, О. Бальзак, И. К. Айвазовский, И. И. Левитан и др. Л. Бетховен сохранил эту способность уже будучи совершенно глухим. Известный английский портретист Д. Рейнольдс, будучи эйдетиком, завершил жизнь в психиатрической больнице.

Способность продуцировать эйдетические образы, сохраняющаяся на протяжении многих лет, рассматривается как конституциональная особенность индивида. Те случаи, когда эта способность вдруг появляется у индивида, ранее лишенного ее, могут расцениваться как временная болезненная особенность, указывающая на возможность развития иллюзий и галлюцинаций. Так, С. Ф. Семенов (1965) наблюдал пациента, у которого способность к эйдетизму появилась

после ранения теменно-затылочной области головы. Эйдетиками на некоторое время становятся пациенты, перенесшие острый психоз. Е. А. Попов (1941) обнаружил феномен эйдетизма у пациента спустя 48 часов после выхода из белой горячки. У некоторых пациентов эйдетические образы сосуществуют наряду с галлюцинациями. В. Майер-Гросс (1928), впрочем, отрицает наличие какой-либо связи эйдетизма с готовностью к развитию обманов восприятия и представления.

Иллюстрации. 1. Больная, 46 лет, несколько лет назад обнаружила появление у себя эйдетической способности в отношении когда-то виденных ею кинокартин. Для этого ей было достаточно закрыть глаза и вспомнить какой-нибудь фильм. Он после этого видится ей от начала до конца со всеми подробностями. Видится, по ее словам, так, будто она смотрит его повторно. В ее представлении оживают такие детали фильма, которые отсутствуют при произвольном воспоминании. Эйдетический поток тотчас прекращается, если она открывает глаза. Если она вновь их закрывает, ряд образов возобновляется с того же места, где он был прерван. Иногда готовность к эйдетизму ей мешает сосредоточиться на одном каком-то занятии. Точно таким же образом, как ранее отмечалось при описании обманов восприятия, могут возникать галлюцинации, стоит пациентам о них лишь вспомнить. 2. К. Ясперс, описывая воспоминания чувственного образа, цитирует пациента: «В течение большей части дня, без перерыва я собирал яблоки. Стоя на стремянке, я внимательно

вглядывался в гущу ветвей и длинной палкой сбивал яблоки. Вечером, когда я возвращался по темным улицам к вокзалу, мне очень мешало болезненное ощущение, будто перед моими глазами все еще маячат ветви с висящими на них яблоками. Этот образ был настолько реальным, что я то и дело на ходу размахивал перед собой палкой. Ощущение не оставляло меня в течение нескольких часов, пока, наконец, я не уснул». 3. П. М. Зиновьев (1934) сообщает о художнике-эйдетике, которого беспокоило, что образ человека, с которого он пишет портрет, мешает ему рисовать, так как встает между ним и мольбертом, загораживая последний. 4. Воспоминания воспринятого иногда приобретают как бы навязчивый характер, повторяясь многократно в одинаковой форме, чем напоминает эхомнезию: «Прочитаю слово, а оно застревает как пленка в магнитофоне, повторяется много раз подряд до тех пор, пока внимание не переключится на что-то другое. Или застревает песня, одна какая-то строка, она надоедает, повторяется раз за разом весь день». 5. Способность к эйдетизму появилась у пациента в начале острого психоза наряду с галлюцинациями. Он рассказал, что умеет теперь вызывать яркие воспоминания людей, которых он когда-то видел, живые и детальные представления произведений живописи, иллюстраций к книгам, житейских ситуаций из прошлого. Отчетливо, со звучанием припоминает знакомые мелодии. Под аккомпанемент музыки в яркие и красочные образы облекались также прихотливые плоды его воображения. Столь

же образными становились и непроизвольные фантазии, которым он вполне отдавался и при этом терял способность различать их с реальностью. По выходе из психотического состояния явления эйдетизма у пациента, к его немалому огорчению, исчезли. В последнем случае эйдетические образы сосуществовали с рядом таких явлений, как визуализированные фантазии, как произвольные, так и непроизвольные, причем последние вплотную приближались к галлюцинациям.

2. ***Аникония*** (лат. a, an – приставка отрицания, греч. eidos – форма, образ, сущность) или ***анидеизм*** (греч. idea – мысль, представление) – неспособность произвольно вызывать и удерживать в своем сознании тот или иной мысленный образ. Противоположное эйдетизму расстройство. Наблюдается, в основном, при анестетической депрессии, когда теряется способность осознавать различные проявления психического. Так, больная жалуется, что не может представить себе лицо мужа и сына, что «забыла», как выглядит ее дом, пахнут ее любимые цветы, духи и т. п… Она добавляет, что ранее всегда отличалась хорошей образной памятью. Аникония после окончания депрессии и наступления маниакального состояния может трансформироваться в эйдетизм. Поскольку аникония является признаком психической анестезии, то эйдетизм, скорее всего, представляет собой проявление психической гиперестезии, то есть патологического обострения способности осознавать проявления психиче-

ского.

3. ***Образный ментизм*** (лат. mens – ум, разум) – непроизвольное течение ярких образных представлений. Аналогом образного ментизма в норме является неконтролируемый поток образов сновидения. Тенденция к образному ментизму особенно часто обозначается при нервно-психическом истощении. В астенических состояниях содержание образов ментизма обычно отражает волнующие впечатления минувшего или вызывающие тревогу события предстоящего дня. При этом непроизвольное течение мысленных образов вызвано снижением способности к самоконтролю. Обычно пациенты критически относятся к астеническому ментизму. В депрессии, а это, как правило, депрессия с тревогой, преобладают вращающиеся «по кругу» мрачные представления прошлого, настоящего и будущего, созвучные настроению, содержанию мышления и мировоззрению пациентов. Критическая оценка депрессивного ментизма обычно отсутствует. Проявления депрессивного ментизма в литературе нередко расценивают как навязчивости. С формальной точки зрения ментизм можно рассматривать как феномен образного мышления, связанный с утратой способности к логическому мышлению, то есть с регрессией умственной деятельности на предыдущий уровень интеллектуального функционирования.

Типичными признаками образного ментизма являются: а) насильственное, не контролируемое сознанием течение мыс-

ленных образов; б) чуждое сознанию содержание образов ментизма; в) смена образов ментизма лишена логической последовательности, она иррациональна; г) отсутствие «инсайта», то есть критического отношения к этому расстройству. Наконец, ментизму нередко бывает свойственно ускоренное течение мысленных образов. Подробнее о ментизме см. в разделе о нарушениях мышления.

О ***грезах*** – расстройстве, имеющем непосредственное отношение к ментизму. Собственно грезы (мечты, создания воображения) – непроизвольное и непрерывное течение ярких мысленных образов определённого содержания. По сенсорным характеристикам грёзы близки к галлюцинациям. Характерно фантастическое и захватывающее содержание грёз, связанное с маниакальным или депрессивным расстройством настроения. Обычно грёзы наблюдаются при онейроидном помрачении сознания.

Иллюстрация. К. Ясперс, называя их фантастическими визуальными явлениями, цитирует пациента (приводится с небольшим сокращением): «Чтобы скоротать бессонные ночи, я пускаюсь в своеобычные странствия среди творений собственного зрительного воображения… Я расслабляю мышцы глаз, закрываю глаза и всматриваюсь во тьму поля зрения. Я отбрасываю от себя любые мысли или суждения. Поначалу на темном фоне… появляются световые пятна, туманные облачка, изменчивые подвижные цвета; вскоре они сменяются легко узнаваемыми изображениями самых раз-

нообразных предметов…все более и более отчетливыми… Они испускают настоящее свечение; иногда бывают окрашены в разные цвета. Они наделены подвижностью и изменчивостью. Иногда они появляются у краев поля зрения и при этом выглядят необычайно четко и живо… С малейшим движением глазного яблока они обычно исчезают. Рефлексия также заставляет их исчезнуть… Обычно это удивительные люди и животные, которых я никогда не видел, или освещенные помещения, в которых я никогда не бывал… Ночами я подолгу не сплю, наблюдая за ними с закрытыми глазами. Мне достаточно бывает сесть, закрыть глаза, отвлечься от всего на свете, чтобы эти образы, которые я знаю и люблю с детства, пришли ко мне сами собой… Удивительное ощущение сидеть, как зритель, среди бела дня, с закрытыми глазами, и видеть «дневной свет», постепенно нарастающий изнутри, а в этом дневном свете собственных очей наблюдать светящиеся и движущиеся фигуры, порожденные, конечно же, той жизнью чувств, которая протекает в глубинах твоей личности… Если я пытаюсь вообразить что-либо по собственному произволу, это остается лишь абстрактной идеей, которая не светится и не движется по полю зрения; но внезапно возникает согласованность между фантазией и световым нервом, внезапно возникают святящиеся формы, совершенно не связанные с развитием идей… я просто воспринимаю то, что светит мне без всякого усилия с моей стороны».

4. ***Психические галлюцинации***. Впервые описаны Г. Ба-

ярже (1844). Синонимы: ***апперцептивные галлюцинации*** (Кальбаум, 1866), ***абстрактные галлюцинации, «сделанные» и «чужие» мысли.*** В. Х. Кандинский (1880) различает психические галлюцинации и псевдогаллюцинации. Основное отличие между ними он усматривает в том, что первые совершенно лишены сенсорности либо возникающие при этом образы фрагментарны, не завершены, хотя и узнаваемы. Такого же мнения придерживаются Л. Л. Рохлин (1971), И. С. Сумбаев (1958), другие авторы. И. С. Сумбаев, определяет психические галлюцинации как «сделанные мысли». Другие авторы (Сербский, 1906; Бинсвангер, 1908; Гиляровский, 1938; и др.) не видят существенного различия между псевдогаллюцинациями и психическими галлюцинациями.

Иллюстрации М. И. Рыбальского. 1. Больная сообщает, что в ее сердце и голове находятся черти, главный из них – Сатана. Ведут они себя «тихо», о них больная знает «по собственным мыслям». Мысли эти появляются неожиданно, насильственно. Она говорит: «Как будто кто-то заставляет думать мои мозги. Сначала появляется тихая мысль, а затем она начинает звучать каким-то отзвуком. Наверное, другим это не слышно, а слышно только мне, иначе я слышала бы ушами. Устраивают все это, вероятно, черти». В данном случае насильственно возникающие мысли сопровождаются «отзвуком», т. е. галлюцинаторным эхом мысли. 2. Пациент отмечает, что у него часто непроизвольно, насильственно возникает несколько «параллельных мыслей, наслаива-

ющихся друг на друга». Одновременно в голове слышатся оклики по имени. Это «беззвучные» оклики, вроде «мысли, но это не мысль, потому что оклики чужие, будто зовет бабушка или дедушка». 3. Пациент несколько лет слышит в голове незнакомый и обычно «сердитый» мужской голос. Звучит он громко, разборчиво, ясно. Голос иногда приказывает лечь спать, выйти на улицу, порой произносит отдельные слова. Недавно в голове стали возникать беззвучные, «чужие фразы и слова, вроде как кто-то вкладывает их в голову». Они подсказывают совершать магические действия: прыгать на одной ноге, по пять раз поворачивать голову вправо и влево, умываться в строго определенном порядке и др., что пациент и делает.

5. ***Галлюциноиды***. Данным термином некоторые исследователи обозначают «неполные» обманы восприятия, Например, пациентам видятся «тени», чьи-то «силуэты», они ощущают мимолетные прикосновения к своему телу, слышат невнятный шепот и т. п. Е. А. Попов (1941), автор термина, указывает, что галлюциноиды являются образованием, промежуточным между нормальными представлениями и галлюцинациями. Некоторые авторы к галлюциноидам относят психические галлюцинации и псевдогаллюцинации (Блейхер, 1995). Г. К. Ушаков (1969) галлюциноидами считает зрительные обманы, возникающие в бодрствующем состоянии при закрытых глазах и свойственные соматогенной астении. М. И. Рыбальский относит галлюциноиды к непол-

ным псевдогаллюцинациям, возникающим при ясном сознании и в связи с нарушениями мышления.

6. ***Псевдогаллюцинации***. Впервые выявлены и детально изучены В. Х. Кандинским (1885). Им, по В. Х. Кандинскому, свойственны признаки, отличающие ложные мысленные образы от мысленных и наглядных образов, с одной стороны, и галлюцинаций – с другой:

1. мнимые образы представления воспринимаются как находящиеся в некоем внутреннем пространстве, часто не отличающемся от того воображаемого пространства, в котором локализованы другие психические процессы; эти мнимые образы чаще всего не относятся пациентами к реальному, внешнему пространству;

2. псевдогаллюцинаторные образы отличаются от мысленных образов тем, что их появление и течение всегда переживается как явление непроизвольное, навязчивое, насильственное;

3. мнимые образы представления, в отличие от наглядных образов, чаще всего лишены той степени сенсорности, чувственности, которая свойственна восприятию реально существующих объектов;

4. внутренняя структура мнимых образов представления часто бывает неполной, незавершенной, хотя в содержательном плане вполне достаточной для их идентификации;

5. содержание псевдогаллюцинаторных переживаний большей частью представляется пациентами как нечто со-

вершенно им не свойственное, постороннее, чуждое, имеющее некий находящийся за пределами внеличностной области источник;

6. понимание болезненности мнимых образов представления обычно отсутствует;

7. псевдогаллюцинаторные образы сопровождаются, как правило, бредовой интерпретацией, обычно бредом психического и физического воздействия;

8. сенсорная модальность мнимых образов представления может быть различной, значительно чаще это бывают зрительные и слуховые образы, нежели какие-нибудь другие. Псевдогаллюцинирование не нарушает способности произвольно что-то воспринимать и представлять;

9. псевдогаллюцинаторные образы нередко сопровождаются объективными эмоциональными и поведенческими реакциями, это указывает на значимость для личности пациентов содержания этих образов;

10. конкретные варианты псевдогаллюцинаторных образов, если иметь в виду их содержательные аспекты (комментарии, распоряжения и т. п.) достаточно разнообразны, в этом отношении псевдогаллюцинации мало чем уступают галлюцинациям;

11. пациенты никогда не смешивают псевдогаллюцинаторные образы с образами восприятия, т. е. с реальными объектами. Мнимые представления не обладают признаками, порождающими у индивида ощущение их телесности,

материальности. Что касается галлюцинаций, то между типичными псевдогалюцинациями и галлюцинациями нередко бывают представлены как бы переходные, промежуточные формы мнимых образов;

12. наконец, существенной особенностью псевдогаллюцинаций является их адресованность исключительно пациентам. Больные обычно считают, что мнимые представления не имеют значения для других людей, не воспринимаются последними, не распространяются на отвлеченные объекты и не связаны с какими-либо ценностями других лиц.

На практике для идентификации псевдогаллюцинаций нередко используется триада признаков А. В. Снежневского. Это: 1) чувство сделанности; 2) внутренняя проекция; 3) отсутствие ощущения телесности. Указанная диагностическая формула несколько упрощает ситуацию, не отражая всего феноменологического разнообразия псевдогаллюцинаций.

К. Ясперс для иллюстрации псевдогаллюцинации приводит заимствованное у В. Х. Кандинского наблюдение Долинина. Долинин после приема настойки опия «внутренним глазом» и на расстоянии до 6 м перед собой пассивно воспринимал поток ярких и бессвязных зрительных представлений. Он прилагал при этом некоторые усилия с тем, чтобы отвлечься от других впечатлений. К. Ясперс цитирует далее В. Х. Кандинского: «Некоторые из моих галлюцинаций были относительно бледными и смутными. Другие светились всеми цветами радуги, подобно реальным предметам. Они за-

тмевали действительность. В течение целой недели на одной и той же стене, оклееной гладкими, одноцветными обоями, я видел целый ряд прекрасных фресок и картин в роскошных золоченых рамах – пейзажи, морские виды, иногда портреты». Анализируя это описание, К. Ясперс формулирует такие признаки псевдогаллюцинаций: 1. последние не воспринимаются одновременно со смежными им реальными объектами; 2. от псевдогаллюцинаций нельзя «отвернуться»; 3. они помещаются пациентами в другой мир; 4. мнимые представления находятся в беспрестанном движении.

Сообщения о псевдогаллюцинациях, говоря языком пациентов, достаточно типичны.

1. Мнимые представления пациенты воспринимают не в реальном окружении, а где-то «внутри головы», редко – на границе с внешним миром, например в ушах, глазах, перед глазами, на поверхности кожи, у корней волос и др.

2. Совершенно иным является характер восприятия мнимых представлений: последние воспринимаются «умственно», «головой», «внутренним оком», «умственным взором», «ментально» и т. п.

3. Мнимые представления возникают спонтанно, как бы навязчиво, порой они, по словам больных, «внедряются», «вторгаются», «вколачиваются» в их сознание, в ряде случаев появление обманов пациенты связывают с влиянием каких-то внешних сил.

4. Мнимые представления пациенты уверенно различают

с реальными объектами.

5. Понимание болезненности псевдогаллюцинаций обычно отсутствует как в момент их существования, так и долгое время спустя после исчезновения.

Примечательной особенностью псевдогаллюцинаций является также то, что по своему содержанию они чаще всего являются более близкими сознательному Я пациента, нежели галлюцинации. Так, некоторые пациенты отождествляют псевдогаллюцинации с проявлениями собственной души: «Голос мой, как будто моя душа разговаривает».

В свою очередь в отдельных случаях псевдогаллюцинации бывают персонифицированными таким образом, что они «сами» отождествляют себя с личностью пациента. Так, звучащий в затылке голос говорит, обращаясь к пациенту: «Я твой мозг. Все, что ты слышишь от меня, правда. То, что я заставляю тебя делать, ты будешь выполнять, так как мои желания – это твои желания».

Иллюстрации (по совету И. Ньютона, при изучении наук примеры важнее чем правила):

1. Пациент сообщает о том, что у него бывают слуховые и зрительные обманы. В области темени, «в мозге» слышится тихий голос. Иногда он звучит ближе к какому-то уху, чаще – правому. Голос будто мужской, он комментирует действия пациента, что-то советует, приказывает. Временами у места звучания голоса «внутренним мозговым зрением» воспринимается фотография мужчины с усиками.

2. Больная внутри головы слышит несколько голосов «летчиков». Они все о ней знают и следят за ней. Источник голосов, считает она, находится «в воздушном пространстве», но слышит она их «головой».

3. Больной рассказывает: «При открытых глазах по всему полю зрения появляются фигуры людей. Фигуры скопились вокруг меня на расстоянии 3–6 метров. Это были гротескные фигуры, от них исходили звуки, похожие на беспорядочный гул голосов. Фигуры находились в пространстве, но казалось, что у них есть особое пространство, принадлежащее только им. Они никак не зависели от предметов, находившихся в комнате и не заслонялись ими, их невозможно было воспринимать одновременно со стеной, окном. Все было «реально», формы были полны жизни. В дальнейшем обычный мир продолжал содержать в себе этот другой мир с его особым, отдельным пространством, и мое сознание произвольно переходило от одного из этих миров к другому. Оба мира и связанные с ними ощущения были в высшей степени непохожи друг на друга».

4. Больная видит цветы и кусты, их размер не зависит от расстояния, с которого они воспринимаются, и от них невозможно отвернуться.

5. Больная шизофренией: «Поначалу я была очень занята тем, что пыталась поймать своими глазами «Святого Духа» – маленькие белые прозрачные частички, которые прыгают в воздухе, выскакивают из глаз людей и выглядят как мертвый,

холодный свет. Я видела также, что кожа людей испускает черные и желтые лучи. Целый день я провела в страхе перед дикими зверями, которые мчались сквозь закрытые двери, или, черные, медленно крались вдоль стен, чтобы спрятаться под диваном и следить оттуда за мной своими блестящими глазами. Я пугалась разгуливавших по коридорам безголовых людей и лишенных души трупов убитых, лежавших на паркетном полу; стоило мне взглянуть на них, как они мгновенно исчезали: я «улавливала их прочь» своими глазами».

6. Больная слышит внутри головы два женских голоса. Они поддакивают друг другу, ругают ее, приказывают ей делать что-нибудь плохое. Считает, что голоса «специально устраивают» ее недоброжелатели.

7. Пациент утверждает, что с детства из него «формируют» особого человека. С этой целью на него из других городов воздействуют особыми аппаратами, «вкладывают» в голову мысли, непонятные фразы. Все это делается одним и тем же мужским голосом, который звучит в глубине ушей или в мозге. Показывают ему «странные картинки» – обнаженных женщин в различных позах. Картины видит ясно, «внутри глаз, но как бы перед ними». Когда закрывает глаза, картины видятся ярче. Часто «подают не тот запах» и «заменяют» вкус: пациент кладет в чай сахар, а чай оказывается соленым. Ощущает на себе воздействие лучей, направляемых на него теми же лучами.

Приведенные иллюстрации свидетельствуют: наряду с

галлюцинациями и псевдогаллюцинациями существует целый ряд промежуточных форм обманов восприятия, обладающих признаками того и другого расстройства. В свою очередь псевдогаллюцинации могут постепенно переходить в психические галлюцинации, а затем и в «сделанные» мысли, т. е. в идеаторные автоматизмы. По-видимому, общая тенденция динамики обманов восприятия состоит в том, что по мере прогрессирования болезни галлюцинации со временем превращаются в психические автоматизмы. Другой факт заключается в том, что галлюцинации нередко сосуществуют с псевдогаллюцинациями, психическими галлюцинациями и психическими автоматизмами. Почему это происходит, остаётся непонятным.

12. Диагностическая роль нарушений чувственного познания. Разумеется, она в значительной степени определяется тем, в каком клиническом контексте возникают эти нарушения и тем не менее может быть представлена так.

1. Большинство вышеупомянутых нарушений с абсолютной точностью свидетельствуют о факте психического расстройства. В отношении ряда нарушений столь категорические суждения едва ли правомерны, но в них всегда есть границы, отделяющие эти нарушения от сходных проявлений нормального функционирования. Например, это синестезии, явления эйдетизма, гипо-и гипералгезии, ложные узнавания, колорические иллюзии.

2. Некоторые нарушения чувственного познания с извест-

ной долей вероятности могут указывать на характер психического расстройства. Так, комментирующие, императивные, экстракампинные, рефлекторные галлюцинации, вычурные, галлюцинаторные сенестопатии и сенестопатии с бредоподобными толкованиями свидетельствуют скорее о наличии шизофрении. Голотимические галлюцинации более свойственны аффективным, шизоаффективным психозам. Приступообразно возникающие нарушения, включая галлюцинации, типичны для припадков «психической» или височной эпилепсии. Зоопсии чаще встречаются при интоксикационных психозах. Обманы восприятия, в которых фигурирует тема алкоголя и наркотиков, обычно свойственны пациентам, злоупотребляющим указанными химическими субстанциями. Элементарные, стереотипные галлюцинации более типичны для органических психозов.

3. Клинико-психопатологическая структура нарушений чувственного познания обычно указывает на поражение, помимо чувствительности, других психологических функций. В частности, галлюцинации с неологизмами, вербигерацией, паралогическими построениями свидетельствуют о расстройстве мышления. Аутоскопические галлюцинации, психопатологические феномены с полярными, антагонистическими переживаниями характеризуют расщепление личности. Пессимистическое или, напротив, оптимистическое содержание обманов восприятия обычно отражает факт нарушения аффективной сферы. И т. д.

4. Нарушения чувственной сферы очень часто бывают разноплановыми – в них как бы включены другие симптомы психического расстройства. Например, итеративные галлюцинации, многочисленные галлюцинаторные эхо-феномены, негативистические галлюцинации могут рассматриваться как обманы с кататоническими симптомами. Галлюцинации с агрессивным содержанием указывают на проявления аномальной агрессивности, в галлюцинациях персекуторного содержания представлен бред преследования. Гипнагогические, гипнопомпические обманы восприятия указывают на расстройство сна. Феномены палинопсии и палинакузии свидетельствуют о нарушениях памяти в виде эхомнезии. И т. д.

5. Нарушения в сфере чувствительности могут указывать на локальное повреждение головного мозга, проводящих чувствительных путей, рецепторов. Например, гемианоптические галлюцинации обычно наблюдаются при сосудистых, опухолевых и иных локальных повреждениях. В значительной части случаев об определенной топике повреждения свидетельствуют явления метаморфопсии, а также метаморфоптические галлюцинации.

Анализ чувствительных нарушений может стать основой для прогностических суждений. Например, появление в структуре галлюцинаций симптомов более тяжелого нарушения указывает на возможность развития этого нарушения в ближайшем будущем. Так, включение в обманы восприя-

тия явлений кататонии свидетельствует о возможности развития в будущем кататонических расстройств. Переживание «сделанности» обманов восприятия может предвещать формирование синдрома Кандинского-Клерамбо, а чувство инсценировки – острого фантастического бреда аналогичного содержания. Диагностическая и прогностическая роли чувственных нарушений изучены недостаточно.

Несколько замечаний о теориях развития чувственных нарушений. Собственно теории формулируются лишь в отношении галлюцинаций. ***Периферическая теория галлюцинаций*** связывает появление последних с повреждением периферического отдела соответствующего органа чувствительности. Например, глаукома рассматривается как основная причина развития зрительной галлюцинации. В целом эта теория подтверждения не получила. Однако это не означает, что в генезисе обманов восприятия периферическое повреждение не имеет никакого значения. ***Психологические теории*** рассматривают развитие галлюцинаций каждая с позиций соответствующей теории. Ключевым моментом всех таких теорий является то, что болезненные явления вообще и чувственные нарушения, в частности, рассматриваются как патологическое усиление или ослабление процессов, свойственных норме. Предполагается, что психопатологические феномены не являются непосредственным результатом повреждения структур мозга, они всегда опосредованы психологическими механизмами. ***Неврологиче-***

ские теории рассматривают чувственные нарушения как результат повреждения определенных церебральных структур. ***Центральные теории*** сводятся в настоящее время к тому, что психические расстройства обусловлены метаболическими нарушениями, в первую очередь затрагивающими процессы нейромедиации. Сами по себе нейрохимические нарушения малоинформативны, знание о них неспособно показать, какие именно психические расстройства возникают в том или ином случае и возникают ли вообще.

Глава 6. Память. Нарушения памяти

1. Общие сведения

1. Термины

Память – способность индивида запоминать, сохранять, воспроизводить и забывать информацию о пережитом, в том числе и в воображении. Это определение обо основных процессах памяти: 1) ***фиксации информации*** (запоминании, рецепции, импрегнации); 2) ***ретенции*** (сохранении); 3) ***репродукции*** (воспроизведении); 4) ***амнезирование*** (забывании). Роль памяти состоит в обеспечении индивида необходимой информацией о происходящем вокруг него и в нём самом. Роль памяти в психологическом функционировании можно, по словам Л. С. Выготского, сравнить со значением капитала в мировой экономике.

2. Процессы памяти

1. ***Фиксация*** – запечатление, связывание информации (лат. fixus – твёрдый, крепкий, нерушимый). Из огромного количества впечатлений, поступающих в мозг по сенсорным каналам, запоминается далеко не всё. Так, плохо запомина-

ются ничем не примечательные факты повседневной жизни. Д. Кэттел (1895) обнаружил, в частности, что из 56 опрошенных только 7 человек смогли верно вспомнить, что на минувшей неделе шёл снег. «По-видимому, – говорит он, – о погоде, которая была на прошлой неделе, люди говорят ничуть не более точно, чем о погоде, которая будет на следующей». Существуют между тем незабываемые впечатления, следы которых запоминаются на долгие годы. Установлено, что процесс запоминания контролируется рядом факторов, таких, как:

– ***эмоциональное сопровождение впечатлений***. Информация, оставляющая индивида равнодушным, запоминается хуже, нежели порождающая эмоциональный отклик. Одни индивиды лучше запоминают нечто неприятное, другие – что-то позитивное, в значительной степени это зависит от настроения, особенностей личности реципиента. Оптимист, ориентированный на восприятие чего-то положительного, скорее запомнит приятные для него впечатления, пессимист, напротив, – впечатления мрачного содержания. Существенное воздействие на запоминание оказывают психические, т. е. эмоциональные расстройства, искажающие смысл происходящего. В частности, возникающие при этом аффективные ассоциативные ряды могут лежать в основе регрессии умственной дейтельности на уровень палеомышления. Например, благодаря эмоциям индивид запомнит смежные события, которые следовали один за другим. Он, игнорируя ка-

узальные отношения, соединит их по принципу: после этого, значит, вследствие этого.

– ***структурированность впечатлений***. Впечатления, образующие определённую конфигурацию, запоминаются лучше, чем не связанные с другим. Так, в опыте с запоминанием числа шахматных фигур на доске Адриан де Гроот установил, что сильные шахматисты после 5-секундного предъявления запоминают 90 %, слабые же игроки запоминают всего 40 % фигур: первые объединяют их в некую игровую ситуацию, в то же время вторые видят на доске лишь механическое скопление фигур. Существует мнемонический приём, благодаря которому индивид обучается методам структурирования впечатлений с целью улучшить показатели запоминания. Так, запомнить цвета радуги легче, если запомнить известную фразу: «Каждый охотник желает знать, где живут фазаны». Начальные буквы фразы совпадают с началом названия соответствующего цвета (красный и т. д.);

– ***осмысленность впечатлений***. Коллекционер редкостей запомнит увиденные им в магазине раритеты намного лучше того, кому они безразличны. Смысл есть во всём, те, кто способен его находить, обладают памятью на порядок лучше прочих;

– ***кратность повторения заучиваемого материала***. Г. Эббингауз установил: если в первый день индивид повторил бессмысленный материал 64 раза, то на другой день для за-

поминания ему потребуется вдвое меньше повторений, чем в том случае, если бы в первый день он повторил материал 32 раза;

– ***распределение заучивания во времени***. Так, если индивид обучается машинописи в день по 1 часу, то на научение уходит в среднем 55 часов. Если же он тратит по 4 часа в день, то на научение уходит в среднем 80 часов. В первом случае, кроме того, навык машинописи сохраняется более устойчиво;

– ***мотивация запоминания***. Если индивид намеренно стремится что-то запомнить, показатели фиксации значительно улучшаются. Например, студент лучше запоминает материал к экзамену, чем к не столь важному зачёту;

– ***оптимальный уровень психической активности***. Качество умственной деятельности, включая запоминание, в целом подчиняется закону Йеркса-Додсона: относительно невысокий уровень активности облегчает решение сложных задач и затрудняет решение простых задач; при высоком уровне активности выявляется обратная картина;

– доказана и зависимость качества запоминания ***от времени суток***: если запоминание происходит утром, то материал лучше воспроизводится в тот же день. Если же запоминание происходит днём, то материал лучше вспоминается в последующие несколько дней. Также очевидна зависимость качества запоминания от суточного ритма психической активности;

– ***эффект предшествования***. Предварительное ознакомление с новым материалом улучшает запоминание последнего. Совершенно новые впечатления запоминаются существенно хуже тех, о которых индивид уже имеет некоторое представление – индивиду не с чем их ассоциировать и труднее понять. Предварительное знание хотя бы в общих чертах того или иного материала значительно облегчает усвоение его более частных положений. Так, дети, которые усвоили общую картину мира, намного быстрее и прочнее фиксируют информацию о других, более конкретных объектах. Знание целого позволяет фиксировать знание его деталей;

– ***адекватность способа представления материала***. С помощью словесных инструкций намного труднее передать информацию о том, как например, завязывать галстук или шнурки на ботинках. Проще это сделать, показав, как это делается, легче эту информацию и запомнить;

– ***сенсорная яркость впечатлений***. Частный случай данного правила – зависимость качества запоминания от синестезии. Так, мнемонист Ш. с его памятью, прекрасно запоминал обыденные вещи благодаря синестезии. Он говорил Л. С. Выготскому: «Какой жёлтый рассыпчатый у Вас голос!». Цифра 1 напоминала Ш. «гордого стройного человека», цифра 2 – «весёлую женщину» и т. п. Синестезии, однако, мешали Ш. запоминать словесные тексты, так как он путался в хаосе образов;

– ***беспрепятственная консолидация***. Консолидация –

это процесс закрепления следов памяти, длящийся в течение 60 минут после поступления информации. Данный процесс может быть нарушен под влиянием аффекта, гипоксии, травмы мозга, других факторов. В одном из исследований у футболистов, перенесших на поле травму мозга, спрашивали текущий счёт игры. Только что пришедшие в сознание игроки верно называли этот счёт, но спустя несколько секунд они его забывали. Нервные клетки в период консолидации, как предполагается, «отдыхают». Если же они в этот период продолжают «работать», следы памяти закрепляются хуже либо теряются. Так, если во время консолидации индивид пытается запомнить близкий к предыдущему материал, последний не запоминается, – это явление известно как ***ретроактивная интерференция***. Консолидация может быть нарушена также в том случае, если индивид вспоминает о чём-то сходном с предшествующим материалом, ***– проактивная интерференция***. Так, учащийся хуже запоминает материал, если в период консолидации он вспоминает что-то ему подобное.

2. ***Ретенция*** – сохранение информации в нервных структурах памяти (лат. retentio – удержание). См. описание форм памяти.

3. ***Репродукция*** – воспоминание, воспроизведение следов памяти. Синоним: *экфория энграмм* (греч. ekphoreo – выносить, en – находящийся внутри, gramma – запись). В норме человек способен в доли секунды извлечь из своей па-

мяти то, что ему нужно. При этом возможны ошибки, которые и в норме не всегда замечаются, а часто как бы само собой вспоминается что-то постороннее, случайное. Природа репродукции может быть разной и зависит от того, какая память имеется в виду. Успешность репродукции связана с влиянием таких факторов, как уровень активности сознания, значение для индивида того или иного материала, внушение и самовнушение, ассоциации с другими элементами опыта, самооценка, направленность внимания, эмоциональное состояние индивида и т. п. Так, хуже вспоминается информация, которая снижает самооценку; нередко труднее вспомнить сведения, противные убеждению в чём-либо, способные испортить настроение и т. д. Так, Ч. Дарвин в отдельном блокноте был вынужден записывать факты, противорещащие его теории эволюции, – он заметил, что они вспоминаются хуже, чем те, которые её подтверждают. Отдельного упоминания заслуживает роль гипноза в воспоминании. Существует распространённое мнение, что гипноз облегчает репродукцию. Это мнение, как установлено, нуждается в уточнении. В гипнотическом состоянии под влиянием внушения общее количество воспоминаний, действительно, увеличивается. Проблема состоит в том, что страдает адекватность воспоминаний и велика вероятность появления неточных, ложных воспоминаний.

Если материал заучивается обдуманно, настойчиво и часто используется, в итоге возникает эффект вечного хране-

ния, когда кривая забывания спустя 2–4 года выравнивается и затем лишь незначительно снижается на протяжении 50 лет. Если таким материалом является иностранный язык, то слова, которые заучивались особенно легко, сохраняются в памяти лучше. Лучше хранятся в памяти и те слова, которые заучивались постепенно, а не интенсивно и за короткий отрезок времени. Другими исследователями было показано, что следы памяти лиц людей хорошо сохраняются в течение 30 лет, имена же этих людей забываются быстрее.

Считалось, что память на навыки относится к числу наиболее прочных. Такие навыки, как умение ходить, говорить и т. п., действительно, мало подвержены забыванию. Однако это не является правилом, общим для всех навыков. Выяснилось, в частности, что спустя три месяца навык оказания первой медицинской помощи забывается настолько, что только 2 респондента из 10 могут воспроизводят его безошибочно. В патологии, вероятно, такие навыки могут выпадать как при диффузном поражении мозга, так и при очаговых повреждениях, особенно в области теменной коры.

4. ***Амнезирование*** – утрата следов памяти либо их недоступность воспроизведению. Первые исследования процессов забывания, проведённые Эббингаузом, показали, что объём забытого материала неуклонно увеличивается с течением времени. Спустя час забывается чуть менее 60 % предъявленных к запоминанию бессмысленных слов, через сутки – немного более 60 % слов, а затем кривая забывания

медленно и плавно снижается. Согласно закону Джоста, из двух одинаково сильных на данный момент следов памяти более стойким оказывается тот, который образовался ранее. Иными словами, скорее забываются более свежие следы памяти. О том же свидетельствуют наблюдения Рибо: в первую очередь забываются более свежие, несистематизированные и редко используемые впечатления. Забывание связано также с нарушением процессов поиска той или иной информации в памяти, который осуществляется с помощью ключевых стимулов. Многим известно чувство «вертится на языке», когда самостоятельно и быстро не удаётся что-то вспомнить. Но достаточно подсказки, например первой буквы забытого слова, как нужное воспоминание является в сознании. Известно и такое: направляясь за чем-то, по пути индивид забывает, за чем он пошёл. Он возвращается обратно, повторяет путь и это помогает ему вспомнить забытое – он вспоминает ключевой стимул, от которого отвлёкся.

Э. Тульвинг показал: если запоминание дополнять воспроизведениями, то эффективность репродуцирования существенно возрастает. При этом индивид как бы научается использовать ключевые стимулы. Те сведения, которые не вспоминаются или воспроизводятся редко, спустя некоторое время забываются, так как, согласно гипотезе Э. Тульвига, необходимые ключевые стимулы из памяти стираются. Роль ключевых стимулов при воспоминании доказывает эксперимент, направленный на изучение так называемой ас-

социативной памяти. Испытуемому предлагается запомнить слова, каждому из которых предшествует другое, находящееся в легко устанавливаемой связи с первым, служащее как бы подсказкой при его воспроизведении. Если запоминаются лишь отдельные слова, то, как известно, после однократного предъявления при средней памяти верно воспроизводится от 5 до 9 слов. В том же случае, когда слова запоминаются в паре с подсказками, правильно воспроизводятся 15–20 слов. Неверные ключевые стимулы могут стать причиной ложных воспоминаний. В известном рассказе А. П. Чехова о лошадиной фамилии (настоящая фамилия персонажа была Овсов) герой неудачно выбрал ключевой стимул («лошадь») и по ассоциации с ним безуспешно перебирал фамилии, прямо указывающие на лошадь. Подсказки, то есть ключевые стимулы, часто используются, в частности, при сборе анамнеза. Врач при этом не внушает тот или иной ответ, а лишь помогает пациенту вспоминать забытые ключевые стимулы к требуемым воспоминаниям. Врач, например, просит пациента что-то вспомнить, спрашивая о его настроении в тот или иной момент, о каких-то его действиях в определённое время, обстановке, в которой что-либо происходило, о времени происшедшего и т. п. Вспоминая что-либо из указанных обстоятельствах, пациент может натолкнуться на нужный ключевой стимул и затем вспомнить нужный факт.

Значительное место в забывании отводится эмоциональному тону воспоминаний, тому, насколько они приятны или

неприятны индивиду. Установлено, что неприятная информация забывается скорее. Она хуже воспроизводятся, вероятно, из-за сопротивления, которое встречает на пути в сознание индивида. В одном из исследований (Вальдорогель, Хантер, 1967) обнаружилось, что 50 % спонтанных воспоминаний являются субъективно приятными (они, к примеру, не снижают самооценку), 20 % – нейтральными и неприятными – только 30 %. Выяснилось также, что оценка мучительности родов, поначалу достаточно высокая, спустя три месяца снижается на 25–30 %. Сообщается, кроме того, что 30–40 % насильников, включая убийц, не помнят подробностей совершённого ими преступления, как если бы такие воспоминания блокировались. Это показывает, что память фильтрует воспоминания так, чтобы оградить индивида от их травмирующего влияния. По-видимому, в большинстве случаев это совершенно нормальное, во всяком случае, весьма распространённое явление.

Считается установленным, что особенно легко забываются детские психические травмы. Так, из 450 жертв изнасилования в детстве 59 % респондентов вообще ничего об этом не могли вспомнить. Это не означает, однако, что травмирующие впечатления теряются и не оказывают травмирующего воздействия в последующем.

В итоге, можно предполагать, что причинами нарушений памяти являются следующие:

– ***необратимые общие и локальные органические по-***

вреждения нервных структур, ответственных за память;

– временная инактивация нервных структур памяти, например депрессия, оглушение сознания, кататонический ступор;

– гиперактивация и дезорганизация деятельности нервных структур памяти, наблюдающиеся, к примеру, в состояниях мании, спутанного сознания;

– нарушения самоосознавания, когда мнимые воспоминания принимаются индивидом за реальные и наоборот;

– ослабление и утрата навыков запоминания и воспоминания;

– психологическая переработка воспоминаний и подмена их менее травматичными;

– искажение репродукции под влиянием внушения и самовнушения, особенно заметная в работе с детскими воспоминаниями, когда пациенту могут быть внушены фиктивные воспоминания;

– возрастной фактор. В частности, имеется в виду детская (инфантильная) амнезия – забывание впечатлений первых 3–4 лет жизни. Точнее, в этом случае имеет место неспособность вспомнить, воспроизвести их в сознании как самостоятельно, так и с помощью специальных методов, в частности гипносуггестии. Между тем детский опыт не забывается, он сохраняет своё бессознательное влияние всей последующей жизни, и, судя по клиническим наблюдениям, может воспроизводиться в виде различных психопатологиче-

ских феноменов.

Следует отметить, что посторонние впечатления раннего детства многие адекватные индивиды могут вспоминать как пережитое ими в действительности. Например, чей-то рассказ принимается за пережитое самим индивидом, как это описал у себя Ж. Пиаже.

3. Формы памяти

Далее с некоторыми уточнениями излагается модель памяти, предложенная Р. Аткинсоном и Р. Шиффиным в 1968 г. Согласно этой модели, различаются непосредственная, кратковременная и долговременная формы памяти. Авторы предполагают, что все они суть изолированные формы памяти, работающие по принципу последовательной цепи. Другими словами, информация при её запоминании из непосредственной памяти переходит в кратковременную и оттуда направляется в долговременную. При воспоминании информация из долговременной памяти попадает в кратковременную, последнюю в данном случае обозначают термином «оперативная память». Разумеется, это лишь схематическое представление памяти.

1. ***Непосредственная (сенсорная) память*** – запечатление, удержание и переработка информации в периферических структурах чувствительности. На уровне сознания чувственная информация представлена в ощущениях. Очевид-

но, что в формировании ощущений и наглядных образов принимает участие и долговременная память, в частности, сведения о прежних событиях (когнитивные схемы), чего упомянутая модель памяти не предусматривает. Так, в силу расстройств самоосознавания возникают ложные ощущения, обманы восприятия, другие отклонения. Число хранилищ сенсорной информации соответствует числу органов чувствительности и составляет до 12–13. Лучше других изучены зрительный и слуховой варианты сенсорной памяти. Объём сенсорной памяти ограничен лишь пропускной способностью чувствительных рецепторов. Поскольку счёт последних идёт на триллионы, можно предположить, что этот объём достаточно велик. Длительность хранения информации в сенсорной памяти определяется временем возбуждения рецепторов, а также таламических структур, в которые поступает сенсорная информация. Установлено, что длительность осязательных ощущений не превышает нескольких долей секунды, зрительные ощущения сохраняются чуть более 0,1 секунды, слуховые – около 0,5 секунды. Что касается ощущений иных модальностей, то таких данных, по-видимому, не существует. Полагают, что функциональное назначение сенсорной памяти состоит, во-первых, в продлении эффекта воздействия коротких стимулов на время, достаточное для их идентификации; во-вторых, в оценке значимости для индивида сенсорных стимулов; в-третьих, в предварительном отборе сенсорной информации, в силу чего из-

быточная либо неактуальная информация элиминируется. Сенсорная память обеспечивает, кроме того, непрерывность процессов ощущения и восприятия, например чувство плавности движений своего тела и внешних объектов.

Работу сенсорной памяти иллюстрирует ***феномен последовательных образов*** – сохранение зрительных образов некоторое время после окончания воздействия оптического стимула. ***Положительные*** последовательные образы возникают при закрытых глазах, если перед тем смотреть на источник света, а потом от него отвернуться. В течение нескольких секунд после этого индивиду видятся светящиеся пятна. ***Отрицательные*** последовательные образы появляются после длительной фиксации взора (30 секунд) на цветном изображении. Если индивид смотрит после этого на лист серой бумаги, он может видеть изображение в цветах, комплементарных воспринятым (вместо красного цвета – зелёный, синего – жёлтый, фиолетового – салатовый и наоборот).

2. ***Кратковременная память*** – запечатление, хранение и обработка информации, поступившей в нервные структуры из сенсорной памяти. В сознании эта информация представлена наглядными и мысленными образами. Предполагается, что кратковременная память имеет единственное хранилище информации, точнее, нейропсихологическую структуру, в которой она обрабатывается. Впервые объём кратковременной памяти был установлен Д. Якобсом – в среднем, это семь цифр. Аналогичная картина была обнаруже-

на и при запоминании бессистемного набора букв, фонем, слогов, слов, фигур: объём данной памяти составляет 7 ± 2 элемента. Некоторые авторы именно этим обстоятельством объясняют происхождение магии числа «семь» (семь чудес света, у семи нянек…, семь раз отмерь…, на семи ветрах, семь-я и т. п.). Упомянутые расчёты не дают точного представления об объёме кратковременной памяти. Дело в том, что любой из семи элементов может быть представлен одним блоком, вмещающим большой объём информации, например осмысленной фразой, пространственно организованным объектом, стихотворной строфой и др.

Большинство индивидов обладает способностью структурировать информацию тем или иным привычным для себя образом. Математик А. С. Аиткен обнаружил, что, если располагать цифры группами по пять в каждой и затем повторять их в определённом ритме, то запоминать цифры становится значительно легче. Сам он запоминал с первого предъявления до 1 тыс. цифр, используя упомянутый метод. В работе кратковременной памяти принимает участие и прошлый опыт индивида, то есть его долговременная память. Это видно уже из того, что новая информация при её усвоении всегда ассоциируется с прежними знаниями, а построение мысленных образов невозможно без активации соответствующих программ их формирования.

Время хранения информации в кратковременной памяти – до 20 секунд. Оно может быть произвольно увеличено

индивидом на более длительный срок, например путём намеренного удержания в своём сознании этой информации. Иллюстрацией работы кратковременной памяти могут служить явления эйдетизма (см. далее), а также эффект новизны. Последний обнаружен у пациентов с фиксационной амнезией и проявляется в том, что из ряда предлагаемых к запоминанию слов или цифр пациенты лучше воспроизводят несколько последних. Хорошее воспроизведение начальных элементов ряда указывает, по-видимому, на участие в этом кратковременной памяти. Обычно объекты начала и середины ряда припоминаются значительно хуже.

3. ***Долговременная память*** – система длительного хранения информации, используемой в процессах сенсорной и кратковременной памяти. Включает в себя ряд блоков специализированной памяти. В каждом из них хранятся как следы организованной тем или иным образом памяти, доступные произвольному воспроизведению, так и следы памяти, которые с трудом либо вовсе недоступны намеренной репродукции. Последние составляют, по некоторым оценкам, до 90 % всех запасов долговременной памяти. Такие следы могут, однако, воспроизводиться непроизвольно под влиянием гипносуггестии, в сновидениях и болезненных состояниях, таких как галлюцинации, бред, спутанность сознания, мания, депрессия.

Различают несколько вариантов организации следов доступной намеренной репродукции долговременной памяти:

– ***пространственный***, содержащий некие опорные пункты и позволяющий индивиду формировать так называемые когнитивные карты, дающие ему возможность локализовать объекты в пространстве и во времени;

– ***линейный,*** распределяющий впечатления в определённой последовательности, например в алфавитном порядке, согласно порядку чередования цифр, по размеру и др.;

– ***ассоциативный,*** то есть по каким-то общим признакам, например по цвету названию, качеству, месту в систематике и др.;

– ***иерархический***, то есть по принадлежности к той или иной категории в классификации, построенной по принципу иерархии. Например, потребности человека могут быть сгруппированы на физиологические потребности, потребности в безопасности, потребности в любви и уважении и т. п.

Информация из долговременной памяти может быть представлена в сознании различным образом, чаще всего в виде мысленных образов и символических структур, в особенности речевых.

Выделение таких форм памяти, как буферная (промежуточная между кратко- и долговременной памятью) и сверхдолговременная (со сроками хранения информации более трех месяцев), общепринятым не является.

4. Нейрофизиология памяти

Нервные структуры, обеспечивающие процессы памяти, – это в первую очередь гиппокамп и тесно связанные с ним нервные образования, такие как миндалевидное тело, мамиллярные тела, зрительный бугор. Участие нейронов коры больших полушарий усматривают, в основном, в произвольной регуляции процессов памяти. Единого мнестического центра, наличие которого предполагал в своё время Лэшли, не существует. Тем не менее данные психопатологии о системных амнезиях позволяют предполагать, что многие специализированные виды памяти обеспечиваются относительно самостоятельными нейропсихологическими структурами. Едва ли последние являются, однако, хранилищами информации. Скорее они выполняют функцию ***коммутатора*** (от лат. commutare – менять, переменять). По аналогии с узлом связи они не вырабатывают сообщений, а лишь соединяют абонентов друг с другом.

Физическую основу сенсорной памяти, как предполагают, составляет возбуждение чувствительных рецепторов и нейронов таламуса. Нейрофизиологическую основу кратковременной памяти образует, по-видимому, циркуляция нервных импульсов по нейрональным цепям на всём пространстве головного мозга, начиная от зрительного бугра и вплоть до лобных отделов коры больших полушарий мозга. Ма-

териальным субстратом долговременной памяти полагают биохимические механизмы в нервных клетках, протекающие с участием рибонуклеиновой кислоты и специфических белков. Предположение о существовании особого вещества памяти, находящегося в определённых нейронах большого мозга, подтверждения не получило. Подчёркивание роли синапсов в процессах памяти представляется спорным. Совершенно ясно, что дисфункция синапсов влечёт расстройство памяти, но лишь в той степени, в какой нарушаются пути нервной проводимости и активность соответствующих нейропсихологических структур.

Повидимому, главную роль в процессах памяти играют всё же нейроны, именно в них хранится вся информация, поступающая в головной мозг по сенсорным каналам. Некоторое значение в обеспечении процессов памяти имеет, возможно, и нейроглия, от функционирования которой зависит рабочее состояние нейронов.

5. Виды памяти

Имеются в виду функциональные аспекты памяти, различаемые в зависимости от характера информации, а также способов её фиксации и репродукции. Выделяют следующие виды памяти:

– ***образная память*** – следы памяти, воспроизведение которых влечёт появление в сознании индивида наглядных

и мысленных образов различной сенсорной модальности. В первую очередь это ***иконическая*** (зрительная) и ***эхоическая*** (слуховая) память. Название «иконическая» происходит от греческого eikon – изображение, «эхоическая» – от греческого Echo – имя нимфы, наказанной за болтливость так, что она могла повторять лишь окончания чужих слов (в экспериментах на слуховую память лучше воспроизводятся начальные слова ряда и слова в его окончании, причём последние слова ряда вспоминаются с точностью, напоминающей эхо). Другие виды образной памяти, такие как обонятельный, вкусовой, тактильный, кинестетический и т. д., специальных названий не получили;

– ***эмоциональная память*** – следы памяти, в которых хранится отношение индивида к тем или иным явлениям и событиям. Эти следы актуализируются только при непосредственно контакт с соответствующим явлением, произвольно вызвать у себя чувство вины или радости невозможно. Эмоциональная память относится к числу наиболее прочных, она сохраняется даже у пациентов с выраженным слабоумием. Негативное отношение к определённым ценностям характеризует такие феномены, как стыд, совесть и связанные с ними эмоции (чувство вины, недовольство собой и др.). Совесть, как и чувство стыда, не обладает побудительной силой, но она блокирует неприемлемые для сознания индивида побуждения. Представление о том, что совесть универсальна и одинакова у людей разных эпох, культур и социальных

групп, не соответствует действительности, оно заимствовано из христианской этики. Эмоциональная память, точнее, её следы формируется, в основном, в раннем детстве. Позитивное отношение к ценностям существования хранят следы памяти об идеалах индивида. Идеалы обладают значительной побудительной силой, порой превосходящей воздействие на поведение со стороны потребностей организма;

– ***эпизодическая память*** – следы памяти, которые, по мнению Э. Тульвинга, содержат пометки о том, где, когда и каким образом была получена соответствующая информация;

– ***автобиографическая память*** – следы памяти о личной жизни индивида. Рассматривается как разновидность эпизодической памяти;

– ***семантическая память*** – следы памяти о значении слов и иных символов; то же, что и символическая память;

– ***лексическая память*** – следы памяти на графологические и фонологические характеристики слов речи, благодаря чему сохраняется способность их писать и произносить;

– ***репродуктивная память*** – вид памяти, благодаря которому достигается точное воспроизведение полученных ранее впечатлений, например при заучивании текста. Обычно преобладает у детей. Иногда обозначается термином «механическая память»;

– ***реконструктивная память*** – вид памяти, благодаря которому становится возможным свободный пересказ по-

лученных ранее впечатлений. Это, например, вольный пересказ прочитанного текста. Данный вид памяти сохраняет лишь некие абстрактные принципы организации материала, воспоминания тем самым всякий раз как бы воссоздаются заново, инвариантным остаётся лишь значение воспринятого;

– ***процедурная память*** – память на автоматизированные действия, навыки, в норме восстанавливаемые без особых сознательных усилий. Например, это ***артикуляционная память*** (на автоматизмы устной и письменной речи), ***амбулаторная*** (на автоматизмы ходьбы, бега), ***экспрессивная*** (на выразительные акты), ***музыкальная*** (на способность играть на музыкальных инструментах), ***двигательная*** (на автоматизмы других действий, таких, как разглядывание чего-либо, одевание и раздевание, приготовление пищи, вождение автомобиля, плавание и т. д., включая разнообразные действия профессионального характера), ***алгоритмическая*** (на способы решения задач) и мн. др.;

– ***декларативная память*** – вид памяти, благодаря которому запоминание и воспроизведение информации происходит без участия сознания и произвольных усилий. Например, путём подражания, формирования условных рефлексов, операционального научения;

– ***цветовая память*** – вид памяти на цвета воспринятых ранее объектов;

– ***ассоциативная память*** – следы памяти, которые вос-

производятся один за другим по признаку их смежности (по внешнему сходству, контрасту, времени образования, приуроченные к одной и той же обстановке или ситуации). То же, что и воспроизведённая память;

– ***восстановленная память*** – вид памяти, функционирующий под влиянием внушения и самовнушения как в состоянии бодрствования, так и в состоянии изменённого сознания (гипнотический транс, просоночное состояние, медитация);

– ***проспективная память*** – вид памяти о том, что индивид спланировал и намерен сделать в будущем;

– ***интенсивная память*** – вид памяти, функционирующий с помощью приёмов мнемотехники;

– ***метапамять*** – вид памяти на состояние и особенности собственной памяти.

Память человека настолько специализирована, что перечень её видов можно продолжить и далее. Существует память на лица, на хронологию событий, пространственные отношения, сновидения, образы воображения, свежие мысли, болезненные ощущения, феномены психопатологии и многое другое. Данное обстоятельство делает понятным разнообразие нарушений памяти, которые носят к тому же весьма индивидуализированный характер. Те стандартные методы исследования, которые используются в патопсихологии и психопатологии (запоминание рядов цифр, слов, фигур и т. п.), обычно затрагивают лишь отдельные стороны памяти и

аспекты её нарушения, а полученные при этом данные не дают полного представления об имеющихся мнестических расстройствах.

Различают также имплицитный и эксплицитный виды памяти. ***Имплицитная*** или непроизвольная память относится к такому запоминанию, удержанию и воспроизведению информации, при которых индивид не прилагает сознательных усилий контролировать мнестические процессы (англ. implicit – подразумеваемый, неясно выраженный) Что-то запоминается, сохраняется или вспоминается, но индивид намеренно к этому не стремится или даже не догадывается, что он что-то запомнил. Этот вид памяти свойственен маленьким детям и животным. Младенец не имеет установки что-то запомнить, он запоминает впечатления непроизвольно и в линейной их последовательности, но в первую очередь то, что порождает эмоциональный отклик и особенно занимает его внимание. Это и есть имплицитная, как бы первичная, врождённая память. Она функционирует также во время сна, наркоза, транса и иных состояний, в которые функционирование сознания нарушено.

Информация запоминается в порядке её поступления, способность структурировать её, а также способность забывать что-то второстепенное отсутствуют. Существует сравнительно немного случаев исключительной памяти данного рода. Например, известен ***феномен календарной памяти*** у лиц с умственным недоразвитием, когда пациенты меха-

нически запоминают длинные ряды впечатлений, в частности, рисунки на листках календаря от его начала до конца. Иногда подобный феномен встречается у пациентов с детским аутизмом. В большинстве неконтролируемых процессов памяти не следует, по-видимому, говорить о гиперфункции имплицитной памяти, скорее всего, речь идёт о регрессии эксплицитной памяти на ранние этапы её развития.

Эксплицитная (произвольная) память связана с предварительной установкой на запоминание, удержание и воспроизведение впечатлений (англ. explicit – полностью высказанный, не оставляющий сомнений, точный, определённый). Установка на запоминание формируется постепенно и позже после рождения, с нею, видимо, и связаны отрывочные воспоминания детских впечатлений в первые 3–4 года жизни. Развитие этой установки в значительной степени обусловлено, по-видимому, определёнными требованиями и ожиданиями взрослых, указывающими ребёнку, что важно для него, а что – нет. Тем самым ребёнок учится не только тому, что следует запоминать, но и тому, что надо забывать. Благодаря мнестической установке индивид без особых усилий запоминает важные для себя вещи и легко избавляется от ненужных воспоминаний.

Установка, по определению, есть феномен бессознательного. Следовательно, память, связанная с ней, хотя она и рассматривается как эксплицитная, не способна обеспечить необходимой адаптивной гибкости наперёд и во всех ситуа-

циях, зачастую совершенно непредсказуемых. Поэтому установка на запоминание должна дополняться контролем со стороны сознания, когда индивид по своей воле решает, как лучше ему что-то запомнить, что следует сохранить в памяти в первую очередь и до какого времени и от каких следов памяти нужно избавиться без существенных потерь для успешного функционирования. Материал памяти вследствие этого не остаётся неизменным, он так или иначе преобразуется под давлением процессов сознания. Кроме того, он меняется также под влиянием самооценки, желаний, настроения и др.

Оба вида памяти, имплицитная и эксплицитная, функционируют в значительной степени независимо один от другого. Так, состояние имплицитной памяти может оставаться относительно неплохим даже при значительном ухудшении или временном выключении эксплицитной памяти. Пациент может, например, что-то запечатлевать во время сна или в состоянии наркоза. Так, он сообщает, что во время операции и в наркотическом оглушении он «просыпался внутри себя – чувствовал боль, хотел, но не мог дать об этом знать окружающим». Описан редкий случай, когда музыкант, пациент с амнезией на текущие события, смог с посторонней помощью научиться играть новую музыкальную вещь. Такую возможность подтвердил и эксперимент Клапареда, швейцарского психиатра. Здороваясь с пациентом, страдающим амнезией, исследователь протягивал для рукопожатия руку со спрятанной в ней иглой. Пациент поначалу всякий раз пожимал ему

руку, но затем перестал это делать и даже отводил свою руку за спину. На вопрос о том, почему он это делает, пациент ответить не мог, он не мог вспомнить, что чувствует боль во время пожатия руки врача.

Наблюдений, в которых отмечалось бы снижение имплицитной памяти, но на достаточно хорошем уровне сохранялась эксплицитная память, в литературе не встречается. Нет, по-видимому, специальных работ и о психопатологии имплицитной памяти.

В развитии ***эксплицитной памяти различают несколько этапов.***

На самой ранней стадии её развития в онтогенезе фиксация производится посредством хранения каких-нибудь предметов, напоминающих о каком-то событии или явлении прошлого, например с помощью локона волос, фамильных и исторических реликвий, фрагментов разрушенных временем строений, уцелевших от разложения частей тела и т. д. В музеях всех народов, которые дорожат памятью о своих предках, хранится множество таких вещей.

На второй стадии развития произвольной памяти запоминание производится с помощью действий с различными предметами, нередко имеющих символическое значение. Это, например, обрядовые действия, воскрешающие память о затерянных в прошлом событиях. Обучение навыкам не бывает успешным без того, чтобы заучить соответствующие манипуляции на муляжах, макетах, более простых техни-

ческих устройствах. Нередко для того чтобы вспомнить забытое, индивид, вспоминая ключевые сигналы, повторяет предыдущие совершенно случайные действия.

Третью стадию произвольного запоминания характеризует использование речевых форм. Это, например, вербализация текущих впечатлений, запоминание речевых инструкций о том, что и когда следует делать; составление протоколов, учебных пособий и учебников и вообще каких-нибудь текстов, а также приёмов мнемотехники.

Наконец, последнюю, ***наиболее совершенную стадию развития произвольного запоминания*** и воспроизведения характеризует создание индивидом осмысленных структур. Чтобы прочно что-нибудь запомнить, индивиду необходимо хорошо это понять, включить нечто новое в свой прежний и осознанный опыт.

Развитие эксплицитной памяти в филогенезе отражает последовательность формирования способности к произвольной деятельности: вначале это готовность к принятию внешнего принуждения, затем – внутреннее принуждение, позже – появление соответствующей установки и, наконец, сознательный контроль над процессами памяти.

6. **Приёмы мнемотехники.** Используются с целью интенсификации процессов памяти, в частности, при реабилитации пациентов с мнестико-интеллектуальными нарушениями. Многие из таких приёмов как бы стихийно используются людьми и известны с давних времён. Д. Херрман и С. Пет-

ро (1988) насчитали 74 метода мнемотехники, к которым достаточно часто прибегают и поныне. Эти приёмы могут быть сгруппированы следующим образом:

– ***локационная техника*** – мысленное размещение запоминаемых объектов в хорошо знакомом пространстве (в собственной квартире, в рабочем помещении, на привычной улице и т. п.);

– ***метод ключевых слов*** – основан на использовании специального заученного ряда из 10 и более слов. С каждым из этих слов индивид ассоциирует тот или иной объект из числа подлежащих запоминанию;

– ***метод акронимов*** – основан на использовании начальных букв из названий предполагаемых к запоминанию объектов (греч. akron – конечность, onyma – имя). Из этих букв составляют затем слова или такие буквы применяют для сочинений легко запоминаемых фраз;

– ***использование костяшек фаланг*** – например, для определения числа дней в том или ином месяце года;

– ***использование записей*** в дневник, календарь или записную книжку, завязывание «узелков на память», выработка привычки класть вещи на одно место, что-либо делать в строго определённом порядке. Современные технические устройства существенно расширяют такие возможности человеческой памяти. Существует опасность того, что неумеренное применение технических средств может не лучшим образом отразиться на состоянии памяти;

– ***использование ассоциаций*** запоминаемых впечатлений с какими-либо привычными объектами и выражениями с целью придать более известный смысл этим впечатлениям («кислое лицо», «задумчивый взгляд», «кряжистая фигура» и т. д.);

– ***объединение впечатлений в группы*** по какому-либо общему признаку (цвету, тяжести и др.).

7. **Свойства памяти**. Различают такие характеристики индивидуальной памяти:

– ***объём памяти*** – количество информации, которую способна вместить память индивида. Более или менее достоверные данные получены лишь об объёме кратковременной памяти. Объём сенсорной памяти исчислению не поддаётся. Объём долговременной памяти оценивается приблизительно в 10^{23} единиц информации;

– ***быстродействие памяти*** – скорость запоминания и репродукции информации. В норме зависит от организации последней, а также от темперамента индивида. При органических процессах, депрессии и других болезненных состояниях с заторможенностью психической деятельности скорость протекания процессов памяти замедляется, при мании, некоторых видах опьянения она, напротив, увеличивается. Количественных критериев скорости течения процессов памяти не предлагается;

– ***показатели запоминания и репродукции*** – определяются числом ошибок, которые индивид демонстрирует при

исследовании его памяти. Чётких количественных критериев данных показателей памяти не существует. Оценка адекватности процессов фиксации и репродукции часто бывает затруднена тем, что об исходном состоянии памяти пациента сведений чаще всего не имеется. О наличии патологии часто судят по тому, нарушена ли социальная адаптация индивида. Нерезкие нарушения памяти объективной оценке, как правило, недоступны, об этом приходится судить только со слов пациентов;

– ***длительность сохранения информации*** – известна в отношении некоторых видов сенсорной памяти, а также кратковременной памяти. Долговременная память хранит информацию в зависимости от ряда факторов: качества информации, частоты её использования, значения в жизни индивида. Некоторая часть информации хранится неопределённо длительное время.

2. Психопатология памяти

Условно различают две группы нарушений памяти: количественные и качественные.

1. Количественные нарушения памяти. Характеризуются утратой, ослаблением или болезненным обострением процессов памяти. Рассматриваются: амнезия, гипомнезия, системные амнезии и гипермнезия.

1. **Амнезия** (греч. a – утрата, отсутствие, mnesis – вос-

поминание) – утрата памяти на впечатления определённого промежутка времени или события определённого рода.

1) **Фиксационная амнезия** – утрата способности произвольно запоминать и воспроизводить текущие впечатления. Аналогичное состояние памяти, например, при тяжёлой умственной отсталости фиксационной амнезией не является. Непроизвольная память при фиксационной амнезии страдает в меньшей степени либо сохраняется на прежнем уровне. Память на события недавнего и отдалённого прошлого обычно не нарушается или обостряется. Пациенты с фиксационной амнезией не ориентируются во времени, в месте нахождения, обстановке и ситуации – ***амнестическая дезориентировка.*** Спустя 5-10 секунд пациенты навсегда забывают о воспринятом. Наблюдается при атрофических процессах, интоксикациях, оглушении и спутанности сознания. В случаях органических процессов память страдает необратимо, часто амнезия прогрессирует. Фиксационная амнезия – один из симптомов Корсаковского психоза наряду с явлениями полиневрита и конфабуляциями.

2) **Ретроградная (ретроактивная) амнезия** (от лат. retro – позади, gradior – идти) – выпадение памяти на впечатления, полученные до наступления болезненного состояния. В частности, до момента черепно-мозговой травмы. Длительность амнезируемых интервалов времени варьирует от долей секунды до месяцев и даже лет, это зависит от тяжести патологического процесса. Если способность вспо-

минать забытые впечатления постепенно восстанавливается, нарушение памяти обозначается термином ***регрессирующая ретроградная амнезия*;** если дефект памяти сохраняется – ***стационарная ретроградная амнезия***, если же он нарастает – ***прогрессирующая ретроградная амнезия***. Восстановление памяти происходит в порядке, обратном запоминанию впечатлений, то есть от прошлого к настоящему. У полиглотов лингвистическая память восстанавливается в соответствии ***с законом Питра***: в начале вспоминается язык, усвоенный раньше других, либо тот, которым индивид пользовался наиболее часто, последним – язык, усвоенный позднее других, либо тот, которым индивид пользовался реже прочих. В. М. Бехтерев (1900) описал ***ретроградную периодическую амнезию*** – переживаемую тяжело утрату памяти на события последних суток, предшествовующие эпилептическому припадку. Аналогичное расстройство описано у пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку.

3) **Антероградная амнезия** (от лат. anterius – прежде, до + gradior) – стойкое выпадение памяти на события, происходившие после выхода пациента из болезненного состояния с расстройством сознания. Амнезия распространяется от секунд до ряда дней, недель. Типично, что в тот период времени, на который распространяется выпадение памяти, пациенты не обнаруживают явного мнестического дефекта и неспособности ориентироваться в месте, времени, обстановке, окружающих людях, ситуации. В литературе антероград-

ная амнезия часто отождествляется с ретроградной амнезией. Антероградная амнезия обнаруживается обычно позже и нередко совершенно случайно. Так, пациент, перенёс ушиб головного мозга с утратой сознания на несколько часов, затем травматический психоз с сумеречным помрачением сознания. По окончании последнего был госпитализирован в психиатрическую клинику, где находился в течение месяца, вёл себя адекватно, грубого дефекта памяти не выявлялось. После выписки вскоре выяснилось, что он совершенно забыл о пребывании в клинике. Спустя два месяца в беседе с врачом утверждал, что после травмы был без сознания более полутора месяцев. Подобные случаи являются основанием для гипотезы о существовании буферной памяти, срок хранения информации в которой достигает 2–3 суток. Антероградная амнезия обозначается также термином «височная амнезия»: предполагается, что её развитие связано с повреждением и дисфункцией височных структур мозга.

4) **Конградная амнезия** (от лат. con – совместно + gradior) – утрата способности запоминать и воспроизводить впечатления, полученные в период нарушения сознания. Амнезия может быть ***тотальной***, как это бывает при выключении сознания, сумеречном помрачении сознания и аменции, припадках эпилепсии. При онейроиде, делирии и других нарушениях она бывает неполной. Иногда амнезия наступает некоторое время спустя после выхода из болезненного состояния – ***ретардированная*** или отставленная амне-

зия (лат. retardatio – замедление, задержка). В части случаев амнезия носит ***диссоциированный*** характер: забываются, к примеру, только внешние впечатления, в то же время субъективные переживания (обманы восприятия и т. п.) воспоминания могут быть достаточно полными. Последнее наблюдается обычно при онейроидном помрачении сознания. Случается, что после выхода из состояния спутанного сознания на фоне амнезии обнаруживаются отчётливые воспоминания отдельных впечатлений – ***феномен Моли***. Так, о недавнем эпизоде эпилептического сомнамбулизма пациент сообщает: «Мне казалось, что надо было зачем-то сходить к соседям в другом подъезде дома, вроде бы мама просила меня что-то им сказать или позвать к нам. Потом я помню, как стоял у двери соседей и стучал к ним. Затем я слышал на лестнице шаги, меня окликнули по имени, и я узнал знакомого человека. Хорошо помню, как он спросил меня, что я тут делаю. Я что-то отвечал ему, говорил отдельные слова и зачем-то повторял их несколько раз. Запомнил ещё, как меня отвели к нашей квартире и открыли дверь. Наверное, после этого я лёг спать, но этого я уже не помню. Утром, когда проснулся и, вспоминая всё это, я понял, что опять лунатил, будто был в каком-то полусне». Выпадение памяти последнего типа некоторыми исследователями рассматривается как «облегчённая амнезия» и обозначается термином «лакунарная амнезия» (лат. lacuna – яма, углубление).

5) **Прогрессирующая амнезия** – нарастающее по зако-

ну Рибо опустошение памяти: начиная от свежих впечатлений по направлению ко всё более отдалённым, от разрозненных воспоминаний – ко всё более связным, структурированным и от менее автоматизированных воспоминаний – ко всё более привычным и автоматизированным. На первом этапе развития амнезии теряется способность запоминать и воспроизводить текущие впечатления, на втором – полученные до развития болезненного состояния. В связи с этим возникает ***феномен прогрессирующей регрессии*****,** как бы мнимого омоложения: пациенты последовательно уменьшают свой возраст вплоть до детского, забывая всё, что было с ними до этого. Они не узнают себя на недавних фотографиях, не узнают своё настоящее отражение в зеркале – соответственно ***симптом фотографии*** и ***симптом зеркала***. Не узнают также своих близких и вообще всего того, что происходило в забытый период времени. В последнюю очередь теряются двигательная и эмоциональная память. Это типично для старческой деменции.

6) **Эпизодическая амнезия** – выпадение из памяти разных по продолжительности эпизодов происшедшего как недавнего, так и отдалённого прошлого, не связанное с определёнными органическими или психогенными факторами. В литературе не упоминается. Иллюстрации. 1. Пациент сообщает: «Год назад я перегонял кран из Иркутска в Ангарск. Проехал где-то 5–6 часов. Помню, как собирался ехать, помню начало пути. Потом я вдруг как бы очнулся и с удивлени-

ем узнал, что нахожусь уже далеко от Иркутска. Совершенно не помнил, как это я проехал так далеко. Испугался, не случилось ли чего в пути, остановился. Пошёл выяснять у проезжавших водителей, не видели ли они аварии, не задавило ли кого автокраном. После этого долго переживал и следил за сообщениями происшествий на этой дороге». 2. Больная рассказывает: «Я помню, что мы с мужем поссорились, мне захотелось убежать из дома. В себя я пришла только в Новосибирске в тот момент, когда подходила к гостинице. Обнаружила, что у меня пропали кое-какие вещи и кошелек, где были документы, деньги и, кажется, обратный авиабилет до Иркутска. Подобное со мной случалось и ранее, из памяти улетучивались по 2–3 часа, а тут, думаю, прошло не менее 10 часов». Данный эпизод напоминает истерическую фугу, но против этого говорит то, что в памяти сохранилась ссора с мужем, которую она должна бы забыть. 3. Пациент сообщает: несколько раз он совершенно забывал, как доезжал на работу, а иногда и то, что там делал: «Помню, как выезжаю из гаража, а что происходит дальше, ничего не помню. Начинаю вспоминать лишь с того момента, как я подъезжаю к месту работы. Стал бояться ездить в машине один, беру теперь попутчиков. С ними спокойнее и не бывает провалов памяти. Несколько раз было так: я заключаю договор на поставку товаров в СИЗО. На это уходит до 3–4 часов, а то и более, – пока договоримся, оформим документы, подпишем и т. д. Затем я всё это забываю. Думаю, надо бы заключить

договор, открываю стол, а там он лежит уже готовый. Как всё это происходило, не помню. Прямо спросить неудобно, сами понимаете, да и нельзя, я ведь служу в органах. Стараюсь разузнать окольными путями. Но даже когда мне расскажут, вспомнить всё равно не могу. Хорошо ещё, что, по рассказам знакомых, в это время не делаю и не говорю что-то ненормальное». 4. Некоторые пациенты подобные выпадения памяти обнаруживают совершенно случайно. Так, больная сообщает: когда её сестра рассказывает о событиях совместного прошлого, «я некоторых вещей не могу вспомнить, будто их совсем не было. О таких провалах памяти я и не догадывалась. Мне кажется, я не могла бы такого забыть».

К эпизодической амнезии относится и ***прагматамнезия*** – амнезия недавно совершённых действий (греч. pragme – дело, действие, вещь, предмет). Иллюстрации: 1. «Говорила вчера по телефону с мамой и совершенно об этом забыла. Если бы мама не сказала мне о разговоре, я ничего о нём и не знала бы». 2. «Встречалась на днях с подругой. Договорились с ней на выходные сходить на остров «Юность» позагорать. Решили, кто что возьмёт с собой. Знакомая позвонила мне в этот день, спросила, почему я не пришла. А я и не вспомнила о разговоре с ней, память как отшибло». 3. «Заходила в магазин, купила, что надо. Потом опять собралась за этими покупками. Не попадись они мне на глаза, я купила бы их второй раз. Как я была в магазине, как покупала, как вернулась домой, – совершенно не помню». «На-

писала письмо, отправила, а потом забыла, как и что писала, как отправляла. Муж остановил меня, когда я хотела опять писать, он сказал, что я это уже делала». Прагматамнезия иногда встречается у пациентов с навязчивыми явлениями – проверками уже сделанного ими. Например, выходя из дому, они не могут отчётливо вспомнить, выключили они газ или свет, заперли дверь на замок или только намеревались это сделать, и даже неоднократные самопроверки их не успокаивают. Иногда им кажется, что они хотели это сделать, но, отвлёкшись, забыли. Нечто подобное эпизодической амнезии встречается у здоровых лиц, когда они машинально что-то делают, думая в это время о чём-то другом.

7) **Постсомническая амнезия** – выпадение памяти, связанное с нарушениями сна. Пациент сообщает: «Утром просыпаюсь и обнаруживаю, что местами хорошо помню, что было накануне, а местами не помню ровно ничего, будто стёрлось всё из памяти. Когда мне рассказывают, что было или что я делал и говорил, всё равно не могу вспомнить, как будто ничего и не было. Как после пьянки, когда что-то забываешь. Но я ничего в этот день не пил, это я точно помню. А иногда бывает так, что я вспоминаю вчерашнее, только мне кажется, что это было очень давно». Описание данной амнезии в литературе отсутствует.

8) **Алкогольная амнезия** – неспособность пациентов с алкогольной зависимостью вспомнить, что происходило во время их опьянения. Они могут знать, что как пьяными пы-

тались запомнить происходящее, это помогает. Иллюстрация: «Помню, как выпил 2 или 3 рюмки. И всё, дальше как отрубило, ничего не помню, хоть убей. Друзья говорили, что мы сначала пили у меня, потом ездили к знакомому, пили у него. Там были женщины, оттуда с ними подались в ресторан. Пили и там, сидели часа 2 или 3. Я, рассказывают, танцевал с какой-то девицей, объяснялся ей в любви, поругался с каким-то мужиком, мы дрались, нас разнимали. Не могу в это поверить, неужели это были. Со стороны, говорили мне, я не был в это время сильно пьян, правда, меня развезло к концу, домой меня тащили волоком». Развитие алкогольной амнезии связано, предположительно, с выраженным диссоциативным нарушением идентичности в опьянении. Известны случаи, когда пациенты с алкоголизмом лишь в опьянении могут вспомнить, что они делали в предыдущем эксцессе, – *феномен разрывной памяти Э. Гудвина*. Например, пациент трезвым не может вспомнить, куда в опьянении он спрятал деньги или бутылку. Лишь выпив, он это вспоминает. Иногда встречаются пациенты с аналогичным феноменом, но выраженным в отношении навыков. Так, пациент в опьянении относительно неплохо играет на гитаре, а в трезвом состоянии он этот навык забывает. Предвестником алкогольной амнезии являются *алкогольные палимпсесты* (греч. palimpseston (biblion) – вновь соскобленная (книга)) – выпадение из памяти отдельных впечатлений периода опьянения. Обычно пациенты самостоятельно обнаруживают такие про-

белы памяти.

9) Алкогольная амнезия отличается от **амнезии опьянения индивидов, не страдающих алкогольной зависимостью.** Амнезия опьянения – выпадение памяти на период токсического оглушения сознания. Возникает после употребления чрезмерной дозы алкоголя, является разновидностью конградной амнезии.

10) **Транзиторные амнестические эпизоды** – провалы памяти на недавние события у лиц старше 45 лет события. Полагают, что они обусловлены приступами ишемии в области лимбических структур (Frank, 1981). В отечественной литературе расстройство известно под другим названием: транзиторная глобальная амнезия (Завилянский и др., 1989). Впервые описаны M.B.Bender (1956). См. также ретроградную периодическую амнезию В. М. Бехтерева.

11) **Детская** или **инфантильная амнезия** – неспособность большинства индивидов вспомнить впечатления, имевшие место в первые 3–4 года жизни. Нормальное, не имеющее объяснения явление. Возможно, она связана с незрелостью эксплицитной памяти. Отклонением является амнезия, распространяющаяся на более длительные сроки, – на первые 5–6 лет и более. Это указывает на оставание интеллектуального развития.

12) **Интоксикационная амнезия** – выпадение памяти, связанное с острой интоксикацией (алкоголем, барбитуратами, наркотиками, другими седатиками). Разновидность кон-

градной амнезии.

13) **Амнезия источника** – выпадение памяти на источник полученной информации. Расстройство не имеет чётких границ с нормой – об источниках большей части информации, особенно полученной в далёком прошлом, забывают едва ли не все индивиды.

14) **Аффектогенная амнезия** – тотальное выпадение памяти на период патологического аффекта. Разновидность конградной амнезии. При физиологическом аффекте воспоминания неполны, неточны, однако собственно амнезии не наблюдается.

15) **Постгипнотическая амнезия** – выпадение памяти на период гипнотического транса. Наблюдается в двух вариантах. Первый характеризует нарушение сознания и самовосприятия, возникающее в состоянии глубокого гипнотического сна (по В. М. Бехтереву) или сомнамбулизма (по А. Форелю). Выпадение памяти не связано с внушением, является разновидностью конградной амнезии. Второй вариант амнезии вызван влиянием внушения в состоянии гипноза.

16) **Периодическая амнезия** – выпадение памяти на период актуализации другой личности (других личностей) у пациентов с диссоциативным расстройством идентичности. Проявления той или иной идентичности частично или полностью амнезируются другой личностью (другими личностями). Амнезии у личности-хозяина может и не быть. К данному расстройству памяти примыкают выделяемая неко-

торыми авторами ***аутогипнотическая амнезия*** (возникает под влиянием самовнушения в состоянии изменённого сознания) и ***динамическая амнезия*** (истерическая амнезия, при которой вытесненные воспоминания восстанавливаются под влиянием гипносуггестии).

17) **Мотивированная (истерическая) амнезия** – выпадение памяти на психотравмирующие впечатления. Называется также ***кататимной амнезией*** (греч. katathymo – унывать, падать духом). J.Babinsky (1909) ввёл для обозначения такого рода нарушений термин ***питиатизм***, то есть излечивающийся внушением (греч. peitho – внушение, iathos – излечение). Описанная им пациентка после конфликта с ним забыла его имя, внешность и другое, что было с ним связано. Ещё одно сообщение: «Забыла похороны отца. На похоронах, говорят, я не плакала. После похорон вошла в дом и спросила, где отец, куда он ушёл. О похоронах вспомнила дней через 10». Подобные нарушения памяти иногда встречаются в детском возрасте. Так, мальчик четырех лет, вернувшись из больницы домой, некоторое время узнавал всех близких ему людей за исключением матери, как бы обидевшись на неё за долгую разлуку. Чаще всего мотивированная амнезия встречается при ***истерических фугах***, при этом некоторые пациенты забывают решительно всё относящееся к своей биографии (лат. fuga – бегство).

18) **Эпохальная амнезия** – утрата автобиографической памяти. Возникает вследствие шоковых состояний, прохо-

дит спустя разные промежутки времени, чему способствуют терапевтические сеансы гипносуггестии и амитал-кофеиновое растормаживание.

19) **Посттравматическая амнезия** – амнезия, наступающая вследствие физической травмы мозга (внутричерепная травма, электрическая травма). Амнезию представляет совокупность разных вариантов органической амнезии (ретроконградная, ретроантероградная, ретроконградноантероградная, конградноантероградная амнезии).

20) **Постэнцефалитическая амнезия** – выпадение памяти, наступившее в результате инфекционного поражения нервных структур памяти, чаще всего герпетического энцефалита.

21) **Амнезия сновидений** – выпадение памяти на сновидения. При временной амнезии сновидения спустя некоторое время внезапно вспоминаются, намеренно, спонтанно или в связи со случайным впечатлением. Стойкая амнезия сновидений проявляется утратой памяти на сновидения на некоторый период времени или навсегда. До трети здоровых лица вообще не помнят своих снов или забывают их содержание вскоре после пробуждения. Данный вид амнезии в литературе не упоминается.

Приведённый перечень известных в настоящее время видов амнезии не является исчерпывающим. Амнезия избирательно может затрагивать любой из многочисленных видов памяти.

2. **Системная амнезия** – локальные выпадения памяти, связанные с воспроизведением навыков. При этом в первую очередь страдает процедурная память того или иного вида. В развитии системной амнезии различаю три этапа. На первом нарушение проявляется ухудшением репродукции того или иного навыка (например, забыванием на время некоторых слов, ошибками их произнесения, отдельными нарушениями узнавания и праксиса). На втором выявляется собственно амнезия одного какого-то навыка или даже одновременно нескольких связанных с ним. На третьем амнезия приобретает генерализованный характер, касается не одних только навыков, но в равной степени и других следов памяти.

1. **Афазия** (a + греч. phasis – речь) – утрата способности к речи, возникающая при локально-органических повреждениях коры больших полушарий мозга или общеорганических расстройствах, затрагивающих нервные речевые центры (A. Trousseau, 1864). При этом двигательные функции речевой мускулатуры при афазии, в отличие от дизартрии, интактны. Речевые трудности возникают в результате неспособности понимать лексические и грамматические составляющие языка, а также из-за нарушений инициативы в речи, трудностей поиска нужного слова, утраты навыка построения грамматически правильных фраз. Афазия в большинстве случаев сопровождается нарушением письма и чтения (аграфией и алексией).

Лингвистический дефект при афазиях может локализо-

ваться как на этапе понимания языка – ***расстройство импрессивной речи***, так и на этапе собственно речевой продукции – ***расстройство экспрессивной речи.*** Расстройство импрессивной речи обычно приводит к более выраженным нарушениям. Они хуже поддаются устранению, т. к. страдают как восприятие речи, так и её продукция, вызванная нарушением произвольного контроля экспрессивной речи. Поражение импрессивной речи может быть связано с ***нарушением фонематического слуха*** – способности выделять смысловую составляющую звуков человеческой речи (различать дифтонги, близкие по звучанию фонемы). Пациент не узнаёт обращённые к нему слова, как если бы он не знал или знал недостаточно свой родной язык. В тяжёлых случаях расстройства возникает «синдром глухоты на слова» – обращённую к себе речь пациент воспринимает как бессмысленный набор звуков. Вторично, из-за недостаточного контроля, в собственнной речи пациент подменяет одни фонемы на другие (например, «ба» произносится как «па», «кол» – как «год») – ***литеральная парафазия***. Сходным образом подменяются слова – ***вербальная парафазия***. Выраженные парафазии делают речь пациента становится весьма трудной для понимания её окружающими. Нарушение импрессивной речи может возникать также вследствие ***утраты знания о грамматических конструкциях языка***. Пациент понимает значение отдельных слов, но не улавливает связей между ними в предложении, так как служебные слова (предло-

ги, союзы) и окончания слов ему ровно ничего не говорят. Поэтому не понимает он и смысловых оттенков (например, на различает выражения «треугольник под кругом» и «круг над треугольником», «сын отца» и «отец сына). Становится грамматически неправильной и собственная речь – ***аграмматизм.***

Первичная недостаточность экспрессивной речи проявляется ***трудностями инициации речевой активности*** **и** ***нарушением переключения речевых программ***. При этом уменьшается ***беглость речи*** – число произносимых за единицу времени слов. Для подбора слов возникают длительные паузы – ***брадилалия.*** Речь становится разорванной, она требует значительных усилий. Возникают характерные ***персеверации*** – застревания на одном этапе речевой программы. Возникают оговорки по типу непроизвольного повторения только что произнесённых сочетаний звуков – ***литеральные персеверации*** (например, вместо «кот» пациент говорит «кок») или повторяет слова – ***вербальные персеверации***. Вторично экспрессивная речь нарушается из-за ослабления контроля двигательной активности речевых мышц. Нарушается положение речевых мышц, требуемое для произнесения нужной фонемы. Для корректного построения и смены тонуса мышц необходима информация о том, в каком положении находятся речевые мышцы в данный момент. Нарушение обратной связи может возникать также при трудностях узнавания позы речевых мышц (фактически это

вариант нарушения соматотопического гнозиса). В результате одни артикулемы заменяются другими, близкими по позиции речевых мышц (например, «р» может меняться на «л», «в» – на «п» и др.).

Нередко встречается ***минимальная дисфазия*** или ***преафазия*** (M. Kritchleu, 1974) с минимальным речевым дефектом, который может прогрессировать или, напротив, отмечаться при восстановлении речевых функций после инсульта, травмы головного мозга (резидуальная дисфазия). Расстройство может проявляться в виде речевой инертности, аспонтанности, импульсивности, снижения способности быстро и легко подбирать нужные слова, использования преимущественно слов и фраз, которые в лексиконе пациента встречаются наиболее часто (речевых штампов). Если пациент не находит точного слова или словосочетания, он стремится к подмене слов («ну вот эта штука, как её»), отчего речь становится многословной. Пациент хуже выполняет серийные задания, неудачно интерпретирует и неточно повторяет словесно предъявленный материал, затрудняется объяснить смысл идиоматических оборотов речи (поговорок, пословиц). Возможны трудности при перечислении предметов, относящихся к определённому классу, при составлении устного или письменного рассказа по картинке или на заданную тему. Отмечается также неуверенность восприятия словесного задания и вызванная этим замедленность реакции на него. Описано ряд клинических вариантов афазии:

– ***афазия амнестическая*** (a + греч. mnesis – воспоминание) – утрата способности вспоминать нужные слова, особенно названия известных пациенту предметов. Понимание назначения таких предметов не нарушается; не находя нужного слова, пациент жестами, другими словами или иным образом сообщает, для чего они предназначены. Наблюдаются, кроме того, многоречивость, персеверации, парафазии вербальные, затруднения в спонтанном письме (списывание, письмо под диктовку могут быть не нарушены). Афазия амнестическая объединяет акустико-мнестическую (см.) и оптико-мнестическую афазии (см), но симптомы их часто сочетаются, поэтому такое её разделение на два варианта не всегда оправдано. Амнестическая афазия наблюдается при повреждении теменно-височных и теменно-затылочных отделов доминантного полушария и весьма характерна для болезни Альцгеймера (Trousseau, 1864; Bateman, 1898). Синонимы: Афазия номинанативная (лат. nomina – названия, имена), Афазия аномическая;

– ***афазия акустико-мнестическая*** – возникает в результате первичного нарушения импрессивной речи. Лингвистический дефект локализован на этапе синтеза слов из фонем. Страдает преимущественно распознавание имён существительных как в обращённой к пациенту речи, так и при чтении. Собственная речь обеднена существительными, которые обычно заменяются местоимениями. Проба на категориальные ассоциации выявляет значительное уменьшение в

лексиконе имён существительных. Попытки вспомнить нужное слово могут приводить к паузам в разговоре. Характерны вербальные парафазии. Беглость речи, повторение слов за врачом не страдают, отсутствуют аграмматизмы и нарушения артикуляции. Развивается при локальных поражениях височных долей головного мозга доминантного полушария. Иногда сменяет сенсорную амнезию в процессе её регресса;

– ***афазия афферентная моторная*** – развивается в результате вторичных расстройств экспрессивной речи по типу трудностей построения артикулем (нарушений обратной связи от мышц к центру). Понимание, беглость речи не страдают, паузы отсутствуют, грамматические конструкции правильны. Самостоятельная речь плохо артикулирована, характерны литеральные парафазии по типу замены близких артикулем. Последние могут отмечаться как в спонтанной речи, так и при повторении, чтении вслух, назывании предметов по показу и при письме. Развивается при поражении верхних отделов теменной доли доминантного полушария. См. Афазия моторная эфферентная;

– ***афазия глобальная*** (лат. globus – шар) – сочетание разных видов афазии, встречается при тотальной амнезии в рамках слабоумия;

– ***афазия динамическая*** или ***транскортикальная моторная афазия*** (греч. dynamikos – относящийся к силе; сильный) – нарушение инициации речевой активности (ре-

чевая аспонтанность), в сочетании с трудностями переключения речевых программ (а + лат. spontaneus – самопроизвольный). Характерны: 1) уменьшение беглости речи, особенно при назывании глаголов; 2) телеграфный стиль речи; 3) аграмматизмы в устной речи и при письме. Речь плохо артикулирована, может быть гипофоничной, интонационно не окрашенной. Более характерны вербальные, чем литеральные парафазии. Понимание речи, повторение слов и фраз за врачом сохранены. Наблюдается при повреждении префронтальных отделов лобных долей головного мозга доминантного полушария (по другим данным, конвекситатных (выпуклых) и медиальных (срединных) поверхностей коры лобных полушарий головного мозга). Постепенное развитие динамической афазии характерно для редко встречающейся первичной прогрессирующей афазии. Динамическая афазия может сменять моторную афазию в ходе частичного её регресса;

– ***афазия моторная субкортикальная или афемия, малый синдром Брока —*** возникает при меньшем объёме поражения задненижних отделов лобных долей головного мозга доминантного полушария. Характерны: 1) уменьшение беглости спонтанной речи; 2) трудности повторения слов; 3) трудности называния предметов по показу; 4) нарушение артикуляции. Письменная речь не страдает в том числе и в острейшем периоде. Обычно наблюдается при остром нарушении мозгового кровообращения в бассейне корковых

ветвей левой средней мозговой артернии. Как правило, при этом не бывает стойких двигательных нарушений, однако в остром периоде может отмечаться центральный паралич мимических мышц, лёгкий преходящий гемипарез;

– ***афазия моторная эфферентная*** – в основе расстройства лежат нарушение инициации экспрессивной речи и трудности переключения речевых программ. Пациенты молчаливы, иногда в остром периоде спонтанная речь может полностью отсутствовать. Речь невнятная из-за центрального нарушения звукопроизношения (анартрия), может быть гипофоничной, интонационно не окрашенной, часто отмечаются длительные паузы. Типичными, кроме того, являются телеграфный стиль речи (фразы, состоящие из 2–3 слов, обычно из имён существительных, глаголы почти отсутствуют), аграмматафазия (утрата способности использовать грамматические нормы речи при формировании суждений и высказываний), парафазии вербальные и парафазии литеральные (замены одних фонем и слов другими), контаминации (слияние слов; например, "палалет" образовано из слов "палата" и "туалет") и персеверации (повторение, частичное или полное, предыдущего ответа на следующий вопрос).

Возникают трудности называния предметов, при этом литеральные подсказки не помогают. Нарушается чтение текста вслух. Одновременно с указанными симптомами наблюдается нарушение произвольной письменной речи, допус-

каются как орфографические, так и грамматические ошибки, возможны персеверации отдельных букв. Списывание и письмо под диктовку сохраняются несколько лучше. В тяжёлых случаях значительно страдает также письмо под диктовку, а речь делается непонятной для окружающих. Понимание устной и письменной речи не страдает. Синонимы: Афазия Брока, Афазия атаксическая, Афазия экспрессивная, Анартрия (ан + греч. arthroo – членораздельно произносить). Афазия моторная возникает при локализации очага повреждения в задней трети нижней лобной извилины доминантного полушария – речевого центра Брока (1861). В большинстве случаев данный вид афазии развивается остро в сочетании с гемипарезом и гемигипестезией в результате инсульта в бассейне левой средней мозговой артерии;

– ***афазия музыкальная*** – утрата способности воспринимать музыкальные тексты и/или понимать значение нотных записей (у лиц, имеющих соответствующее образование. Син. Амузия сенсорная;

– ***афазия мыслительная*** – утрата способности рисовать, копировать рисунки и понимать значение неречевых символов. Синоним: Асемия (а + греч. sema – знак);

– ***афазия общая*** – расстройство речи, возникающее при одновременном повреждении речевых центров Брока и Вернике;

– ***афазия оптико-мнестическая*** – характеризуется в первую очередь значительными трудностями при назывании

предметов по показу. Пациент своим поведением даёт понять, что он знаком с предметом, может объяснить его предназначение, помогает подсказка первых звуков требуемого слова (при зрительно-предметной агнозии пациент способен описать предмет, но не узнаёт его, литеральная подсказка не помогает). В отличие от акустико-мнестической афазии, узнавание существительных на слух и спонтанная речь сохранены. Возникает при поражении смежных отделов височной и затылочной долей доминантного по речи полушария. Предполагается, что расстройство вызвано разобщением центров центров зрительно-предметного гнозиса и центров импессивной речи;

– ***афазия оптическая*** – утрата способности вспоминать название и назначение визуально представленных объектов, а также их изображений. Синонимы: Афазия номинативная, Аномия (фр. anomia – отсутствие закона, беззаконие, возникающее при смене одной общественной формации другой);

– ***афазия проводниковая*** – характеризуется затруднением при повторении речи собеседника, невнятным произношением звуков речи, а нередко и утратой способности понимать устную речь окружающих. Расстройство возникает при повреждении нервных волокон, связывающих речевые центры Брока и Вернике;

– ***афазия семантическая*** или ***транскортикальная сенсорная афазия*** (греч. semanticos – обозначающий) – утрата способности понимать значение грамматически сложных

фраз при восприятии устной и письменной речи. Это, полагают, происходит потому, что теряется понимание отношений между словами, выраженными с помощью флексий (окончаний слов), предлогов, союзов, сравнений, атрибутивных конструкций (определений). Пациент не может, к примеру, понять и разъяснить, чем "отец брата" отличается от "брата отца" (Х. Г. Ходос, 1974). Собственная речь пациента, как правило, состоит из простых предложений, в которых могут отсутствовать служебные слова. Попытка говорить более сложными фразами неизбежно приводит к грамматическим ошибкам. Повторение за врачом фраз, в том числе сложных грамматических фраз, не страдает. Также не нарушается называние предметов по показу. Беглость речи и артикуляция не нарушены. Семантическая афазия возникает при органическом повреждении коры области мозга на стыке теменной, затылочной и височной долей доминантного полушария (Head, 1926). Обычно развивается в результате инсульта;

– ***афазия сенсомоторная*** – характеризуется сочетанием симптомов сенсорной и моторной афазии. Страдают все аспекты речевых функций. Как правило, сочетается с выраженным правосторонним гемипарезом, гемианестезией и гемианопсией. Возникает при обширных инфарктах в бассейне левой средней мозговой артерии. Зона ишемического поражения может охватывать как заднелобные, так и височные отделы головного мозга, вследствие чего страдает как ини-

циация речи, так и фонематический слух;

– ***афазия сенсорная –*** утрата способности понимать устную речь при сохранении слуха и относительной сохранности экспрессивной речи. Страдает также понимание письменной речи, т. к. теряется способность сопоставлять букву с соответствующей ей фонемой. В основе расстройства, как предполагают, лежит утрата фонематического слуха – утрата способности различать близкие по звучанию звуки речи. Нарушается также произвольный контроль экспрессивной речи. Характерна многоречивость вплоть до логореи (неконтролируемого продуцирования речи). Речь становится непонятной для окружающих («словесный салат», «словесная окрошка»).

Отмечаются парафазии литеральные и вербальные (подмена одних фонем и слов другими), аграмматизмы речи, а также утрата способности повторять сказанное другими и называние предметов по показу. Нарушается чтение вслух, в письме могут быть литеральные парафазии. Беглость речи не страдает, речь плавная, паузы отсутствуют, артикуляция не изменяется.

Сенсорная афазия возникает при повреждении задней части коры верхней височной извилины доминантного полушария – речевого центра Вернике. Обычно наблюдается при инсульте в бассейне левой средней мозговой артерии или иного локального повреждения. Кроме того, сенсорная афазия регулярно встречается на развёрнутых стадиях болезни

Альцгеймера. Синонимы: Афазия Вернике, Афазия Вернике-Кожевникова, Словесная глухота, Чистая словесная глухота, Афазия восприятия, Слуховая афазия;

– ***афазия синтаксическая –*** утрата способности составлять предложения и фразы по правилам синтаксиса используемого языка. Синоним: Катафазия (греч. kataphsis – утверждение);

– ***афазия травматическая*** – любой клинический вариант афазии, возникающей вследствие травмы головного мозга;

– ***афазия транскортикальная смешанная*** (Lichtheim, 1885) – рассматривается как относительно лёгкий вариант моторной и сенсорной афазии. В такой интерпретации данное расстройство может быть представлено в виде: а) моторного (с корковым нарушением артикуляции); б) сенсорного (частичного забывания значения слов) и в) смешанного (с симптомами того и другого нарушения). Важный диагностический критерий данного вида речевых нарушений – сохранность повторения фраз за врачом;

– ***афазия подкорковая –*** возникает при поражении подкорковых структур. Встречается относительно редко. При повреждении таламуса афазия напоминает афазию Вернике-Кожевникова, но, в отличие от последней, сохраняется понимание речи и повторение фраз за врачом. При поражении полосатого тела выявляются уменьшение беглости речи, парафазии и нарушения артикуляции. Понимание речи

и повторение фраз за врачом не страдают. Поражение задних отделов внутренней капсулы часто приводит к развитию мягких речевых нарушений, которые трудно соотнести с каким-либо определённым видом афазии;

– ***афазия проводниковая*** – возникает, предположительно, в результате разобщения центров экспрессивной и импрессивной речи. Основные клинические признаки – 1. выраженные нарушения повторения фраз за врачом и 2. чтения вслух. Кроме того, нарушается называние предметов по показу. В спонтанной речи, которая более сохранна, могут отмечаться литеральные и вербальные парафазии, а при письме под диктовку – орфографические ошибки, пропуски букв, слов. Беглость речи не страдает, отсутствуют нарушения артикуляции, понимание устной и письменной речи не страдает. Развивается при поражении белого вещества верхних отделов теменной доли доминантного полушария. Иногда сменяет сенсорную афазию в процессе регресса речевых нарушений.

2. **Агнозия** (греч. a – приставка отрицания, gnosis – знание, познание) – утрата способности узнавать, идентифицировать воспринимаемые объекты (предметы, лица, звуки и др.), а также понимать их смысл и назначение (H. Munk, 1881). Чувствительность к соответствующим сенсорным стимулам, функции сознания, мышление, речь могут при этом существенно не страдать. Различают первичные и вторичные агнозии.

Первичные агнозии характеризуются модальной специфичностью, т. е. отмечаются только в одной сенсорной модальности и развиваются при поражении вторичных (ассоциативных) корковых зон соответствующего анализатора. **Вторичные агнозии** развиваются в результате нарушений регуляции произвольной деятельности, связанной с патологией лобных долей головного мозга или в результате снижения уровня внимания. При этом одновременно страдают все сенсорные модальности. Чаще всего пациенты жалуются при этом на снижение зрения и слуха, других видов чувствительности, однако объективное исследование не подтверждает наличие первичных сенсорных нарушений.

Расстройство, как предполагается, связано с: а) разрушением или временной блокадой алгоритмов формирования наглядных и мысленных образов; б) выпадением памяти на чувственные образы объектов и/или в) утратой способности находить эти образы в памяти. Агнозия рассматривается как вариант амнезии системной.

Разграничивают ряд клинических вариантов агнозии в зависимости от того, к какого рода наглядным образам нарушение относится (агнозия зрительная, слуховая, тактильная, обонятельная, вкусовая, кинестетическая, статическая, агнозия, касающаяся некоторых модальностей висцеральной чувствительности) и агнозии соответствующих объектов (лицо, устное или письменное слово, расположение частей собственного тела, пространственные отношения, структура

и др.).

Первичная агнозия – признак локально-органического повреждения головного мозга (теменной, височной или зрительной областей мозговой коры), наблюдается при сосудистой патологии, атрофических процессах, черепно-мозговой травме, фокальных эпилептических припадках и др. К агнозии не относятся нарушения развития процесса узнавания, вызванные глубокой умственной отсталостью, или распадом процессов гнозиса при деменции. Упоминаются:

– ***агнозия акустическая*** (греч. akustikos – слуховой) – утрата способности узнавать источники и значение привычных повседневных звуков. Пациент воспринимает неструктурированный и потому бессмысленный поток звуков, не умея различить среди них, например, лай собаки, шаги, кашель, звонок телефона, плеск волн, шум автомобиля и т. п. Расстройство часто сочетается с афазией сенсорной (см.). В качестве одного из вариантов акустической агнозии рассматривается ***агнозия апперцептивная*** (от лат. ad – к, до, percepcio – восприятие) – утрата способности составить целостный образ акустического объекта из отдельных и правильно воспринимаемых его элементов, например, утрата способности распознавать музыкальные мелодии (см. Амузия). Один из часто встречающихся видов слуховой агнозии – ***глухота на слова***. При этом пациент слышит звуки слов, но слов не воспринимает или не понимает их значение, поскольку не способен выделить смысловую составляющую

фонем (не различает сходные по звучанию фонемы, каковых достаточно много («б» и «п», «д» и «т» и т. д.). Глухота на слова развивается при поражении вторичных зон слухового анализатора доминантного по речи полушария. Обычно данное расстройство отмечается в рамках синдрома сенсорной афазии. При поражении субдоминантного полушария пациент теряет способность к анализу и синтезу интонационного компонента речи – ***апросодия***, при этом одновременно может утрачиваться музыкальный слух – ***амузия.*** Один из методов оценки слухового гнозиса – оценка распознавания ритмов;

– ***агнозия ассоциативная зрительная*** (лат. assotiatio – соединение) – неспособность вспомнить назначение объекта, информацию о том, для чего он предназначен и как им пользуются. При этом нарушается способность соотносить воспринимаемые объекты или их изображения со своим прежним опытом. Пациенты часто путают имеющие какое-то сходство объекты или их изображения, например, очки и велосипед. Очень трудно распознаются силуэтные, стилизованные или контурные изображения, особенно в случаях наложения их друг на друга или в условиях дефицита времени. Сочетание апперцептивной и ассоциативной видов агнозии определяют термином ***слепота душевная***;

– ***агнозия апперцептивная Лиссауера*** (1898) или ***апперцептивная душевная слепота*** – вариант зрительной агнозии, при которой нарушена способность распознавать слож-

ные изображения в связи с ограничением зрительного восприятия. Пациент распознаёт при этом простые фигуры или отдельные признаки изображения (размер, форма, цвет и т. п.), однако синтез этих элементов и узнавание объекта в целом делается недоступным;

– ***агнозия болезни или анозогнозия*** – утрата способности осознавать левосторонний паралич конечностей (у правшей). Возникает при диффузном поражении корковых и подкорковых структур субдоминантного полушария. При этом пациент не замечает любые сенсорные стимулы с левой стороны, а при перерисовывании изображений воспроизводит только правую половину рисунка;

– ***агнозия буквенная*** – утрата способности распознавать буквы или ***приобретённая неграмотность***. Пациенты не могут при этом писать (дисграфия) и читать (дизлексия) при относительной сохранности устной речи. Дисграфия, в отличие от буквенной агнозии при первичных расстройствах письменной речи, характеризуется тем, что пациенты обычно узнают отдельные буквы, но не могут складывать их в слова. Буквенная агнозия развивается при поражении затылочных отделов доминантного полушария;

– ***агнозия времени*** – утрата способности распознавать длительность временных интервалов, ритм, конфигурацию чередования каких-либо впечатлений. Например, интервалы времени воспринимаются как намного более длительные или, напротив, укороченные, ускоренные или замедленные

в своём чередовании, чем они есть на самом деле, что может повлечь развитие клинически значимых расстройств ориентации в текущем времени. Так, пациент не может определить, сколько времени прошло с момента его пробуждения от сна, утреннее, дневное или вечернее идёт время. Он путается также в своих воспоминаниях о времени прошедшего дня и вообще минувших недель и месяцев. Не рекомендуется смешивать с нарушениями восприятия ощущения времени при расстройствах самовосприятия;

– ***агнозия выразительных актов*** – утрата способности узнавать и идентифицировать невербальные сигналы коммуникации окружающих людей, например, улыбку, плач, проявления недовольства, жестов, позы, знаки расположения к себе и др., а также понимать значение таких сигналов и тем самым идентифицировать эмоциональные состояния других людей и их подлинное отношение к самому себе – ***экспрессивная слепота***. Аналогичный симптом выявляется также при визуально представленных ситуациях межличностного взаимодействия. Расстройство особенно часто встречается при абиотрофических процессах и деменции иного происхождения. Нарушение развития такой способности постоянно наблюдается при первазивных расстройствах, таких, как умственная отсталость, ранний детский аутизм, однако это не является собственно агнозией выразительных актов;

– ***агнозия долорозная*** или ***болевая*** (агнозия + лат. dolor – боль) – неузнавание боли в силу дизестезии. Например, бо-

лезненный укол воспринимается как прикосновение, сдавливание;

– ***агнозия зрительно-предметная*** – утрата способности называть визуально предъявленный предмет и понимать его назначение. Особенно трудно даётся узнавание предмета по его условному (контурному, штриховому, фрагментарному и т. п.) изображению, особенно в условиях дефицита времени. Трудным оказывается, в частности, распознание наслоившихся контурных изображений – рисунков Поппельрейтера. Другое название **– *агнозия ассоциативная зрительная.*** Развивается при поражении затылочных отделов головного мозга в субдоминантном полушарии (поля 18, 19 и 39) обычно в результате сосудистой патологии или на поздних стадиях течения болезни Альцгеймера.

Зрительная агнозия может проявляться ***параличом взора*** или ***синдромом Балинта*** (1909), при котором пациент не может воспринимать несколько предметов или изображений сразу. Расстройство часто сопровождается ***апраксией взора*** – утратой способности смотреть в заданном направлении или в сторону объекта, оказавшегося в периферической части поля зрения. Синдром Балинта обычно сочетается с оптической агнозией – неспособностью указать на предмет или взять его в руки под контролем зрения в связи с дезориентацией в пространстве. Иногда при этом отмечаются также проявления апраксии. Чаще встречается при двусторонних или правостороннем ишемических очагах в темен-

но-затылочной области. Обычно синдром Балинта возникает при двустороннем поражении преимущественно нижнетеменно-затылочной области больших полушарий;

– ***агнозия мыслительная*** – утрата способности распознавать символы понятий и понимать их значение при отсутствии признаков деменции;

– ***агнозия на лица*** (H. Hoff, O. Petzel,1937, Д. Бодамером,1947) утрата способности узнавать знакомых людей по их лицам и/или фотографиям и иным изображениям. Другие объекты могут при этом распознаваться достаточно адекватно. Развивается при поражении затылочно-височных отделов головного мозга преимущественно доминантного по речи полушария (по другим данным, при поражении ассоциативной зоны в правой затылочно-теменной области). Весьма часто встречается при болезни Альцгеймера. Для диагностики прозопагнозии пациенту предъявляют портреты широко известных людей, исторических деятелей или фотографии родственников и близких знакомых пациента. Синоним: Прозопагнозия;

– ***агнозия пространственная*** (Paterson, Zangwill, 1945) – утрата пространственных представлений, проявляется потерей способности ориентироваться на местности, невозможностью узнавать сложные пространственные объекты, определять относительное расположение объектов, конфигурацию геометрических формы, расстояние между объектом и пациентом, направление, к которому это расстояние отно-

сится. Пациент не может определить время по расположению стрелок на часах, читать географическую карту и т. п. Один из ранних симптомов болезни Альцгеймера, больные, уходя, например, из дому, не могут отыскать дорогу обратно.

В отличие от чаще всего скоропреходящего и иногда пароксизмально возникающего синдрома поворота окружающего (см.), пространственная агнозия является стойким и, более того, даже прогрессирующим расстройством ориентации в пространстве. Её не рекомендуется смешивать с явлениями аллометаморфопсии (см.) и нарушениями осознавания ощущений, на основе которых формируется пространственное восприятие.

Расстройство возникает при повреждении нижних отделов теменных долей головного мозга и обычно сочетается с нарушениями конструктивного праксиса – ***апракто-агностический синдром***. Сочетание соматотопических (ориентировки в собственном теле) и пространственных апрактических и агностических нарушений, пальцевой агнозии со вторичными нарушениями письма и счёта характерно для поражения теменных долей доминантного полушария – ***синдром Герстманна***. Пространственный гнозис можно исследовать с помощью «пробы чтения часов». Синонимы: Геометрически-оптическая агнозия, Слепота пространства;

– ***агнозия обонятельная*** – неспособность узнавать объекты по их запаху;

– ***пальцев агнозия*** – утрата способности узнавать как

свои, так и чужие пальцы на руках, ногах при сохранении мышечно-суставного чувства. Пациент может определить, в какую сторону врач двигает его палец, но не может узнать, какой это палец. Следует различать трудности называния пальцев агностического и афатического характера. Одновременно с этим могут быть утрачены способности считать, читать, различать левую и правую стороны. Встречается при поражении коры теменно-затылочной области мозга доминантного полушария (по другим данным, при поражении верхних отделов теменных долей головного мозга). Синоним: Герстмана – Шильдера синдром (1931);

– ***агнозия пространственная односторонняя*** (Holme, 1919; Brain, 1941) – утрата способности узнавать стимулы, источник которых находится в левой для пациента половине пространства. Так, пациент читает текст только на правой половине страницы, срисовывает только правую часть изображения и т. п. Возникает при поражении теменно-затылочной коры субдоминантной гемисферы и подкорковых структур (Кочаржинская, Попова, 1977);

– ***агнозия сенситивная*** – утрата способности узнавать и понимать назначение предметов и явлений на основе отдельных ощущений (агнозия слуховая, вкусовая, тактильная, зрительная и др.) или их синтеза. Возникает при поражении ассоциативных территорий коры, находящихся вокруг или поблизости от соответствующих проекционных зон. Может сочетаться с расстройством ориентации в ме-

сте нахождения и времени. Следствием сенситивной агнозии являются расстройства сложных видов чувствительности, в частности, двухмерно- и трёхмерно-пространственного чувства. Возникает при поражении коры нижних отделов теменной доли и проявляется в контрлатеральных конечностях;

– ***агнозия симультанная*** (Poppelreiter, 1923; Wolpert, 1924) – утрата способности узнавать конфигурации группы объектов, составляющих некое единое целое. Проявляется невозможностью целостного восприятия совокупности сенсорных образов разных модальностей или нарушением узнавания целостного образа по его части при сохранности узнавания единичных и законченных образцов. При этом каждый отдельный объект может распознаваться адекватно. Развивается при поражении зоны стыка височной, теменной и затылочной долей головного мозга. В эксперименте симптомы симультанной агнозии проявляются затруднениями при узнавании недорисованных, наложенных друг на друга изображений или зашумлённых акустических текстов. Синоним: Атаксия оптическая;

– ***агнозия собственного тела*** или ***соматогнозия*** – утрата адекватного представления о собственном теле вследствие нарушения функций вторичных зон анализаторов соматической чувствительности. Развивается при поражении теменной доли обычно правого полушария (поля 30 и 40). При повреждении аналогичных областей теменной доли доминантной гемисферы соматогнозия встречается в 7 раз ре-

же. ***Аутотопагнозия*** – нарушение схемы тела, утрата адекватных представлений о взаиморасположении частей собственного тела на стороне тела, противоположной локализации очага поражения. Вторично аутотопагнозия приводит к нарушениям праксиса, в частности, к апраксии одевания.

При поражении субдоминантного полушария аутотопагнозия может сопровождаться ощущениями «чужой» или «лишней руки на стороне, противоположной локализации очага поражения – ***псевдополимелия***. Пациент может также утверждать, что на стороне, обратной очагу повреждения, у него отсутствует левая рука или что он не может ею управлять – ***синдром Редлиха*** или ***агностический синдром Бабинского***. Поражение теменных долей доминантного полушария приводит к невозможности различать правую и левую половины тела – ***право-левая агнозия***.

При аутотопагнозии пациент не может по просьбе врача показать части своего тела. Например, показать правой рукой левое ухо. Кроме того, нарушается выполнение проб Геда. Следует, однако, уточнить, являются ли трудности показа следствием соматотопических нарушений или связано с непониманием речи;

– ***агнозия социальная*** – не вполне удачный термин В. Раха, обозначающий неспособность или утрату способности воспринимать психопатической личностью позитивные аспекты своей жизни и организовать её таким образом, чтобы она приносила ему удовлетворение;

– ***агнозия экспрессивная*** – утрата способности понимать значение чужих и/или собственных выразительных актов, в первую очередь условных, принятых в культуре, с которой индивид себя идентифицировал.

К агнозии относятся также следующие расстройства, отчасти упомянутые впереди:

– ***аморфогнозия*** (греч. a – частица отрицания, morphe – форма, gnosis – знание, познание) – утрата способности узнавать наощупь форму объекта;

– ***анхилогнозия*** (гр. ankylos – согнутый, изогнутый, gnosis – знание, познание) – утрата способности узнавать текстуру объекта, его массу, температуру;

– ***астереогноз*** (греч. a – частица отрицания, stereos – объёмный, пространственный, gnosis – знание, познание) – утрата способности узнавать предметы наощупь. Наблюдается при повреждении теменной коры вследствие, как считается, расстройства способности суммировать, интегрировать пространственные впечатления кожного анализатора (Denni-Broun, 1958) либо в результате дефекта осязательных ощущений (Лурия, 1973). Синонимы: Агнозия тактильная семантическая (Deley, 1935), Агнозия тактильная теменная, Асимболия тактильная;

– ***асхематизм*** (греч. sphema – образ, вид, форма) – неспособность узнавать изображения объектов, при этом сами объекты могут узнаваться правильно (Гуревич, 1940);

– ***атаксия оптическая*** (Балинт, 1909) – фиксация взора

преимущественно на одном объекте, нарушающая способность воспринимать другие объекты, также находящиеся в это время в поле зрения. Расстройство касается и восприятия собственного тела: пациент, если он смотрит на свою руку, не видит в это время других частей своего тела. Теряется, кроме того, способность определять расстояние между предметами. Наряду с упомянутыми признаками, пациент оказывается не в состоянии описать визуально представленную ему ситуацию, её изображение, теряет способность читать длинные слова, поскольку в каждый момент времени он видит только какую-то одну его часть и не воспринимает другую (это явление впервые описал Н. В. Гоголь у Селифана, кучера Чичикова в повести «Мёртвые души»). Синоним: Синдром Балинта;

– ***прозопагнозия*** (греч. prosopon – лицо, а – приставка отрицания, gnosis – знание, познание) – утрата способности узнавать лица знакомых людей как при их появлении в поле зрения, так и изображённые на фотографиях (Bodamer, 1947). Синоним: Агнозия на лица;

– ***соматоагнозия*** (греч. soma – тело, а – частица отрицания, gnosis – знание, познание) – утрата способности узнавать части собственного тела. При ***Антона-Бабинского синдроме анозогнозии*** (греч. а – частица отрицания, nosos – болезнь + gnosis) пациент теряет способность осознавать у себя факт левостороннего паралича – ***гемисоматогнозия*** (греч. hemi – полу-, относящийся к одной половине + соматогно-

зия). Расстройство впервые описано Г. Антоном (1899) и Д. Бабинским (1914). При этом анозогнозия касается не только собственного паралича, но также имеющихся при этом центральной глухоты и слепоты; одновременно с этим могут возникать телесные галлюцинации (в частности, ощущение физического двойника) и вымыслы пациентов относительно природы изменения телесных изменений; такие вымыслы, как предполагают, носят компенсаторный или, точнее, гиперкомпенсаторный характер, т. е. не являются конфабуляциями, а имеют источником психологические особенности личности. Очаг поражение локализован в правой гемисфере. Некоторые пациенты сохраняют способность осознавать факт паралича, но не придают ему сколько-нибудь серьёзного значения – ***анозодиафория*** (греч. анозо + dia – через, раз…, phero – переношу). Мнимое ощущение дополнительной (ых) части (тей) тела (рук, ног и др.) обозначают термином ***полипсевдомелия парестетическая Бехтерева – Останкова*** (1904). ***Полипсевдомелия*** (греч. polys – много, многое; pseudos – ложь, melos – часть тела, конечность), ***парестетическая*** (греч. para – около, рядом; aisthesis – ощущение, чувство);

– ***агностическая алексия*** (агнозия + греч. a – частиц отрицания, lexis – речь, слово) – утрата способности читать вследствие агнозии на морфемы, слова;

– ***асхематизм*** (греч. a – приставка отрицания, schema – образ, вид, форма) – утрата способности узнавать предметы,

изображённые на рисунках. Узнавание самих предметов не нарушено (Гуревич, 1940). Наблюдается при повреждении нижнетеменной области мозга.

Существуют и другие проявления агнозии, но ясности в понимании это сложной проблемы нет.

Вторичная агнозия развивается в результате дисрегуляции произвольной деятельности. Различают:

– ***регулярные нарушения гнозиса*** – возникает при патологии передних отделов головного мозга. Характеризуются фрагментарностью восприятия сенсорных образов. При этом пациент импульсивно актуализирует наиболее стандартную ассоциацию, не осмыслив деталей предъявленного образа. Так, пациент может принять дверь шкафа за выход из комнаты, пытается есть из пустой тарелки. В ряде случаях выносит, однако, верные суждения о предъявленных стимулах, так как первичные дефекты узнавания отсутствуют;

– ***динамические нарушения гнозиса*** – характеризуются удлинением времени узнавания сенсорных образов. Могут быть ошибки, напоминающие фрагментарность восприятия. Ошибки возникают лишь при наиболее сложных заданиях, при этом пациент исправляет их по просьбе извне. Типичны флуктуации нарушений, положительный эффект внешней стимуляции. Нарушение возникает при поражении глубинных неспецифических активирующих систем головного мозга.

3**. Апраксия или диспраксия** (a + греч. praxis – дей-

ствие) – «бездействие» или, точнее, утрата способности произвольно выполнять определённые действия при сохранении составляющих их элементарных двигательных актов, таких, как параличи, гипокинезия или атаксия (Liepmann, 1900). H. Liepmann различает: 1. кинетическую апраксию конечностей; 2. идеомоторную апраксию; 3. идеаторную апраксию и 4. аграфию. Апраксия может отмечаться только в одной или одновременно в обеих руках, оральной мускулатуре. Особым клиническим синдромом является апраксия ходьбы, которая развивается в результате нарушения регуляции двигательной активности в ногах. Апраксия в руках приводит к существенным нарушениям в повседневной жизни пациентов. Апраксия характеризует очаговые корковые психопатологические расстройства. При этом нарушения могут развиваться в разных сферах.

Профессиональная деятельность требует владения определёнными практическими навыками, а это большинство профессий. Тут сложно говорить о таких профессиях, как учёный-исследователь, который стоит перед неизвестным; инженер, разрабатывающий новые технологии, врач, в особенности, врач-психиатр, где нельзя расчитывать на жёстко регламентированные и автоматизированные навыков. Апраксия в таких профессиях – это, скорее психопатология, чем неврология. Но, ясно, что существуют различные навыки, формирующися в разном возрасте. Так, различают навыки замкнутого цикла, навыки разомкнутого цикла

и навыки промежуточного цикла. Между ними располагаются все остальные навыки.

– ***навыки замкнутого цикла*** – циклы деятельности, в которых одно действие достаточно жёстко связано с предыдущим и следующим. Это, к примеру, клиническое обследование неврологического пациента, укладывание кирпичей или брёвен при стоительстве дома, набор типографского шрифта, токарное дело, рыбный промысел. Апраксия в таких случаях является более или менее очевидной, и пусть это не всегда легко, но всё же можно установить;

– ***навыки разомкнутого цикла*** – циклы, в которых каждое действие не имеет жёсткой связи ни с предыдущим, ни с последующим. Например, навык беседы врача-психиатра с пациентом. Такая беседа ведётся каждым врачом по своему, и каждый пациент требует особого подхода к себе. От профессионализма в данном случае результат зависит на 90–95 %, но выявить здесь собственно апраксию, отличить её от непрофессионализма или халатности достаточно сложно, если возможно вообще, поскольку ситуация в целом определяется факторами психологии, а не очаговым выпадением функции;

– ***навыки промежуточного цикла*** – циклы, в которых каждое действие может иметь жёсткую связь с предыдущим или последующим, но может её и не иметь. Например, навык оказания неотложной помощи утопающему. Установлено, что подобные навыки забываются довольно быстро у

вполне адекватных лиц, но едва ли можно найти описание апраксии по отношению к ним.

Можно предположить также, что чем позже приобретается навык, чем он сложнее и реже используется, тем более вероятно, что он исчезнет скорее в силу мнестико-интеллектуального снижения и лишь во вторую очередь в результате апраксии.

Инструментальные бытовые навыки – страдает способность пользоваться различными бытовыми инструментами, например, газовой плитой, дверными ключами, пылесосом, ножовкой, молотком, швейной иглой и др.

Навыки самообслуживания – страдают навыки одевания, умывания, бритья, выполнение других гигиенических процедур, возникают трудности при пользовании вилкой и ножом за едой, отправлении естественных потребностей.

Конструктивные способности – это трудности конструирования, комбинирования, нарушения рисования и реже – письма.

Символические действия – отмечаются нарушения понимания и воспроизведения символических действий. Пациент не может показать, к примеру, как нужно помахать рукой на прощание, как отдают воинскую честь и т. д., он не понимает значение подобных действий, когда их совершают окружающие.

Наконец, это ***рано приобретённые способности***, от которых успешность деятельности зависит едва ли не больше,

чем от всех других вместе взятых: ходьба, бег, речь, письмо, владение иностранным языком, навыки общения, чтения, счёта, рисования, пения, игры на музыкальных инструментах, опрятности, самообслуживания, гигиены. Распознавание апраксии в отношении данных навыков нередко не составляет особого труда – очевидно, что если пациент владел каким-либо конкретным навыком данной группы и в течение короткого времени потерял такую способность, то, скорее всего, это будет результатом апраксии. Основная сложность состоит в другом: далеко не всегда это происходит сразу, как, например, при инсульте, а постепенно и поэтапно, как, к примеру, при болезни Альцгеймера или Пика. Поэтому крайне важно иметь представление об этих этапах и их клинических характеристиках, чтобы дитагностировать расстройство как можно раньше. Сведений об этом со временем пополняются.

Апраксия приводит к полной или частичной потере трудоспособности.

В основе нарушений праксиса могут **лежать разные патогенетические механизмы.** Анализ ошибок, которые совершает пациент при осуществлении целенаправленной деятельности, помогает уточнить характер нарушений и соответственно вид апраксии.

Импульсивные действия – это ошибочные действия, они не соответствуют поставленной цели деятельности. Иными словами, нарушается программа, по которой совер-

шаются действия. Например, пациент, показывая как закуривают, чиркает сигаретой по спичечному коробку. Часто столь же импульсивно совершаются повседневные действия. Так, в пробе на динамический праксис (проба «кулак – ребро кисти – ладонь») пациент стучит по столу только кулаком – это *стереотипия*. Другой вид импульсивных действий – *эхопраксия*, непроизвольное повторение действия (действий) кого-то другого (в психопатологии под импульсивными понимаются действия, которым не предшествует их обдумывание, они выполняются под влиянием факторов бессознательного, в частности, эмоций).

Персеверации – это непроизвольное, стереотипное, «застрявшее» повторение одних и тех же действий после первого их выполнения. В неврологии различают *элементарные персеверации* – повторение простых движений, и *серийные персеверациии* – повторение серии движения, т. е. воспроизведение определённой и более сложной двигательной программы. Нейропсихологическим механизмом персевераций являются трудности переключения двигательных программ, своеобразные «застревания» на одном этапе программы.

Пространственные ошибки также относятся к числу достаточно часто встречающихся. При этом действия пациента сохраняют целенаправленность, но результат не достигается из-за неправильного расположения рук или используемых в деятельности инструментов. Например, пациент, показывая, как причёсываются, держит расчёску обратной сторо-

ной. При одевании он не попадает рукой в рукава или надевает штаны через голову. Вариантом пространственных нарушений являются ошибки по типу зеркальности: пациент путает левую сторону с правой.

Утрата общих знаний часто также приводит ко *вторичной апраксии.* Пациент не может правильно выбрать нужный инструмент для своей деятельности. Так, он не можут открыть запертую на замок дверь – он забыл, что для этой цели используется ключ. При этом первичные нарушения гнозиса могут отсутствовать: он узнаёт окружающие его предметы, правильно их называет, однако. не помнит об их назначении. При апраксии пациент теряет способность выполнять определённые целенаправленные действия собственной инициативе и/или по просьбе извне.

Описания апраксии достаточно противоречивы из-за сложности этой функции (как и афазии и агнозии). Различаются:

– ***апраксия с агнозией (апрактагнозия)*** – сочетание апраксии и агнозии. Известны 2 основных варианта данного расстройства. 1. ***Синдром Гэкена*** (Hecaen, 1956) – включает: левостороннюю (вызванную повреждением структур субдоминантной гемисферы) пространственную агнозию, визуально-конструктивные нарушения, апраксию одевания, нарушение топографических представлений и понятий, гемисоматогнозию, дислексию и акалькулию. Возникает при повреждении надкраевой и угловой извилин, задней части

верхней височной извилины в правом полушарии. 2. ***Синдром Зангвилла*** (Zangwill, 1950), который образуют: игнорирование левой половины зрительного пространства, конструктивная апраксия, нарушение топографической памяти и пространственная дезориентировка, апраксия одевания, окуломоторные расстройства и дефекты зрительных координаций. Возникает при повреждении правого полушария головного мозга;

– ***апраксия акинетическая*** – утрата способности произвольно осуществлять двигательные навыки вследствие временной или стойкой, необратимой блокады побуждений к двигательной активности. Центральным представительством волевого усилия являются, вероятно, корковые зоны лобных долей головного мозга, в основном, повидимому, полюсов лобных долей;

– ***апраксия амнестическая*** – утрата способности произвольно выполнять последовательные действия. Пациент забывает, какое следующее действие он должен выполнить за предыдущим, подражательные действия при этом сохранены;

– ***апраксия бимануальная*** – утрата способности совершать действия с предметами обеими руками при сохранении способности делать это одной из них (Broun, 1972);

– ***апраксия глазная*** – утрата произвольных движений глазных яблок в стороны при сохранности непроизвольных движений взора. Например, пациент не может поворачивать

взор по заданию, но следит глазами за движущимся предметом. Синоним: Апраксия взора;

– ***апраксия глотания*** – утрата способности воспроизводить движения глотания по просьбе извне. Возникает при повреждении нижних отделов постцентральной извилины доминантного полушария;

– ***апраксия динамическая*** – утрата способности осуществлять двигательные навыки, определённую последовательность действий. Развивается при поражении глубинных неспецифических структур мозга, что приводит «к нарушению непроизвольного внимания. Вследствие этого затрудняются усвоение и автоматизация новых двигательных программ» (Захаров, Яхно, 2007). При осуществлении заученных программ пациент может ошибаться, но обычно замечает свои ошибки. Считаются типичными флуктуации апрактических нарушений;

– ***апраксия диссоциативная*** – утрата способности выполнять двигательные команды, в то время как самостоятельный праксис и повторение движений за врачом не нарушены. Возникает, предположительно, в результате разобщения между центрами сенсорого компонента речи и двигательными центрами. Она может отмечаться в левой руке при поражении передней спайки мозолистого тела. Иногда праксия в левой руки сочетается с парезом в правой руке – ***симпатическая апраксия***;

– ***апраксия жестов*** – связана с утратой способности

выполнять по просьбе извне выразительные действия. Так, жест "погрозить пальцем" выполняется движением указательного пальца в саггитальной плоскости. Расстройство связано с повреждением левой теменной доли на границе её с задней постцентральной извилиной;

– ***апраксия идеаторная*** – утрата способности произвольно планировать свои действия и контролировать корректности выполнения замысла. Характерно нарушение последовательности действий, импульсивные сбои на не соответствующие постьавленной цели деятельности, а также серийные персеверации. Указанные ошибки отмечаются как при выполнении действий по команде, так и при копировании движений врача. Нарушаются все виды праксиса: пациент утрачивает профессиональные и инструментальные навыки, страдают констуктивные способности, затрудняется самообслуживание, воспроизведение символических движений. Идеаторная апраксия развивается при патологии лобных долей головного мозга (по другим данным, страдает премоторная зона лобной доли доминантного полушария). Наиболее частые причины её развития: опухоли лобных долей, сосудистая патология или первично-дегенеративное поражение лобных доле при локальных корковых атрофиях (болезнь Пика, лобно-височная атрофия и др.).

Апраксии при поражении лобных долей головного мозга могут иметь особенности, связанные с локализацией патологического процесса. Так, при наиболее переднем пораже-

нии (полюсов лобных долей) страдает целеполагание – пациент не может поставить перед собой цель деятельности и составить её план. Клинически это проявляется апатико-абулическим синдромом при сохранной способности воспроизводить двигательные программы по команде или по показу. Для поражения дорсоллатеральных отделов лобных долей более характерны серийные персеверации, которые препятствуют достижению цели. Патология орбитофронтальной лобной коры приводит к импульсивным действиям, отвлекаемости, стереотипиям и эхопраксии. Синоним: Апраксия замысла;

– ***апраксия идеомоторная*** – связана с утратой соматотопических и пространственных представлений. При этом при сохранном плане деятельности и правильной последовательности действий возникают трудности пространственной организации двигательной активности. В первую очередь страдают те виды праксиса, которые требует чёткой пространственной организации движений. Типичный пример – апраксия одевания. Другой пример – невозможность выполнить по просьбе или скопировать символические действия. Понимание значения символических действий также нарушается.

По другим данным, наиболее характерным для идеомоторной апраксии является выполнение действий по заданию (спонтанно они выполняются правильно). Особенно сложно пациенту имитировать действия с отсутствующими предме-

тами. Например, показать, как размешивается в стакане сахр, как пользоваться ложкой, молотком, расчёской и т. п.

Апраксия идеомоторная развивается при поражении теменных долей головного мозга – вторичных зон коркового анализатора соматической чувствительности и зон, ответственных за пространственные представления. По другим сведениям, – при поражении «коры премоторной зоны доминантного полушария большого мозга теменной области». При локализации патологического очага слева у правшей идеомоторная апраксия является двусторонней. Если очаг локализуется в правой теменной области или в средней трети мозолистого тела, то идеомоторная апраксия проявляется только слева. Наблюдается при болезни Альцгеймера, опухолях, сосудистых поражениях теменных долей головного мозга. Синонимы: Кинестетическая апраксия, Апраксия Липманна;

– ***апраксия иннерваторная*** (Kleist, 1907) – утрата способности выполнять тонкие и сложные действия одной конечностью и даже какой-то её частью, возникает при поражении премоторной коры большого мозга. Синоним: Премоторная апраксия;

– ***апраксия кинестетическая*** – нарушение контроля точности и степени прилагаемого усилия при совершении различных действий, которые из-за этого делаются грубыми, плохо координированными (Liepmann, 1905; Heilbronner, 1905), другим данным, А. Р. Лурия (1947). Пациент не мо-

жет выполнять действия, в особенности сложные и требующие большой точности из-за дефицита информации о положении тела в пространстве. Движения делаются поэтому неуверенными, нечёткими. При неспособности осуществить двигательный акт, сохраняется способность его планировать. Кинестетическая апраксия включает в себя элементы идеомоторной и кинетической. Возникает при повреждении передней и центральной извилины головного мозга, по другим сведениям, – поражении зон коры теменной области, прилежащих к постцентральной извилине, «на участке противоположной стороны тела, проецируемом на ближайший фрагмент задней центральной извилиы». Вариант акрокинетической моторной апраксии Липманна. Синонимы: Мело-кинестетическая апраксия Aiuriagnerra J., Hecaen H. (1949), афферентная апраксия (Лурия, 1947);

– ***апраксия кинетическая (моторная)*** – замедленность и неловкость движений с характерными элементарными персеверациями. Пациент способен планировать и контролировать свою двигательную активность, но утрачивает автоматизированные двигательные навыки (т. н. кинетические мелодии). Он вынужден поэтому сознательно контролировать свою двигательнью активность даже при совершении привычных и хорошо заученных действий. Кинетическая апраксия возникает при поражении заднелобных премоторных зон лобной коры, которые ответственны за серийную организацию и автоматизацию движений.

По другим сведениям, неловкость и часто избыточность движений пациентов сочетается с утратой способности выполнять действия по подражанию, а также по заданию. Утрачена способность выполнять по заданию символические действия. Способность планировать действия, однако, не нарушается. Иногда эта патология сочетается с моторной афазией и аграфией и чаще проявляется в правой руке – при поражении нижних отделов левой лобно-теменной области. Так, при рукопожатии выявляется ***симптом лопаты —*** рука подаётся прямой, не готовой к пожатию. Страдают движения письма, выполнение знаков руками, затруднены действия без предметов.

Вариантом моторной апраксии считается ***лобная апраксия*** – следствие невозможности программировать и выполнять последовательную серию движений. Страдает темп и плавность движений, нарушена «кинетическая мелодия». Типичны двигательные персеверации, общее мышечное напряжение. Пациент не может отстучать в определённой последовательности серию из сильных и слабых ритмических ударов. При письме отмечается повторение отдельных букв или их элементов. При лобной апраксии поражается премоторная область лобной коры;

– ***апраксия конструктивная –*** нарушение праксиса, при котором затруднено размещение предметов в двумерном и трёхмерном пространстве. Пациенты не могут сложить целое из его частей, например, заданную фигуру из спичек или

из мозаики, сложить рисунок из его фрагментов. Подобные действия они не могут выполнить как по заданию, так и путём подражания. Они неправильно выбирают место на листе бумаги для рисования по образцу, затрудняются при перерисовывании, особенно сложных геометрических фигур. Свой рисунок они нередко накладывают на предлагаемый для копирования образец – ***симптом включения***. При конструировании чего-либо из палочек, кубиков и др. они не могут сложить предложенную им в качестве образца фигуру. Особенно заметны нарушения копирования, если такая фигура не имеет названия. Это используется для выявления ***скрытой конструктивной апраксии***. Иногда страдает письмо. Последняя обычно возникает при утрате способности к нормальной ориентации в пространстве. В клинической практике нередко отмечается сочетание симптомов идеомоторной и конструктивной апраксий (например, при болезни Альцгеймера). Расстройство возникает при повреждении теменной доли близ нижних отделов постцентральной извилины (по другим данным, при поражении нижних отделов теменных долей головного мозга, а также теменно-затылочной коры доминантного полушария). Синонимы: Апраксия Кроля (1933), Апраксия Клейста (1934);

– ***апраксия одевания*** (Broun, 1941) – утрата способности самостоятельно одеваться и раздеваться. Пациенты не соотносят при этом одежду и части своего тела. Надевают, например, рубашку застёжкой назад. Расстройство возника-

ет при повреждении угловой извилины теменной доли левого полушария (по другим данным, поражения теменной или теменно-затылочной области правого полушария мозга. Апраксия одевания, как вариант конструктивной апраксии, имеет несколько иную локализацию очага поражения – в правой теменно-затылочной области;

– ***апраксия оральная*** – утрата способности осуществлять по заданию извне простые артикуляционные позы или действия, в которых участвует оральная мускулатура. Такие, к примеру, как сместить языком щеку вбок, дотронуться языком до уголков рта или изобразить свист, сплёвывание, жевание и т. п. Расстройство возникает при повреждении нижних отделов постцентральной извилины доминантной гемисферы;

– ***апраксия персевераторная*** (Pick, 1905) – наличие двигательных итераций (многократного повторения движений) при выполнении каких-либо целенаправленных движений и действий, выполнение которых при этом нарушается. Расстройство возникает при повреждении премоторной зоны лобных отделов полушарий мозга;

– ***апраксия проводниковая*** – затруднения или утрата способности повторять движения по показу и их сохранностью при самостоятельной деятельности, умением правильно выполнять двигательные команды. Также не страдает понимание символических действий. Развивается при поражении белого вещества теменных долей головного мозга. Предпо-

лагается, что в основе проводниковой апраксии лежит разобщение зон, ответственных за соматотопические представления, и центров планирования и регуляции произвольной деятельности;

– ***апраксия пространственная*** – расстройство пространственно ориентированных движений и действий. Вызвана нарушением зрительно-пространственной афферентации движений. Пациенты не могут воспроизвести нужную позу, испытывают трудности при выполнении пространственно ориентированных движений, при этом не имеет значения, открыты у них глаза или закрыты. Они не могут повторить движения рук врача, находящегося напротив пациента при пробах Геда;

– ***апраксия регуляторная*** – утрата произвольного контроля разных действий, включая речевые. При этом пациенты застревают на выполнении какого-то одного движения и не могут перейти к следующему. Нередко механически воспроизводятся сложные двигательные программы – *системная персеверация*;

– ***апраксия символическая*** – утрата способности воспроизводить условные действия посредством лицевой мускулатуры (чмокание, поцелуй и др.). Расстройство возникает при поражении нижних отделов постцентральной извилины доминантной гемисферы;

– ***апраксия туловища*** – утрата способности правильно располагать в пространстве туловище и ноги для того, чтобы

стоять и ходить – астазия-абазия (см.). Расстройство возникает при повреждении теменной области обоих полушария и их связи с таламусом;

– ***апраксия ходьбы*** – нарушение ходьбы при отсутствии двигательных, проприоцептивных, вестибулярных расстройств. Наблюдается при поражении коры лобных долей (премоторной области);

– ***апраксия экспрессивная*** – утрата способности продуцировать адекватные выразительные акты и понимать их значение;

– ***алексия*** (греч. a – приставка отрицания, lexis – слово, речь) – утрата способности читать. Нарушение может быть связано с такими факторами: неразличением букв – ***литеральная алексия***, неразличением слогов – ***асиллабия*** и неразличением слов – ***вербальная алексия***. Динамику расстройства характеризует приведённая последовательность нарушений. Очаг поражения локализован в коре основания затылочной доли доминантного полушария. В некоторых случаях повреждение распространяется на височную кору мозга (Смирнов, 1962). Способность писать не теряется. При чистой алексии пациенты не могут прочесть написанное ими самими;

– ***алалия*** (греч. a – приставка отрицания, lalia – речь) или афемия – утрата способности говорить. Описана Delius (1757). В зависимости от того, страдает ли экспрессивная или импрессивная речь, различают моторную и сенсорную

алалии. Наблюдается в детском возрасте. Обусловлена недоразвитием речевых областей мозга, их пре- или ранним постнатальным повреждением. При моторной алалии нарушена или отсутствует активная речь, понимание речи окружающих может не страдать. Сенсорную алалию характеризуют своевременное появление речевой активности и непонимание речи окружающих. Некоторые авторы используют термин для обозначения функциональных нарушений речи, предпочитая органические определять термином «афазия». Неспособность говорить в связи с судорогами речевой мускулатуры обозначают термином ***афтензия***;

– ***акалькулия*** или ***дискалькулия*** (лат. a – приставка отрицания, calculo – считать; греч. dys – приставка, означающая отрицание, отделение, разделение). Описана S.E.Henschen (1919). Характерны нарушения счёта, особенно связанные с переходом через десяток, неспособность усвоить или утрата представления о разрядной структуре числа. Встречаются весьма локальные нарушения, когда пациент, например, правильно складывает числа, но не умеет вычитать. Расстройство объясняют нарушением симультанного синтеза (Лурия, 1962), возникающим при повреждении теменно-затылочной области доминантного полушария. При редко встречающейся первичной акалькулии (Berger, 1926) нарушение не связано с расстройством других высших корковых функций. При вторичной акалькулии расстройство возникает в сочетании с общим снижением памяти, явлени-

ями афазии и персеверации. См. Психопатологические синдромы в детском и пубертатном возрасте;

– ***азафия*** или ***азафололалия*** (греч. a – приставка отрицания, saphes – ясный) – невнятная, неотчётливая речь. Редко используемый синоним моторной афазии и дизартрии;

– ***акатамасезия*** (от греч. a – приставка отрицания, katamothesis – полное знание) – полная неспособность понимать разговорную речь. Обусловлена сенсорной афазией, наблюдается также в острых психотических состояниях;

– ***апросодия*** или ***диспросодия*** (греч. a, dys – приставки отрицания, prosodikos – касающийся ударения) – неспособность или утрата способности владеть просодическими характеристиками речи, такими как ударение, тональность, громкость, паузы. Обычно сопровождает афазию и в этом случае связана с патологией лобной коры мозга, предположительно субдоминантного полушария. Может возникать и при других нарушениях, например аффективных;

– ***апситирия*** (греч. a – приставка отрицания, psithyros – шепот) – неспособность или утрата способности говорить шепотом. Вероятно, одно из проявлений апросодии. Чаще наблюдается при истерии, в этом случае сочетается с афонией;

– ***афония*** (греч. a – приставка отрицания, phonema – звук) – отсутствие звучной речи при сохранении шепотной. Наблюдается при органическом повреждении мозга, гортани, психогении (чаще истерии). Утрата или ослабление си-

лы голоса связано с неполным смыканием голосовых связок при слабом их напряжении. При функциональной афонии во время аффекта внезапно может появиться громкий голос;

– ***афразия*** (греч. a – приставка отрицания, phrasis – оборот речи, выражение) – стойкая или преходящая утрата речи. При истерии проявляется психогенным мутизмом.

3. **Гипомнезия –** снижение разных форм и видов памяти, нередко прогрессирующее с различной скоростью до степени амнезии, включая системную. Нарастание гипомнезии, по В. М. Блейхеру, характеризуется известной последовательностью. Вначале ослабление памяти касается произвольной репродукции. Затем на первый план выходит удержание информации в памяти и лишь после этого страдает запоминание текущих впечатлений. Расстройство в первую очередь касается справочной информации, не поддающейся систематизации и включению в имеющиеся у пациента когнитивные структуры (имена, фамилии, названия, термины, даты, номера телефонов, лица и т. п.). Клиническое разнообразие гипомнезии достаточно велико. Важно отметить, что первые признаки снижения памяти определяются лишь субъективно, тестирование в данном случае не даёт определённых результатов. Стоит обратить внимание и на то, что под снижением памяти пациенты нередко имеют в виду нарушения внимания. Различают такие её варианты.

1) **Нарушение избирательной репродукции –** снижение способности быстро вспомнить хорошо известные фак-

ты. Например: «Вылетело из головы имя давно знакомого человека. В голове появляются другие имена, любые, но только не то, что нужно. Порой бывает так неудобно, что я не вступаю в разговор или стараюсь не упоминать этого имени… Не мог вдруг вспомнить номер собственного телефона… Заклинило память, забыл вдруг название своей улицы… Съезжает память, спросили даты рождения дочерей, а я потерялся, не могу вспомнить, и всё тут… На лекции стал забывать некоторые термины, на языке крутятся, а вспомнить не могу… Стала хуже память на лица, встречаю человека, знаю, что должен помнить его, а вспомнить, кто он, не могу». Активные усилия вспомнить забытое успеха часто не имеют, они, похоже, только мешают репродукции, отвлекая внимание от поиска ключевого стимула. Несколько позже забытое воспоминание является в сознании как бы само собой. Процессуальное выражение избирательно репродукции проявляется симптомом обрыва мысли.

2) **Анэкфория** – неспособность вспомнить хорошо известное без посторонней помощи. Так, пациентка после перенесённого менингоэнцефалита жаловалась на потерю памяти и страх сойти с ума: «Я забыла имена самых близких мне людей, не говоря о знакомых, не могу вспомнить, как выглядят известные мне люди, где я живу, номер моего телефона и многое другое, что я знаю, должна знать, мысли всё время крутятся о том, что не стало памяти. Кажется, что я вот-вот это вспомню, а не могу». Воспоминания постепенно

возвращались к больной, но только после того, как ей помогали напоминаниями. После этого она самостоятельно могла вспоминать забытое.

3) **Снижение хронологической памяти** – ослабление способности запоминать, а также вспоминать локализацию и последовательность событий во времени, в том числе событий личной биографии.

4) **Снижение пространственной памяти** – ослабление способности запоминать и воспроизводить пространственные отношения. Например, запомнить и вспомнить маршрут движения транспорта в городе, в лесу и т. д.

5) **Снижение музыкальной памяти –** ослабление способности запоминать и воспроизводить музыкальные образы. Чаще это можно встретить у музыкантов.

6) **Снижение памяти на свежие мысли** – ослабление способности запоминать и вспоминать плоды собственного творчества. Нередко последние возникают неожиданно и исчезают через 1–2 минуты. Особенно остро воспринимается лицами творческого склада. Узнав этот дефицит памяти, часть пациентов постоянно держат при себе бумагу, ручку или что-то другое, чтобы успеть записать исчезающую мысль. В литературе о такой амнезии не упоминается.

7) **Снижение памяти на лица** – ослабление способности запоминать и вспоминать лица окружающих людей, а также их изображения. Осознавая это факт, пациент, к примеру, начинает здороваться со всеми встречными, предпола-

гая, что в данном месте высока вероятность встретить знакомого человека. Он замечает также, что в определённом месте он узнаёт знакомого человека, но может не узнать его где-нибудь на стороне.

8) **Снижение памяти на цвета** – ослабление способности запоминать и вспоминать цвета объектов (цвет глаз, волос, одежды и др.).

9) **Снижение памяти на сделанное** – ослабление способности запоминать и вспоминать, что было сделано или сказано (в литературе не упоминается). Такие пациенты могут по нескольку раз говорить об одном и том же одному и тому же человеку, совершать одну и ту же покупку, заново вымыться, помыть в квартире пол и др.

10) **Дисмнезия** – диспропорциональность в степени снижения памяти на те или иные впечатления. Чаще всего именно так и бывает, когда диффузное снижение памяти в неравной степени поражает те или иные её виды. Симптомы локальной гипомнезии могут указывать на возможность развития в будущем системной амнезии.

11) **Моральная гипомнезия** – снижение способности запоминать и актуализировать этические нормы и правила социального поведения. Характерна для некоторых типов психопатии (в литературе не упоминается).

Критическое отношение к гипомнезии обычно долго или частично сохраняется до того момента, когда снижение памяти приближается к амнезии. Осознание факта гипомне-

зии нередко бывает достаточно болезненным. Пациенты могут маскировать факт снижения памяти и стараются его компенсировать (ведут записи, вяжут «узелки на память», наносят крестики на ладони, пишут и на видном месте оставляют надписи на листах бумаги о том, что им следует делать и т. п.).

Гипомнезия наблюдается в состояниях астении, адинамии, апатии, абулии, депрессии, ступора, а также в клинической картине локальных и диффузных органические повреждений мозга различного генеза (церебральный атеросклероз и т. д.). Возрастное снижение памяти гипомнезией не является, хотя разграничение провести здесь достаточно сложно.

3. Гипермнезия – болезненное обострение памяти, чаще всего временное. В отличие от феноменальной памяти характеризуется снижением или утратой способности контролировать течение процессов памяти. Обилие воспоминаний о реальных впечатлениях является в целом непродуктивным. Наблюдается при мании и других состояниях другого генеза.

1) **Маниакальная гипермнезия –** обострение памяти на текущие и прошлые впечатления у маниакальных пациентов. Наплыв воспоминаний субъективно ощущается как облегчённое их появление, «усиление памяти». Пациенты без труда, например, могут вспомнить детали случайных встреч с людьми в прошлом, забытые, казалось бы, стихи, афориз-

мы, цитаты, забавные истории. Легче, пожалуй, вспоминается что-то весёлое, радостное, приятное. Способность к целенаправленному воспоминанию сохраняется в лёгкой степени мании, с её усилением воспоминания всё чаще теряют целенаправленный характер.

2) **Маниоформная гипермнезия** – обострение памяти в состояниях психического возбуждения, исключая манию при аффективном психозе (в литературе не упоминается). Это, например, лёгкие стадии опьянения алкоголем, опьянение психостимуляторами, продром экспансивной формы прогрессивного паралича и др. (греч. prodromos – бегущий впереди). В подобных случаях аффективная тональность воспоминаний может быть разной, связанной и с такими эмоциями, как озлобленность, подозрительность, ревность.

3) **Гипермнезия в спутанном сознании** – оживление забытых впечатлений, бывает, в частности, в период делирия. Описаны случаи, когда такие пациенты делаются способными вспоминать забытые языки и произносить на них какие-то фразы, дословно цитировать тексты прочитанных когда-то книг. По миновании спутанного сознания такие воспоминания вновь теряются.

4) **Психотическая гипермнезия** – оживление реальных следов памяти, представленных в содержании обманов восприятия, бреда (в литературе не упоминается).

5) **Гипермнезия в сновидениях** – оживление забытых впечатлений, представленных в сновидениях. Особенно это

касается давних и давно забытых впечатлений (в литературу не упоминается).

6) **Гипермнезия под влиянием гипносуггестии** – обострение восстановленной памяти. Оживление следов памяти наблюдается также в состоянии медитации, под влиянием самовнушения.

7) **Гипермнезия ранних впечатлений** – обострение памяти на впечатления раннего детства, обычно подавленные инфанильной амнезией. Встречаются пациенты, демонстрирующие эту способность даже по отношению к впечатлениям первого года жизни.

8) **Депрессивная гипермнезия** – обострение воспоминаний, связанных с чувством вины у депрессивных пациентов. При этом могут вспоминаться давно забытые и самые мелкие прегрешения. Пациент вспоминает, например, что в детстве он однажды украл кусок хлеба в магазине, как-то раз ударил соседского мальчика, что он сказал дерзость своей первой учительнице и т. д.

9) **Панорамическая память** – появление необычайно большого числа воспоминаний за короткий промежуток времени. Наблюдается в аффекте, некоторых пограничных состояниях, например перед смертью у раненых, перед казнью. При электростимуляции мозга, во время ауры эпилептического припадка также могут возникать подобные явления. В какой степени они являются болезненными, судить достаточно сложно.

5. **Парамнезия** (Kraepelin, 1886) – качественные нарушения памяти, в основном связанные с нарушением самоосознавания (подробнее см. о парамнезиях в главе о патологии самовосприятия). Ранее различались простые парамнезии (конфабуляции, псевдореминисценции, фантазмы пациентов с прогрессивным параличом), ассоциированные парамнезии (связанные с галлюцинациями, бредом), идентифицирующие парамнезии (феномен «уже пережитое» с различными его вариантами). K.Schneider (1928) отнёс к последним и редуплицированную парамнезию А. Пика. Со временем представления о парамнезии несколько изменились. Ныне чаще всего описывают такие её варианты.

1) **Конфабуляции** (от лат. confabulatio – беседа, разговор) – вымыслы, мнимые или галлюцинаторные репродукции, принимаемые пациентами за воспоминания реальных впечатлений. Вымыслы могут относиться как к недавнему, так и отдалённому прошлому, они бывают спонтанными и спровоцированными наводящими вопросами, подсказками собеседника – ***индуцированные конфабуляции***. Различают, кроме того:

– ***экмнестические конфабуляции*** – вымыслы пациента, относящиеся к далёкому прошлому. Именно с последними бывают связаны состояния ночной конфабуляторной спутанности у пациентов со старческой деменцией. Пациенты теряют ориентировку во времени и происходящем в настоящее время, не узнают окружающих, не понимают обращённой к

себе речи, становятся суетливыми, лихорадочно куда-то собираются. Длительность психотических эпизодов достигает 2–3 часов и более. Нередко они возникают при ухудшении соматического самочувствия и могут быть первым их проявлением;

– ***замещающие конфабуляции*** (мнестические, мнемонические), описанные K.Bonhoeffer в 1901 г. и E.Regis в 1909 г., – вымыслы, заполняющие пробелы памяти;

– ***фантастические конфабуляции*** – вымыслы пациентов нереалистического, мегаломанического содержания, возникающие вне связи с симптомами амнезии. Реальные впечатления сохраняются в памяти, однако они теряют актуальность, пациенты обычно бывают захвачены ложными воспоминаниями о каких-то грандиозных событиях: своём великом прошлом в качестве создателей или властителей мира, мнимых героических подвигах, невероятном богатстве, удивительных приключениях, сенсационных происшествиях. Содержание таких вымыслов обычно связано с настроением. В маниакальном состоянии конфабуляции имеют экспансивный характер (конфабуляторный бред величия, могущества и т. п.), в подавленном настроении, напротив, самоуничижительное содержание (конфабуляторный бред самообвинения в ужасных и непростительных деяниях, гибели мира и т. п.), в тревожном состоянии – предстоящих мучений (конфабуляторный проспективный бред страдания). Фантастические конфабуляции наблюдаются у пациентов с

поздневозрастными психозами, при парафрении, а также на парафренном этапе течения параноидной шизофрении;

– конфабуляции в состояниях ***конфабулёза*** (Bayer, 1943) – систематизированные и обычно вымыслы неправдоподобного содержания, появляющиеся при симптоматических психозах в период перехода спутанного сознания к психоорганическому синдрому. Амнезии и нарушения сознания при этом не наблюдается. При ***хроническом конфабулёзе*** возможно постепенное расширение содержания вымыслов, превращение монотематических конфабуляций в политематические. Критическое отношение к конфабуляциям, как правило, отсутствует.

Выделяемые прежде конфабуляции, обусловленные продуктивными нарушениями сознания (онейроид, ониризм), собственно вымыслами не являются, они представляют реальные для пациента психотические переживания резидуального характера;

– ***галлюцинаторные конфабуляции*** – вымыслы, содержание которых представлено в обманах восприятия. Чаще это удаётся наблюдать показать на примере вербальных, зрительных и других галлюцинаций. Некоторые пациенты могут быть критичны к вымыслам такого рода;

– ***бредовые конфабуляции*** – мнимые воспоминания, содержание которых представлено в бредовых идеях ретроспективного содержания;

– ***псевдогаллюцинаторные конфабуляции*** – мнимые

воспоминания, содержание которых представлено в псевдогаллюцинациях и психических галлюцинациях. К. Ясперс иллюстрирует расстройство наблюдением, в котором больная вдруг «вспомнила», как будучи «под гипнозом», она совершала очень странные поступки. Резюмируя, автор выделяет такие признаки нарушения: 1) пациенты уверены, что вспоминают нечто реальное, только уже забытое; 2) это забывание они объясняют неким аномальным состоянием, вызванным, например, воздействием извне; 3) они ощущают себя «пассивными орудиями» такого воздействия, испытывая, таким образом, чувство овладения; 4) иногда единственным признаком расстройства является «внезапность» появления мнимого воспоминания. К. Ясперс рекомендует отличать это расстройство от «нарастающего просветления памяти о действительном переживании», имевшего место в состоянии помрачения сознания. Между тем эта больная в начале своего рассказа упомянула о мнимых воспоминаниях, будто о них ей их кто-то сообщил. По-видимому, она указывает тем самым на факт криптомнезии.

2) **Рефлекторные галлюцинации памяти** – мнимые воспоминания, содержание которых, по убеждению пациентов, воплощается в текущих реальных событиях. Пациенты уверяют, что о происходящем в данный момент они только что или когда-то ранее уже думали и всё «предвидели» вплоть до мельчайших деталей. Например, видели «вещий» сон идентичного содержания. Встречаются очень часто при

различных болезненных состояниях.

3) **Редуплицированная парамнезия Пика** – мнимое воспоминание, параллельное неким текущим впечатлениям. Обычно касается близких людей, привычной обстановки, повторяющихся обстоятельств. Так, пациент «вспоминает», глядя на свою жену или дочь, что у него есть ещё одна точно такая же жена или дочь. Данный феномен может затрагивать ощущение собственного тела, восприятие самого себя (существует второе такое же тело, есть двойник собственного Я и т. п.).

4) **Эхомнезия** – многократное повторение воспоминания только что полученного впечатления с полным ощущением такого же числа собственных возвращений в пережитую ситуацию. Число таких повторов достигает, по данным литературы, 80 раз. Так, один из пациент 6 раз подряд «переходил» улицу, второй 8 раз «встречался» со знакомым человеком, третий 15 раз «заводил» двигатель машины. Болезненное состояние объективно длится, по-видимому, очень недолго, хотя субъективно оно может продолжаться в течение нескольких минут. Автору не встречалось ни одного пациента, который смог бы припомнить, что он неправильным поведением в этот момент обратил на себя внимание кого-то из окружающих или внезапно оказался в новой и неожиданной для себя ситуации. Термин принадлежит H.Walter-Buel (1949). Он не передаёт, однако, чувства полного погружения пациентов в переживание многократного повторения

какой-либо ситуации. Более точное название и приоритет в описании расстройства принадлежит В. А. Глазову (1946). Автор описал данный феномен у пациентов с острой акрихиновой интоксикаций и обозначил его термином ***симптом повторяемости происходящего***. В качестве симптома повторяемости переживаний данный болезненный феномен был позднее описан другими авторами (Насонов и др., 1965). При соматогенных и интоксикационных психозах наблюдалось переживание повторяемости сенестопатий и актов восприятия (Боголепов, Аристова, 1968). Возможно, адекватным, к тому же более коротким было бы такое название расстройства, как ***палинмнезия*** (греч. palin – вновь, опять, сызнова; mnesis – память, воспоминание). Расстройство, таким образом, возникает при различных болезненных процессах, описано оно и при электростимуляции мозга.

5) **Псевдореминисценции** (греч. pseudos – ложь, reminiscencia – воспоминание) – смещение воспоминаний во времени, когда давние впечатления вспоминаются как свежие, а недавние переносятся в отдалённое прошлое. Наблюдаются при различных болезненных процессах, сопровождающихся нарушениями самовосприятия.

6) **Криптомнезии** (греч. kryptos – скрытый, тайный + память) – нарушение памяти, при котором мнимые воспоминания воспринимаются за отражение реальных впечатлений и наоборот. Можно определить расстройство иначе, а именно как ложное воспоминание источника впечатления. На-

пример, увиденное во сне принимается пациентом за происшедшее в бодрственном состоянии, а то, что было пережито в действительности, вспоминается как увиденное во сне. Идентичные нарушения наблюдаются и в отношении других источников информации: прочитанного, услышанного от кого-то, увиденного в кинофильме и др. Сходные искажения памяти относительно детских впечатлений являются вполне нормальным и весьма частым аналогом криптомнезии.

7) **Феномены типа «уже пережито» и «никогда не было пережито»** с их многочисленными вариациями. Проявляются ощущениями того, что происходящее в данный момент лишь является повторением идентичного события в прошлом либо, напротив, привычное переживание чего-то знакомого воспринимается так, будто оно возникло впервые.

8) **Иллюзии узнавания** – нарушение идентификации объекта восприятия, возникающее в состоянии спутанного сознания, при амнезии. Чаще всего иллюзия узнавания касается людей. Незнакомый человек, к примеру, принимается пациентом за родственника и наоборот. При этом, в отличие от феномена положительного и отрицательного двойника, реальный наглядный образ кого-либо подменяется мнимым мысленным образом кого-то другого. Иногда в окружающих пациенты видят «людей с того света, уродов, чудищ» (Лаврецкая, 1970).

Глава 7. Воображение. Нарушения в сфере воображения

1. Общие вопросы

1. Термины

Воображение или ***фантазирование*** (гр. phantasia – воображение) – процесс преобразования прежнего опыта индивида в соответствии с его потребностями, желаниями и опасениями, отчего возникают новые представления действительности. Воображение затрагивает различные аспекты внутренней жизни: знание, навыки, планы, воспоминания, ожидания, оценки, ценности и др. В зависимости от объекта воображения могут быть выделены разные его виды. Например, это воображаемый результат предстоящей деятельности, предполагаемая модель поведения в той или иной ситуации, символическое представление какого-то материального процесса, художественный образ, научная гипотеза и т. п.

Воображение, по Л. С. Выготскому, – способность индивида из известных элементов опыта создавать новые их комбинации под влиянием эмоций. Действительно, из 33 букв

алфавита кириллицы и звуков речи созданы все тексты русской культуры, все высказывания, от первых слов младенца до сообщений академика. О том же и пословица «Из одного дерева лопата и икона». Имеются в виду не механические и бессмысленные комбинации неких знаков, а разные сочетания значений, порождающих нечто осмысленное, как низменное, так и возвышенное, чего нет в исходных элементах.

Например, романы Ф. М. Достоевского и книга рекордов Гиннесса – это столь разные вещи, как тревога за судьбы людей и восторг по поводу их маразма. Роль продуктивной фантазии состоит в том, что она, опираясь на реальный опыт и адекватные потребности человека, озаряет светом знания неизвестное вокруг него.

Важные мысли о воображении написаны А. Эйнштейном. Он говорил так. Воображение полезнее знания. Знание ограничено. Воображение всеобъемлюще.

Ранее, до П. В. Симонова, о воображении писал А. Эйнщтейн: «Воображение полезнее знания. Знание ограничено. Воображение всеобъемлюще». «Оно самое главное, оно является отражением того, что мы притягиваем в свою жизнь». А до него ещё И. Кант писал: «Счастье – это не идеал разума, а воображения».

В норме воображение – это до известной степени осознанная активность личности, мотивированная поиском новых адаптивных стратегий поведения (копинг-стратегий). Данный вид воображения обозначается как ***активное вообра-***

жение. Оно, по определению, представляет собой антиэнтропийный процесс, направленный на развитие действительности, включая и внутренний мир. В этом контексте воображение рассматривается как наиболее характерная и важнейшая сторона интеллекта. Расстройство интеллекта в первую очередь проявляется, следовательно, недоразвитием, ослаблением или искажением творческой способности, и именно эту сторону умственной активности следовало бы изучать в первую очередь, а не слабоумие.

В зависимости от направленности различают репродуктивную, актуальную и предвосхищающую формы воображения.

Репродуктивное воображение состоит в переосмыслении прошлого опыта и формирование новых представлений о ценностях бытия. Итогом является столь важное качество личности, как разум или мудрость. Кого прошлое не учит, того не спасут ни острый ум, ни обширное знание, – «разум не велит, ума не спрашивай», гласит пословица.

Актуальное воображение касается в первую очередь текущего опыта, осознания смысла происходящего в настоящее время. Это дает индивиду возможность контролировать настоящее, а не дрейфовать по обстоятельствам.

Предвосхищающее воображение необходимо для структурирования будущего, осознания возможного, того, что индивиду следует делать и от чего надо бы отказаться. Это особенно важно, – будущее, как позитивное, так и негативное,

оказывает на поведение индивида ничуть не меньшее влияние, чем реальное настоящее и прошлое. «Ничто так не способствует созданию будущего – говорил В. Гюго, – как смелые мечты. Сегодя утопия, завтра – плоть и кровь».

Продуктивным воображение может быть лишь в том случае, если оно опирается на знание реальности и его обогащение. Фантазирование необходимо человеку и в тех случаях, когда это компенсирует дефицит реальной информации. Так, некоторые представления о мире, созданные предками современного человека, как и создаваемые ныне, суть ошибки ума, мифы, сновидения наяву. Но они могут быть необходимы в психологическом плане, если порождают иллюзию контроля над происходящим и порождают ложное чувство безопасности. Так, теория древнего человека о существовании духов породила магию, а тем самым и уверенность силах человека.

Фантазирование может быть полезным и в том смысле, что посредством доведённых воображением заблуждений можно осознать их нереалистичность. Фантазия как прихоть, каприз, причудливая выдумка может выполнять функцию игры, детского способа самореализации, в этом также есть нечто полезное. Например, в плане терапии. В английском языке такая незрелая фантазия определяется термином fantasy (в отличие от phantasy – воображения, воображаемого понятия).

Существует также ***пассивное воображение***, как предна-

меренное, так и непреднамеренное.

Преднамеренное пассивное воображение имеет своим результатом временный уход от действительности, погружение в состояние мечтательности. Это может быть замещение травмирующих представлений прошлого, настоящего либо ожидаемого иными, желаемыми и менее тягостными. Индивид не препятствует при этом процессу пассивного фантазирования либо ему способствует, если сознательно подавляет мысли в другом направлении. Тем самым он получает возможность на некоторое время отвлечься от негативных эмоций для того, чтобы выиграть время, необходимое для принятия действительности.

Пассивное воображение может быть полезным и для формирования моделей желаемого настоящего и будущего. Индивиду всегда крайне важно и очень сложно понять, что именно нужно ему, отвечает его подлинной природе, чтобы не следовать навязанной извне роли, которая грозит утратой аутентичности. Таким образом, преднамеренное воображение становится одним их источников самопознания.

Непреднамеренное пассивное воображение обнаруживает себя в дремотном состоянии индивида или в его сновидениях. Известно немало подтверждений того, что оно является важным условием творческого процесса, не скованного текущими впечатлениями и стереотипами мышления. Ещё чаще пассивное воображение является источником болезненных феноменов, в частности, бреда, ложных воспомина-

ний либо предвосхищениий. Пассивное воображение некритично, его плоды смешиваются с реальностью и обычно замещают его.

Роль сознательных усилий в процессах воображения бесспорна, хотя и неоднозначна. Нередко она бывает представлена в виде целенаправленного и методичного перебора всех возможных вариантов решения проблемы с целью найти наиболее адекватное. Это известно каждому, кто имеет опыт собственного творчества. О том же свидетельствует выдающийся творческий опыт.

Ч. Дарвин, например, создавал свою теорию эволюции почти 30 лет, преодолевая не только объективные трудности, но и сопротивление со стороны предрассудков своего времени. Опубликовал свой труд только потому, что его по пятам преследовали другие, всё ещё сомневаясь в своих выводах и симптатизируя ламаркизму.

Л. Н. Толстой, уже признанный мастер слова, шесть раз переделывал роман «Война и мир». В отличие от Ч. Дарвина, он каким-то образом осознал, что ему пора остановиться, он понял, что достиг, наконец, желаемого. Каким образом понял, сам он это, к сожалению, не разъяснил.

Подлинные творения, свидетельствует опыт творчества великих людей, отнюдь не всегда рождаются в одночасье, в порыве вдохновения. Иначе говоря, от смутного замысла, опирающегося на какие-то факты и соображения, до его осуществления следует долгий период осознанного выдвижения

и проверки множества промежуточных гипотез. Кроме того, окончательный результат творческого поиска не может быть принят до того, как будут к этому подготовлены структуры сознания.

Так, Ф. А. Кекуле в 1865 г. понял, что его сновидение, в котором он увидел кусающую себя за хвост змею, это и есть символ искомой формулы бензола только потому, что был готов к этому моменту понять значение символа. Роль сознания при этом состоит, вероятно, в том, что в нём заблаговременно и подспудно формируются общие контуры творческого замысла, позволяющие, в итоге, принять его воплощение как завершённое и адекватное. Этот последний момент принятия нередко является в сознание как ***интуитивное прозрение***, т. е. внезапное и непосредственное постижение истины (лат. intueri – пристально, внимательно смотреть).

С одной стороны, фантазирование часто является деструктивным, – плоды воображения отдаляют индивида от реальности либо, в психозе, создают мнимую реальность. Об этом свидетельствует культура декаданса – её упадка, и психопатология – учение о том, каким образом фантомы вытесняют представления реальности. В этом случае доминируют бессознательные процессы, протекающие бесконтрольно из-за утраты интегративного начала – сознания. С другой стороны, очевидно, что подлинное творчество невозможно без фантазирования. Где та грань, за которой пустое или патологическое фантазирование преображается в творческое и

почему учёные говорят, что подлинное творчество чем-то сродни сумасшествию?

Пожалуй, единственным исследователем, кто пытался ответить на эти вопросы, был П. В. Симонов. Он предположил, что существует особая психологическая структура – надсознание. П. В. Симонов противопоставляет эту структуру сознанию, консервативному началу, способному лишь фиксировать и воспроизводить стереотипы поведения, в том числе и внутреннего.

Именно надсознание, подлинное дитя воображения, преодолевает косность сознания, выводит за рамки того, что кажется незыблемым и единственно верным. Делает оно это потому, что в нём рождаются новые идеи и нестандартные решения, о существовании которых индивид долгое время может не подозревать. Многие творения начинаются в детстве, и о них многие не знают, что они готовы творить. При этом, подлинное творчество, созидая будущее, одновременно с этим разрушает пришедшее в упадок прошлое. Вернее, включает его в себя, присоединяет старого к новому началу. Гипотеза П. В. Симонова является, в сущности, антиподом психоанализа, З. Фрейд основное внимание уделял бессознательному.

Воображение проявляется на разных уровнях умственной активности. Наиболее ранний из них – это воображение в виде действий с предметами, ранние детские игры с предметами и своим телом. Л. С. Выготский указывает: «Игра

есть не что иное, как фантазия в действии, фантазия же – не что иное, как заторможенная и подавленная, необнаруженная игра». После 2–3 лет жизни ребенка фантазии становятся наглядно-образными – предметы наделяются воображаемыми свойствами. Игрушки «становятся» живыми, одушевлёнными, способными думать, что-то чувствовать, говорить, вступать в отношения друг с другом. Ребёнок способен и себя самого представлять в качестве другого объекта, персонажа сказки, животного.

Начиная с 6–7 лет фантазирование превращается в более сложное, образное. Появляется способность представлять себя в той или иной воображаемой социальной роли, включаться в воображаемые социальные ситуации, замещать происходящее в реальности собственными фантазиями. Наконец, после 15–16 лет составными элементами фантазирования становятся явления всё большей степени сложности и отвлеченности. В этом возрасте появляется увлечение чтением, науками, отвлеченными размышлениями. В этом же возрасте проявляются гении, особенно математики и физики, превратившие свои детские фантазии в общее достояние.

2. Нарушения в сфере воображения

Проявляется различным образом: обеднением или утратой воображения, избыточным и неконтролируемым фантазированием, а также подменой реальности плодами вообра-

жения.

1. **Синдром дефицита воображения**. Характеризуется отсутствием или утратой способности индивида комбинировать собственные мысленные образы, мысли, чувства и побуждения необходимым и достаточным для успешного поведения образом.

Особенно сильно страдает воображение при олигофрении и слабоумии, что приводит к дезадаптации к повседневным условиям жизни. Обеднение исходных элементов опыта, связанное с мнестическим дефектом, сочетается при этом с отсутствием или утратой способности создавать новые их ассоциации. Это проявляется оскудением, а также стереотипизацией мышления и поведения. Отсутствуют либо теряются находчивость, изобретательность, способность придумать что-то своё, новое, оригинальное. Снижена познавательная потребность, в лучшем случае она ограничена любопытством, ориентировочным рефлексом. Весьма затруднено понимание ранее неизвестного, выходящего за рамки бытового, привычного.

В первую очередь страдает понимание межличностных отношений и значения социальных ситуаций. Выпадает прогностическая функция, пациенты обычно не задумываются о том, к чему может повести развитие той или иной ситуации. Нет и понимания того, какие последствия способно повлечь собственное поведение, нет даже попыток это сделать. Опыт прошлого не используется, пациенты, при повторении

какой-то ситуации, например, совершают те же ошибки, что и ранее. Хотя некоторые из пациентов ещё помнят о прошлых своих неудачах, это не помогает им извлечь из происшедшего поучительные уроки.

Как правило, больные не осознают, что неприятные ситуации часто возникают по их собственной вине. Советы, наставления окружающих остаются без внимания, воспринимаются как лишённые смысла. Пациенты почти не задают вопросов, ничем не интересуются, происходящее оставляет их равнодушными, не трогает, даже если касается насущных потребностей. Дементные пациенты совершенно забывают о том, что когда-то ранее они были совсем другими людьми. Иногда они механически воспроизводят остатки прежнего опыта, например, манеру разговаривать, жестикулировать, но это является как бы внешней оболочкой, лишенной внутреннего содержания. Обычно отсутствует либо теряется способность осознавать факт собственного непонимания чего-либо. Удивление и растерянность больным не свойственны. Обучаемость при слабоумии резко снижена.

В относительно легких случаях, дефицит воображения проявляется диссоциацией между более или менее развитой или сохранившейся способностью что-то запоминать и привычно выполнять умственные операции, с одной стороны, и неспособностью к самостоятельным суждениям и спонтанному поведению – с другой. Отмечаются весьма ограниченный кругозор, оппозиционное отношение к новому, нестан-

дартному, а также неспособность использовать имеющееся знание. Теряются способность мечтать, прогнозировать, строить планы, расчитывать риски. Отсутствуют, становятся реже или исчезают сновидения. Многие из таких лиц в определенных обстоятельствах и при поддержке со стороны могут быть адаптированы к несложным и стабильным условиям существования. Оказываясь в ситуациях стресса, пациенты легко теряются, не находят выхода из положения и нуждаются в посторонней помощи.

2. **Синдромы патологического фантазирования**. В детском возрасте встречаются т. н. игровые перевоплощения, в это время пациенты отождествляют себя с объектами, которые они используют в игре. Подробнее об этом см. «Психопатологические синдромы в детском и пубертатном возрасте». Здесь отметим сходные нарушения, ***встречающиеся в более позднем возрасте.***

Иллюстрации.

1. Пациент, 20 лет, рассказывает: «Я часто воображаю себя в самых разных ролях. Например, представляю себя солдатом, который оказывается в различных ситуациях на войне и в мирной жизни. Какое-то время я как бы живу его жизнью. Она мне нравится, мне это интересно, я испытываю яркие чувства, которых в обычном состоянии у меня не бывает. Потом я придумываю себе другую роль, нахожусь в ней несколько недель и даже месяцев, и так происходит постоянно на протяжении нескольких лет. Несколько раз было так,

что я входил в роль члена какой-нибудь молодежной группы и жил по ее правилам. Последний раз я был в группе наркоманов. Меня очень увлекла эта роль, я был буквально поглощен ею… Я изменил свою внешность, походку, голос, манеры, речь. Отличить меня от настоящего наркомана было, я думаю, невозможно. Во всяком случае, наркоманы всюду принимали меня за своего, где бы я ни появлялся.

Наркотиков, разумеется, я не принимал, мне было это совершенно чуждо. Наркоманов я легко обманывал, я только делал вид, что курю или нюхаю и симулировал опьянение. Имитировал при них и ломку. Мне особенно нравилось, что в роли другого человека как бы забываешься, на время уходишь из реальности, чувствуешь себя кем-то другим, а это новые и острые ощущения, эмоции, необычные переживания. Возвращаться в себя долго не хочется, в качестве самого себя, мне кажется, будто и не живешь, не ощущаешь своего Я». В данном наблюдении речь идёт о компенсаторном фантазировании в ситуации экзистенциальной фрустрации, связанной, вероятно, с депрессивным расстройством настроения.

2. Сообщение воспитателей школы-интерната. Девочка, 12 лет, с 8 лет считает, что находится «замужем». Муж, со слов девочки, находится «в командировке», скоро он должен к ней вернуться. Когда на работу в школе приняли учителя по труду, девочка тотчас поняла, что вернулся её муж. Она старалась не отходить от него, оказывала ему всяческие зна-

ки внимания. Он вынужден был уволиться, опасаясь обвинения в педофилии. Девочка говорила, что на время он уехал в Америку, обещал вскоре вернуться обратно. Вскоре она сообщила, что «беременна», у неё растёт живот, что она чувствует шевеление ребёнка и ждёт мальчика.

3. Сообщение СМИ. Девушка, 15 лет, ударила в школе ножом сверстницу. Выяснилось, что последнее время она увлеклась чтением книг о серийных убийцах. Повидимому, отождествила себя с кем-то из них. Составила список из 40 лиц, которых она должна была убить, включила в него и нескольких учителей. Сверстница оказалась первой из этого списка.

4. Больная, 23 года, сообщает, что только в роли какого-то человека к ней возвращаются яркие чувства и ощущения. Так, во время половой близости она представляет себя в роли «монахини, которую насилует бандит», иначе оргазма она не испытывает.

5. Пациент, 30 лет, сообщает, что во время сексуального акта на месте жены он представляет маленькую девочку, благодаря чему он впадает «в настоящий экстаз».

6. Встречаются суицидальные фантазии в сопровождении своеобразного ощущения «очарования смертью». Так, пациент воображает различные способы самоубийства и особенно те из них, которые более других напоминают на уход из жизни от естественных причин и не вызывают подозрений на самоубийство. Говорит, что мысль о возможной смерти

ему приятна, но желания совершить самоубийство у него не возникало.

7. Пациент, 21 год, с головой погружён в изобретение способов истязания, методов обезглавливания и обезображивания людей. Проводит необходимые расчеты, тщательно готовит чертежи, рисует на них человеческие тела и части тел. Надеется, что в будущем от теоретических проектов перейдет к практическому их воплощению. Не считает свое увлечение болезненным. Считает, что орудия пыток всегда были и будут нужны обществу, сожалеет, что такие сведения замалчиваются, поэтому он вынужден изобретать их сам. Полагает, что его труды будут востребованы, тем более что немногие люди обладают его способностями. Параллельно с упомянутым увлечением фантазирует и на другие темы. Так, с удовольствием воображает сцены сексуального насилия с разного рода извращениями, при этом представляет себя в роли «сексуального маньяка». Нередко в это время он отчетливо испытывает физическое удовольствие.

Приведенные иллюстрации среди прочего ясно показывают роль болезненных потребностей в формировании состояний патологического фантазирования. Чаще всего, пожалуй, это побуждения к агрессии и аутоагрессии. Кроме того, они свидетельствуют о решающей роли нарушений самоосознавания в фиксации синдромов фантазирования, в результате чего плоды воображения трансформируются в итоге в качества личности пациентов.

3. **Отождествление образов фантазии с реальностью** (**грезы наяву**, по К. Ясперсу).

1. Иллюстрация К. Ясперса: «Сидя в тюрьме, человек воображает себя сказочным богачом; он строит замки и основывает целые города. Его фантазии доходят до того, что он перестает четко различать истинную и ложную реальность. На огромных листах бумаги он чертит обширные планы и испытывает живейшие переживания в связи со своим поведением в новой ситуации, со своими действиями, направленными на то, чтобы осчастливить людей».

2. Пациент, мечтая, воображает себя именитым поэтом, который читает свои сочинения. Ему представляется, что он находится на сцене в аудитории. Эта мнимая ситуация в его сознании на время вытесняет реальную. Он совершенно «забывается», ему кажется, что он и на самом деле поэт и что-то декламирует. Ему грезится также, что перед ним находятся люди, они восторженно кричат и то и дело ему аплодируют. Такие состояния длятся по 20–30 минут. Он входит в них произвольно и без особого труда, стоит ему об этом только подумать. Точно так же легко и самостоятельно он выходит из них, особенно если в реальности что-то привлекает его внимание.

3. Пациент рассказывает: «Бывает, что иногда я отключаюсь от действительности, и тогда мне представляется, что я стою на эстраде и играю на скрипке. Передо мною находится много народу, я слышу звуки музыки, шум, мне хлопают, вы-

зывают на бис. Длится все это не более получаса. Когда я возвращаюсь в реальность, я помню, что мне грезилось, правда, не всё, что-то, мне кажется, я забываю. Но точно помню ощущение, что всё происходило как на самом деле. Такие переходы из реальности в грёзы и обратно возникают как бы сами собой, а не то, чтобы я их специально придумывал или внушал себе, происходит это помимо моей воли. Я не считаю, что это болезнь. Странным мне кажется только то, что я от музыки далек, на скрипке никогда не играл и даже не мечтал об этом». В подобных случаях фантазии как бы воплощаются во внешнюю реальность, то есть психические акты, представляющие собственное Я, осознаются так, будто они находятся во внеличностной области.

Встречаются пациенты, которые сообщают о том, что они способны переноситься в воображаемую ситуацию по своему желанию, но при этом не забывают и о существовании действительности, одновременно находясь как бы в двух измерениях. Иначе говоря, в этом проявляется феномен удвоения самовосприятия.

Больная рассказывает: «У меня была депрессия, меня охватывали приступы обиды, злости. Казалось, что я дряхлею, превращаюсь в старуху. Когда мне становилось особенно плохо, я уходила в другой мир. Там у меня был новый дом из точеных бревен и с изумрудной травой вокруг него. В саду – фонтан, оранжерея с чудными цветами. У меня там были и дети, две дочери 5 и 7 лет. Я представляла себе, будто я живу

там, занимаюсь чем-то важным и интересным. Окружавшие меня там люди относились ко мне с добром и пониманием. Только там я бываю вполне счастлива. Иногда я вижу себя там как бы со стороны.

Я не забываю в это время, что у меня есть и другая, настоящая жизнь, есть муж, сын, квартира. Но мне не хочется о них думать, в реальной жизни у меня все очень плохо и безнадежно, я страдаю и очень несчастлива. Погрузившись в мечты, через какое-то время я начинаю ощущать, что мне пора возвращаться в действительность. Чаще всего я возвращаюсь самостоятельно и очень быстро, обычно к этому меня принуждает беспокойство, что дома может случиться что-то неладное. Но бывает и так, что я могу очнуться только после того, как меня кто-то вдруг окликнет или произойдет что-то нехорошее. Когда я прихожу в себя, то нахожу себя то сидящей у стола или на постели, а то, бывает, я стою где-нибудь и будто бы о чем задумалась».

В некоторых случаях состояния перевоплощения возникают и завершаются спонтанно. Они сопровождаются амнезией как образов фантазии, так и реальных впечатлений, то есть фактически уже ничем не отличаются от спутанности, напоминая, скорее всего, сумеречное помрачение сознания. Пациенты не помнят ни момента отключения от реальности, ни того, каким образом они возвращаются в действительность. Пациент сообщает: «Говорили, будто я лег на ковер в центре комнаты. Перед этим обложил ковер по краям

тарелками с ножами и вилками. Вроде бы все это походило на приготовление к приему гостей. А я, видимо, изображал собою какое-то блюдо. Сам я ничего этого не помню. Когда мне рассказали, я подумал, что это было не со мной, а с моим двойником». Последнее наблюдение показывает, вероятно, что помрачение сознания и расстройство самовосприятия могут сочетаться и что внутренне они каким-то связаны одно с другим.

4. **Бредоподобное фантазирование** (Siefert, 1907; Birnbaum, 1908), как и некоторые феномены перевоплощения, представляет собой смыкающееся с психотическим нарушением форму патологического фантазирования. В литературе используются и другие термины: ***бред воображения*** (E.Dupre и Logre, 1914) и ***фантастическая псевдология*** (Delbruck, 1891). Есть основания полагать, что речь в таких случаях идет об одном и том же нарушении. Так, К. Ясперс к проявлениям pseudologia phantastica относит «фантазии, которые могут начинаться со случайной мысли или идеи, а затем разворачиваться в условиях осознанного отождествления фантастического мира с действительностью. Человек делает богатые покупки, которые он не в состоянии оплатить, – возможно, для воображаемой любовницы; он входит в роль школьного инспектора и во время посещения школы ведет себя настолько естественно, что никто никого не замечает, пока не возникает какое-либо слишком очевидное противоречие, кладущее конец его фантазии». В главе о нарушени-

ях самосознания К. Ясперс данное расстройство обозначает термином «лабильность сознания».

Пациентов с фантастической псевдологией Е. Блейлер называет лгунами и плутами. «Они так сживаются со своим воображаемым положением и ролями, – указывает он, – что забывают, что это не соответствует действительности, и ставят свои поступки в зависимость от своих фантазий. Если они не обладают сильным нравственным чувством, они, конечно, становятся жуликами или мошенниками высшего полета. Эти случаи часто путают с истерией, однако в этом нет никакой необходимости». Е. Блейлер приводит примеры, в которых данное расстройство обнаруживалось у пациентов с прогрессивным параличом. А. А. Меграбян напоминает, что «при истерии описывается синдром фантастической псевдологии. Пробел памяти при этом синдроме касается главным образом собственной биографии больного. Пробелы памяти заполняются фантастическими событиями. Больные вживаются в свой рассказ, верят ему».

Бредоподобные фантазии В. М. Блейхер и И. В. Крук (1995) рассматривают в качестве одной из форм истерических реакций, близких к мифомании. «Вымыслы больных настолько нелепы и неправдоподобны, что приобретают сходство с бредовыми утверждениями. Развивается на фоне истерически суженного сознания. Нестойкие идеи величия, богатства, значимости, носящие фантастически-гиперболический характер. Содержание бредоподобных фантазий ме-

няется в зависимости от ситуации».

Фантастическую псевдологию А. Дельбрюк представляет как патологическую лживость, не связанную с внешними обстоятельствами и встречающуюся при различных заболеваниях, таких как эпилепсия, циркулярный психоз, прогрессивный паралич.

Бред воображения Дюпре-Логра (имажитивный бред, фабуляторный бред, бред представления) является, как указывается в литературе, результатом вымысла и вытекает из склонности личности к фантазированию. Его развитию способствуют «слабость интеллекта и гипоманиакальное состояние». Бред возникает остро. При этом отсутствуют глубокие нарушения памяти, галлюцинации, психосенсорные расстройства, типичны ясность восприятия и полная ориентировка в окружающем.

Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок описывают фантастическую псевдологию в рамках искусственно демонстрируемого расстройства с психологическими симптомами. Таким образом, в литературе встречаются разногласия в описаниях и оценках расстройства, но есть и много общего, а именно: болезненное обострение воображения, продуцирование неправдоподобных фантазий и тенденция отождествлять образы фантазии и действительность.

Иллюстрации. 1. Пациент 32 лет появился в Иркутске у профессора Х. Г. Ходоса по письменной рекомендации московских неврологов. Представился «сыном генерала Родич-

кина». В городе пациент, по его словам, оказался проездом, случайно. Дальше ехать не смог, был «ограблен» – лишился денег, документов, почему и обратился за помощью. Сообщил профессору, что в прошлом учился в разведшколе, находился резидентом в Германии, выполнял важные государственные задания, был предан и разоблачен. Попал в плен, бежал, скитался, затем подвергался проверкам спецслужбами нашей страны, пока, наконец, не оказался на свободе и вне подозрений. Теперь он путешествует, в будущем планирует работать в торговом представительстве за рубежом, в Японии.

Х. Г. Ходос, подробно расспросив пациента, убедился, с кем он имеет дело, и на следующую встречу с пациентом пригласил психиатра. Вскоре пациент оказался в загородной психиатрической больнице, был оформлен на работу. С энтузиазмом участвовал в реабилитации больных, выполнял поручения по хозяйству, снабжению больницы продуктами, товарами. На многих работников произвел приятное впечатление, расположил их к себе. Время от времени пациент «по делам» отлучался в город. Перед тем звонил в администрацию области, в органы госбезопасности, за ним присылали машину со спецномерами. Отличался приподнятым настроением, высокой активностью, красноречием. Рассказывал о себе и другие необычные истории и сразу трудно было понять, где он говорит правду, а где фантазирует. Похоже он и сам верил своим выдумкам – когда кто-то сомневался в его

правдивости, обижался. Однажды в больницу не вернулся.

2. Пациент, 17 лет, на консилиуме рассказал, что две недели назад прямо на улице его похитили люди в масках и увезли в лес. Люди разговаривали на иностранном языке, но владели и русским. Его «испытывали на выносливость, не давали есть, пить и спать, подвешивали вверх ногами, били, вводили наркотики» – проверяли на годность к секретной работе. Так прошло несколько суток (где в это время был пациент, выяснить не удалось). Понял, что попал в руки шпионов, его вербовали в иностранную разведку. Смог, однако, обмануть похитителей, сбежал. Когда от деда, к которому он уехал несколько дней назад, пациент вернулся домой, родители заметили, что он возбужден, испытывает страхи, не выходит на улицу, придумывает странные истории, отчего и обратились к психиатру. На консилиуме пациент очень подробно и с новыми добавлениями рассказал о разных деталях происшедшего. Уверен в том, что все было именно так, как он сообщает, не смущаясь противоречиями, которые он тут же пытается сгладить другими вымыслами. С диагнозом «синдром бредоподобного фантазирования» направлен на лечение в психиатрическую клинику. Спустя месяц выписан в хорошем состоянии и с полной критикой к расстройству – «мне так думалось и казалось, что всё это правда».

Известные истории о самозванцах связаны, скорее всего, не с рядовыми жуликами, а именно с фантастической псевдологией. Дело в подобных случаях иногда доходит до разви-

тия подлинного бреда апперсонализации – самоотождествления себя с какой-либо знаменитой фигурой. Именно такими, но едва ли процессуальными парафрениками являются время от времени всплывающие в разных странах очередные фигуры: Гутама, Капелло, Лжедмитрии, Гамилтон, Тараканова, Пугачёв, Сонька с золотой ручкой, Хаббард, Пети, Мавроди и прочие сотни лиц, а также Иисуса Христа (каждый год в мире возникает по 7 Христов), Магомета, Муна и других лиц, окруженных, как правило, толпами своих фанатичных поклонников.

Новые посланцы, возможно, страдают особым типом паранои, если они не обычные проходимцы и в этом смысле также пациенты. Чем более необразованной и неудовлетворённой является публика, тем многочисленнее у этих пациентов будут ряды поклонников. В свою очередь, чем больше поклонников, тем более верит очередное «воплощение» в правдивость своих фантазий, и трудно сказать здесь, король подбирает себе свиту или свита делает себе короля. Фантастическими псевдологами являются и лица типа Ванги, В. Мессинга. Последний, как известно, представил в своей автобиографии ряд вымышленных и невероятных историй своего гипнотического могущества. О них постоянно сообщают СМИ – в показах этого, собственно, и выражается детская потребность в объектах подражания. Пока она сохраняется, будут и такие самозванцы.

5. **Мифомания** (Dupre, 1905) – разновидность патологи-

ческой лживости, обусловленная конституционально-психопатическими особенностями личности («мифоманическая конституция»). Известна и как ***синдром Мюнхгаузена***, ***госпитальное пристрастие***, ***больничное привыкание***, ***госпитализм***, ***псевдосимуляция***, ***полихирургическое пристрастие***, ***синдром профессионального больного***. В настоящее время предпочитают термин «искусственное расстройство». Относится к группе соматоформных расстройств.

Р. Карсон, Дж. Батчер и С. Минека (2004) указывают, что при искусственном расстройстве «человек преследует некую общую цель, состоящую в сохранении за собой тех привилегий, которые предоставляются «ролью больного», включая внимание и заботу медицинского персонала». К. Ясперс не описывает мифоманию, но при анализе истерических феноменов указывает, что симуляция «может перейти в истерию, и после этого мы уже не имеем права говорить о ней как о симуляции».

Под названием «синдром Мюнхгаузена» расстройство описал английский хирург М. Ашер (1951). Патологическую потребность во лжи можно, вероятно, определить и так: это овладевающие состояния саморазрушительного и антисоциального поведения, имея в виду всё то, чем индидид вредит себе и окружающим.

Характерными для данного расстройства считаются чрезмерно драматические и неправдоподобные жалобы на мнимые соматические заболевания, обмороки, припадки, кро-

вотечения, кожные заболевания, в связи с чем выделяются соответствующие клинические варианты расстройства: геморрагический, абдоминальный, кожный и т. п. Типична абсолютная убежденность пациентов в реальности соматических фантазий. Нередко наблюдается тенденция к самоповреждениям, потребность подвергаться хирургическим операциям, склонность к употреблению наркотиков, других психоактивных субстанций. Иногда в анамнезе выявляется склонность путешествовать, частое пребывание в психиатрических больницах и тюрьмах.

В. Я. Семке (1988) рассматривает расстройство как вариант «почти насильственной тяги к псевдологии и фантазированию». В. М. Блейхер и И. В. Крук подчеркивают отсутствие какой-либо практической пользы для пациента того заболевания, которое он демонстрирует. Большинство исследователей склоняются к мнению о том, что расстройство свойственно истероидным психопатам.

А. С. Ребер (2001) определяет как искусственное расстройство, симптомы которого вызваны «произвольно», – они «фальшивы», т. к. недееспособность «симулируются». Г. И. Каплан и Б. Дж. Сэдок (1994) подчеркивают, что основной целью у многих таких пациентов является госпитализация, причем иногда она является целью всей их жизни.

Распространенность расстройства не установлена, единичные эпидемиологические исследования дают очень разные показатели. По данным Иркутского психодиспансера,

встречается у 0,01 % психиатрических и наркологических пациентов, но эта цифра отражает, скорее всего, не распространенность расстройства, а готовность врачей к его выявлению. Причины расстройства неясны. В анамнезе пациентов встречаются указания на сенсорную депривацию в раннем возрасте, неполную семью, безнадзорность, тяжелые болезни и нарушения функций с участием при оказании помощи этом медицинских работников, которые как бы персонифицируют своих родителей. В личностном плане подчёркиваются склонность к самоповреждающему поведению, подражательность, плохая структура идентификации, тенденция идентифицировать себя с кем-то из окружающих, нарушения самооценки.

Указывается, что мотивация поведения пациентов принципиально отличается от таковой при ипохондрии, истерии, рентном поведении, симуляции и членовредительстве. Пациенты с искусственным расстройством не просто хотят быть больными ради психологической выгоды, как истерики, или отождествляют себя с болезнью и страдают, как ипохондрики. Они идентифицирует себя с болезнью, с поразительным упорством и всяческими путями стремятся убедить в этом врачей и приобрести официальный статус пациента.

Отмечается, что они чувствуют себя комфортно лишь находясь в мнимом болезненном состоянии. В самом начале искусственное расстройство может, вероятно, выглядеть поразному: как истерия, симуляция, рентное поведение, чле-

новредительство либо, хотя это сомнительно, ипохондрия. Позднее роль больного присваивается подобно тому, как образы фантазии отождествляются с действительностью в результате стойких нарушений самовосприятия. Иными словами, основную роль в развитии эиого состояния играют нарушения самосознания.

Искусственное расстройство рано или поздно может завершиться выздоровлением, но в некоторых случаях оно может повторяться, причём в разных вариантах. Отдаленный катамнез искусственного расстройства изучен недостаточно.

Клинические критерии искусственного расстройства:

– наличие ***ложных жалоб*** физического или психологического характера, т. е. осознанное изображение признаков того или иного расстройства здоровья;

– ***патологическая потребность отождествлять себя с болезнью,*** переживаемая с чувством принадлежности этой потребности собственной личности;

– ***отсутствие мотивации какой-либо выгоды*** от принятия роли пациента, более того, намеренное причинение несомненного и значительного ущерба как своему здоровью, так и социальному благополучию;

– появление расстройства ***вне связи с каким-либо определённым соматическим или психическим заболеванием*** в прошлом и в настоящее время.

Различают ряд клинических вариантов искусственного расстройства.

1) ***Искусственное расстройство с физическими симптомами*** – самоосознавание в качестве соматического больного и/или самоидентификация с определённой соматической патологией. Одним из наиболее распространённых способов самопрезентации является сочинение по возможности правдоподобного анамнеза какого-либо соматического заболевания. Выбор изображаемой патологии осуществляется, вероятно, по механизмам подражания какой-то значимой для пациента персоне, страдавшей либо умершей от соответствующего заболевания, но, увы, редко когда удаётся получить об этом достоверные сведения. Пациенты проявляют неплохую осведомленность в том, что касается соматических симптомов изображаемого ими заболевания, показаний к госпитализации и лечению.

Круг фиктивных расстройств, фигурирующих в жалобах, достаточно широк. Это внутренние кровотечения, кровохарканье, гипогликемия, лихорадка, тошнота и рвота, острые боли разной локализации, дизурические явления, диарея, кожная патология, приступы сердцебиения, подъемы артериального давления, обмороки, ломкость костей, мышечная слабость, гиперкинезы и т. д. Иногда умело имитируются неотложные состояния с показаниями к экстренной, в частности хирургической, помощи. Известны случаи, когда пациенты подвергались неоднократным полостным хирургическим операциям. Для подтверждения факта болезни одновременно с жалобами многие пациенты тем или иным спо-

собом вызывают нужные им расстройства. Используют, например, кожные нарывные мази, антикоагулянты, инсулин, гипотензивные препараты, вдыхание сахарной пудры и табачного порошка, заглатывание инородных предметов, длительную иммобилизацию конечностей. В мочу, мокроту и кал для анализов добавляют кровь, гной и др. Иллюстрация. Больная 21 года, после ряда госпитализаций в гинекологическое отделение с подозрением на маточное кровотечение, в итоге была направлена в психиатрический стационар. В психиатрическом отделении кровотечение продолжалось, каждое утро свежее постельное белье оказывалось в крови. Персоналу удалось обнаружить, что больная имеет при себе и тщательно прячет инструментарий, с помощью которого по ночам вызывает у себя кровотечение из гениталий. После разоблачения больная стала жаловаться на обманы восприятия, высказывала суицидные мысли. Мотивация поведения не установлена, но цели получить какую-либо выгоду больная определённо не имела. Признаков какого-либо душевного расстройства не выявлено.

Поведение пациентов является достаточно типичным: они демонстративны, стремятся убедить мед. персонал врача в наличии, обычно назойливы, а когда слышат, что серьёзного заболевания у них, скорее всего, нет, проявляют недовольство и агрессию. В психиатрическом отделении быстро адаптируются, стараются подчинить себе больных. Многие из них требуют операции, люмбальных пункций, назначения

известных им лекарственных препаратов, обезболивающих средств, наркотиков. Встречая отказ, вступают в конфликты, обвиняют персонал в некомпетентности, недоброжелательном отношении, злом умысле, угрожают подать в суд, а чувствуя разоблачение, выписываются раньше срока либо самовольно покидают отделение, чтобы повторить госпитализацию в другое лечебное учреждение. В анамнезе у некоторой части пациентов встречаются указания на аналогичное расстройство у кровных родственников.

2) ***Искусственное расстройство с психологическими симптомами*** – самоотождествление с психиатрическим расстройством. В жалобах на самочувствие фигурируют указания на депрессию, обманы восприятия, бредовые идеи, болезненные побуждения и т. п. Сообщения о патологии нередко отличаются правдоподобием, чем пациенты отличаются от большинства обычных симулянтов. Выдумываются ситуации, являющиеся причиной расстройства. Например, сочиняются истории о катастрофах, потерях близких людей, пребывании в заложниках, нахождении в зоне боевых действий, перенесенных пытках и истязаниях, изнасилованиях и т. п. Пациенты не только вербально и пантомимически симулируют то или иное расстройство, втайне они принимают иногда психоделические субстанции. Находясь в психиатрическом учреждении, наблюдают за другими больным, расспрашивают их о самочувствии, уточняют свои жалобы, вносят поправки в своё поведение. Мысль о том, что они здоровы и

нормальны, категорически отвергается.

Иллюстрация. Д., 25 лет, сам вызвал бригаду скорой помощи. Сообщил, что час назад с целью покончить с собой принял 50 таблеток аминазина и столько же амитриптилина, но вскоре испугался смерти. Доставлен в токсикологический центр, где находился в течение трех суток. Перед выпиской врачу центра рассказал, что слышит голоса, они «приказывают» ему покончить с собой. Переведен в психиатрическое отделение. Врачу-психиатру жаловался, что слышит голоса «как по радио» или «во сне», испытывает устрашающие видения, что его мысли контролируют, передают их на расстояние. Сообщил также о приступах плохого настроения. Говорил, что начиная с 16 лет неоднократно лечился у психиатров по поводу депрессии и шизофрении. Рассказал, что его отец – знаменитый подводник, трагически погибший несколько лет назад. Мать работала врачом, год назад была убита при неизвестных обстоятельствах. Он сам занимается поисками убийцы, уверен, что найдёт и уничтожит его и всю его семью. Рассказывал также, что успешно играл на бирже, был очень богат, но теперь разорился, имеет большие долги.

Находясь в отделении, отчётливо выделялся среди других больных. Персонал заметил, что пациент их запугивает, груб с ними, забирает у них пищу, сигареты, командует ими. Доволен своим теперешним положением в больнице, условиями пребывания в отделении не тяготится, не просится домой, на выписку. Считает, что болен шизофренией, пытает-

ся это доказывать, ссылается при этом на свои наблюдения за пациентами отделения, – «у него то же, что у них». Убедительных данных за душевное заболевание не установлено. Настроение слегка приподнятое, мышление последовательное, эмоции живые, выразительные. В присутствии медперсонала и на беседах с врачом поведение притворное.

Сведений, подтверждающих лечение у психиатров в прошлом, обнаружить не удалось. Семейный анамнез, скорее всего, вымышлен (объективных данных нет). Криминальный анамнез, установка на инвалидность отсутствуют. Оснований полагать, что пациент стремится доказать, что он невменяем либо недееспособен, также нет. Когда больного изобличают во лжи, он ещё активнее жалуется на депрессию, голоса, нежелание жить, просит лечить его, назначить ему антидепрессанты, нейролептики, снотворные. Перед выпиской вновь стал активно жаловаться на депрессию, суицидные побуждения, императивные голоса, а также на видения скелетов. Недоволен врачом. Выписан под наблюдение психиатра с диагнозом «истерическая психопатия».

3) ***Искусственное расстройство через представителя*** – изображение соматического или психического расстройства у другого индивида, зависимого от пациента. Наиболее распространёнными и типичными являются случаи, в которых болезнь у ребёнка вызывает его мать. Отец или отчим остаётся при этом в стороне, активного участия он не принимает, но и не оказывает противодействия матери ребён-

ка. Клиническая картина расстройства однотипна. Обычно мать сочиняет фальшивый анамнез болезни ребёнка и намеренно создаёт некую патологию пищеварительной, мочеполовой, нервной или другой системы организма. Выясняется, например, что мать дает ребенку слабительные, рвотные средства, диуретики, нейролептики, средства бытовой химии, другие вещества, опасные для здоровья и жизни. Известны случаи смерти представителей пациентов. По опросам детских врачей, искусственное расстройство через представителя встречается значительно чаще, чем отражает официальная статистика, – практически каждый врач мог вспомнить хотя бы один такой случай.

Рекомендуется поэтому проявлять настороженность в тех случаях, когда выявляется атипичная картина расстройств, неоправданные и неотложные визиты к врачу следуют один за другим, а результаты анализов не согласуются друг с другом и клинической симптоматикой. При подозрении на недоверие врачей к себе, пациенты прерывают с ним контакты, обращаются затем в другие лечебные учреждения, где повторяется та же или подобная история. Обычно пациенты проявляют немалую осведомленность и живой интерес к тому, что касается медицины, в прошлом некоторые из них были медиками или страдали искусственным расстройством сами. Предполагают, что настоящее расстройство является как бы викарным, заместительным, провоцируемым какими-то психологическими и межличностными проблемами.

4) ***Смешанное искусственное расстройство*** – характеризуется тем, что пациенты представляют симптомы физического или психологического характера одновременно либо поочередно. Некоторые случаи расстройства дополняются симптомами фантастической псевдологии или патологической лживости.

6. **Псевдология** – патологическая лживость, отличающаяся как от фантастической псевдологии, так и от обычной, повседневной лживости, в той или иной мере свойственной подавляющему большинству людей. Основное отличие от фантастической псевдологии состоит в том, что псевдологи лгут в пределах правдоподобия, с определённой целью и при этом осознают факт обмана, не отождествляют плоды своей фантазии и действительность. Отличить собственно псевдологию от банальной лживости сложнее, четких критериев тут нет, а границы между ними размыты. Неизвестно, помогают ли в этом детекторы лжи.

Авторы, специально изучавшие феномен лживости (Экман, 2000; и др.), указывают на его широкое распространение. Более того, утверждают, что лживость необходима не только политикам и дипломатам, она нужна всем, в том числе родителям, педагогам и богословам.

Так, Г. Штайер утверждает: «Нам более пристала не столько мораль, сколько необходимость выжить. На любом уровне, от самого отчаянного стремления спрятаться до поэтического восторга, лингвистическая способность скрывать, об-

манывать, напускать туману, выдумывать незаменима для сохранения человеческого сознания и развития человека в обществе». Лгать, таким образом, не только полезно, но и необходимо. Западная политическая элита, судя по сообщениям СМИ РФ, лжива до болезненной степени – до «политической шизофрении».

С этой точки зрения о патологической лживости не может быть и речи, анормальными, напротив, являются правдивость и искренность. Упомянутую позицию представителей свободного мира и там разделяют не все. Не менее известные представители того же мира утверждают, что лживость не свойственна зрелому и адекватному человеку, которого отличают откровенность и правдивость. Итак, вопрос состоит не в том, хорошо или плохо лгать, а в том, каковы критерии патологической лживости. Предположительно, они таковы:

– ***принятие склонности обманывать*** кого-либо, в том числе и самого себя, то есть оценка лживости как естественного и натурального качества собственной личности;

– ***позитивная оценка собственной лживости***;

– ***ложь*** не причиняет псевдологу угрызений совести, напротив, ***сопровождается положительными эмоциями*** , порой напоминающей состояние экстаза, – «восторга надувательства». Тем самым лживость подкрепляется и всё более укореняется в личности, превращается в патологическую потребность;

– ***бесчестность*** псевдолога ***повышает его самооценку***. Напротив, быть правдивым неприемлемо, это качество ассоциируется в его сознании с личностным дефицитом. Честность в глазах псевдолога – это не то, что заслуживает уважения, а качество, позволяющее обманывать с выгодой для себя;

– лживость, став неискоренимой особенностью личности, ***побуждает к мошенничеству*,** в котором индивид может быть наиболее успешным. Псевдолог едва ли выберет профессию, которая предполагает ответственное отношение к делу или может приносить пользу;

– склонность лгать ***сочетается у псевдолога с другими анормальными качествами личности***: алчностью, тщеславием, моральным дефицитом и т. п.

Существует, по крайней мере, четыре типа псевдологов.

1) ***Профессиональные попрошайки*** – постоянные обитатели вокзалов, рынков, общественного транспорта и церквей, изображающие несчастных и пострадавших от несправедливости людей. И не всегда это одиночки, действующие на свой страх и риск. Существуют даже объединения попрошаек со свойственными им корпоративными нормами морали, поведения, навыками, праздниками, ритуалами. У В. В. Верещагина есть характерная в этом плане картина, изображающая группу дервишей в праздничных нарядах.

Типичным представителем псевдолога данного типа является попрошайка из фильма Г. Шенгелия «Менялы» (1992).

Нищий, бывший «батальонный разведчик», сменив «мечи на орала», притворяется инвалидом войны, который потерял зрение, забыт государством и вдобавок ко всему в своей личной жизни пострадал от «штабного писаришки». За годы «труда» мошенник скопил немалое состояние, сколотил банду уголовников, но так и не смог преодолеть тягу к попрошайничеству.

Мошенники данного типа спекулируют не только на милосердии окружающих. Они паразитируют, в основном, на мелком тщеславии тех, кто хочет ощущать себя порядочным, великодушным, добродетельным человеком, но добивается этого не трудом и работой над собой, а мелкими подачками на публике;

2) ***Вечные лгуны*** типа гоголевского Ноздрёва – лица, органически лишённые правдивости, которые не могут не врать, они лгут по любому поводу и всем подряд, всегда и всюду, во вред себе и своей репутации, это лица, о которых обычно говорят, что они «заврались окончательно»;

3) ***Дипломированные обманщики***, которые успешно и на законных основаниях паразитируют на невежестве окружающих. Они профессионально занимаются астрологией, гомеопатией, целительством, предсказаниями, рекламой, журналистикой, бизнесом, политикой. Близки к ним сводники, приживалы, карточные шулеры, сплетники, авантюристы и проходимцы;

4) ***Синдром Агасфера***. Это симуляция болевого синдрома

наркоманами с целью получить доступ к наркотикам, иным психоактивным препаратам. Как правило, пациенты мигрируют из одного лечебного учреждения в другое, где задерживаются на короткое время, обычно достаточное для изобличении их во лжи. Иногда пациенты появляются в лечебных учреждениях в определенное время года, например в зимний период, когда нет возможности добывать дикорастущие источники наркотических веществ, либо в периоды повышенной активности правоохранительных органов, на время очередной кампании перекрывающих каналы наркотрафика.

7. **Виртуализация сознания.** Весьма распространённое и давно известное явление. Характеризуется тем, что пациент иденифицирует себя с созданными силой воображения персонажами и моделями поведения Термин заимствован из работ Д. В. Жмурова (2005, 2007), в которых автор анализирует влияние жестоких компьютерных игр на поведение детей и подростков. Примерами виртуализации коллективного сознания могут служить популярность литературных персонажей: детектива Холмса, шпиона Д. Бонда, сказочного Г. Поттера, фантомов Голливуда, которым ставят памятники, отмечают дни рождения, в честь которых устраивают викторины и парады. Отсюда популярность и кинофильмов – художественные образы нередко оказывают на впечатлительных индивидов более глубокое впечатление, нежели их реальные прототипы.

Роли, которые играют актёры, а также выдуманные сюжеты нередко затмевают собою всё то, что было или происходит на самом деле, подменяя собой действительность. Известно, например, что Л. И. Брежнев, генсек компартии СССР, распорядился однажды наградить персонаж детективного фильма, полагая, что он и на самом деле прославленный герой-разведчик. Сами актёры, заигравшись, являются на публике в облике своих героев, – в гриме, шляпах, париках, с их жестами, интонациями голоса, манерамии, тем самым указывая, что они не вышли и не желают выходить из образа.

Разбросанные по всему миру «фабрики грёз» и множество работающих на них лиц упорно и со знанием психологии вдохновенно трудятся над тем, чтобы фикции выглядели куда более реалистично, чем действительность. И добиваются успеха: грань между реальным и виртуальным мирами сегодня исчезает, а для многих она исчезла бесследно и навсегда. Виртуализации сознания весьма способствуют современные технические средства, – телевидение и особенно интернет с его возможностью устанавливать непосредственные контакты с любой точкой мира в текущем режиме. Жертвы виртуализации мало чем отличаются от аутистов, для которых субъективное и воображаемое более актуально, чем реальное.

Не чуждо это и великим людям. Когда-то Гегель, своим оппонентам, указавшим, что его идеи не согласуются с дей-

ствительностью, ответил: тем хуже для действительности. С тех пор виртуализация сознания, считают некоторые психологи, социологи и философы, прибрела массовый характер и превратилась в проблему, масштабы которой многократно превышают средневековые психические эпидемии. Одним из вариантов виртуализации сознания является интернет-зависимость.

Иллюстрация интернет-зависимости, предоставленная клиническим психологом Иркутского психотерапевтического центра. Женщина, 40 лет, замужем, мать троих детей, адвокат. Обратилась за помощью в анонимном порядке. Сразу же заявила, что в помощи психотерапевта не нуждается, ей нужен только психолог. Свою проблему представила так. Несколько лет она пользуется интернетом, где получает нужную для работы информацию. Около 2-лет назад решила усовершенствовать свой английский язык. Знакомилась по интернету с разными людьми, общалась в социальных сетях, пока не остановила свой выбор на одном иностранце. Некоторое время спустя они подружились. Она узнала об интернет-друге даже такие подробности, когда он просыпается, что ест и пьет, каковы его сексуальные предпочтения. Столь же искренней была и она.

Между ним завязались интимные отношения. Виртуальная половая близость и с той, и с другой стороны сопровождалась реальными физиологическими ощущениями. Она, по её словам, испытывала более привлекательный оргазм, чем

в отношениях с мужем. Виртуальный друг спланировал командировку в Иркутск официально с целью прочесть курс лекций для специалистов. Она помогла ему с оформлением документов. За помощью обратилась перед ожидаемым его приездом с жалобами на непреодолимое влечение к компьютеру. Провела ряд встреч с психологом. На очередную встречу к психологу не явилась.

8. **Патография** – трансформация плодов болезненного воображения индивида в массовые информационные продукты. В качестве последних обычно выступают тексты, произведения живописи, музыкальные композиции. В начале XX в. патография изучалась в рамках эврипатологии – исследования творчества психиатрических пациентов, в основном, выдающихся людей. Результаты оказались банальными: все гении являются психиатрическими пациентами. По мере политизации эврипатология прекратила своё существование.

Многие гении, действительно, обнаруживали признаки психического расстройство, но не это делало их гениями. Таковыми они становились потому, что обладали огромным потенциалом психического здоровья, – потребностью в альтруизме и созидании. С другой стороны, далеко не все психиатрические пациенты являются гениями. В этом легко убедиться, подсчитав, сколько гениев лечится в психиатрических учреждениях. Очевидно, что реальные достижения творческих индивидов и патография – разные вещи. Клини-

ческие критерии патографии, предположительно, таковы:

1) ***патологическая мотивация творчества***. Мотивы последнего непосредственно связаны с психическими нарушениями, творчество является в этом смысле продолжением имеющейся психопатологии. Маркиз де Сад описывал сцены садизма прежде всего потому, что это доставляло ему самому столь же сильное болезненное наслаждение, как и реальные насильственные действия. Возможно, воображая, как читатели воспримут его тексты, он также испытывал удовлетворение. Индивиды, расположенные к суициду, переживают удовольствие от того, что они сочиняют стихи или делают рисунки на тему «очарования смертью». Писатель, предпочитающий изображать жестокость, похоть, извращения и другие тёмные стороны человеческой жизни, руководствуется не здоровой потребностью очистить её от грязи, ему самому приятно это делать, поскольку его призвание – разрушать, обесценивать, дискредитировать подлинные ценности бытия, а вандализм – это его настоятельная и главная потребность;

2) ***продукты патологического творчества способны оказывать исключительно негативное воздействие*** на своих потребителей, склонных именно к ним в силу своей неадекватности. Нормальным индивидам эти продукты по большей части безразличны или отвратительны, за исключением тех случаев, когда патография привлекает исследовательский интерес. В целом патография, как специфиче-

ская субкультура, стимулирует процессы психологической регрессии и дискредитирует образ человека, этим и объясняется её растущая ценность. Умопомрачительные аукционные ставки на продукты патографии это подтверждают. Рыночную стоимость произведений авангарда, модерна, кубизма, символизма и тому подобных арт-объектов обосновать чем-то другим невозможно, что бы ни говорили утончённые эстеты и толкователи данного направления искусства.

По этой же причине необычайно популярна психоделическая музыка. Её назначение состоит в снижении контроля сознания и стимуляции деструктивных побуждений. Она стоит в одном ряду с абстрактным искусством, но, в отличие от последнего, более откровенна и действенна;

3) плоды болезненного творчества, равно как и другая психопатологическая продукция, ***лишены познавательной и общечеловеческой ценности***, но, безусловно, интересны с позиций психопатологии, которая, увы, уделяет этому крайне мало внимания.

Следует, пожалуй, заметить, что наибольшую активность патографы проявляют в том, что относится к объектам скорее веры, чем рационального, и что не поддается объективной проверке научными методами исследования. Поэтому патография всегда может заявить, что ей лучше известно то, чего никто не знает или что вообще не является объектом научного знания.

9. **Диссоциация воображения.** В значительной степе-

ни гипотетическая рубрика, позволяющая, однако, представить некоторые неадекватные жизненные стратегии с позиций теории воображения.

Первая из них состоит в полном пренебрежении прошлым, когда оно рассматривается индивидом как «отработанный материал», «потерянные годы жизни». Индивид полагает, что «начни жить заново», он изменил бы в своем прошлом решительно все. Противоположная позиция состоит в том, что только прошлое расссматривается как «настоящая жизнь», там, считает индивид, осталось самое главное, ценное, имеющее смысл. В обоих случаях прошлое как бы изолировано от настоящего и будущего, прежний опыт не используется в теперешней жизни.

Вторая стратегия – это «жизнь здесь и теперь», «в отсеке настоящего», как утверждал Хаббард. Как утверждает популярная песня, «есть только миг между прошлым и будущим, именно он называется жизнь». Между тем жизнь без прошлого и будущего – это существование без правил и цели, балансирование на краю пропасти. Воображение, ориентированное только на текущие впечатления, непродуктивно, оно не способно создать ничего, что выдержало бы испытание временем.

Третья стратегия – это мечтательность, ориентация воображения исключительно на будущее под влиянием эмоций. Она чревата обесцениванием прошлого, настоящего и угрожает потерей чувства реального. Иллюстра-

ция. Больная, 37 лет, имела благополучную семью, работящего и серьезного мужа, ребенка, неплохую работу. Всю свою жизнь, по ее словам, она мечтала о настоящей любви: «Я всегда ждала встречи с человеком моей мечты». Однажды в случайно увиденном мужчине она увидела того, кого так жаждала встретить. «Я сразу почувствовала, что это он, поняла, что пришла, наконец, настоящая любовь». С этого времени муж стал ей безразличным, она оставила без внимания и сына, который попал под дурное влияние улицы и по невыясненной причине пытался покончить с собой. Все её внимание, все мысли и стремления сосредоточились на новом знакомом. Но взаимная «любовь» оказалась короткой.

Спустя год больная «надоела» мужчине. После очередной размолвки он сказал ей, что между ними все кончено и что она не должна искать встреч с ним. Потому, что, пояснил он, у него появилась другая женщина, возможно, будущая жена. На момент обращения за помощью больная видится с ним раз в месяц, он соглашается принять её только после настойчивых просьб и исключительно для удовлетворения физиологической нужды. Ей такое отношение к себе не кажется унизительным, она утратила последнее, что когда-то имела – самоуважение. До сих пор не может смириться с окончательным разрывом с «любимым человеком». «Если я поверю, что ему не нужна, то этого не переживу, мне незачем будет жить».

После курса лечения и психотерапии несколько успокои-

лась, решила восстанавливать семейные отношения. Выписана в удовлетворительном состоянии на работу. У психотерапевта остались, однако, сомнения в том, что больная вполне осознала необходимость пересмотреть отношение к своей жизненной ситуации. Подобные случаи «роковой» любви или, лучше сказать, любовной зависимости, в большинстве своем связаны, вероятно, с тем, фантазии способны полностью вытеснять реалистическое восприятие действительности.

Глава 8. Мышление. Нарушения мышления

1. Общие сведения

1. **Мышление** (нус, логос, чистый разум, софия, способность мыслить) в развитом его состоянии есть особый вид познавательной активности индивида, позволяющий выявлять субстанциональные свойства явлений действительности, устанавливать существующие между ними связи и отношения, рассуждать, используя понятия, умозаключения и логику, а также преодолевать многие проблемы. Мышление, как и другие психические процессы, не есть нечто сугубо идеальное. Его функционирование неразрывно связано с деятельностью головного мозга. Но не в том смысле, что мысли являются материальными или вещественными. Информация потому и является третьей сущностью, что не обладая ни массой, ни энергией, даёт человеку возможность превращать и то, и другое в объекты, явления и события действительности. Не следует понимать мышление и так, будто оно есть лишь побочный спутник нейропсихологических процессов.

Мышление суть опосредованная форма умственной деятельности – первичная информация о чём-либо происходя-

щем поступает в него только по каналам органов чувств. Оно связано и с другими психологическими структурами. Например, с памятью, в которой хранится информация о прошлом, в том числе о самом мышлении и его программах; с сознанием, которое обеспечивает системность мышления. С личностью, которая ориентирует умственные процессы в том или ином направлении. Чувственное познание, как известно, может функционировать и помимо сознания, представляя мир в потоке ощущений, наглядных и мысленных образов. Но за этой красочной, изменчивой и обманчивой чувственной картиной индивид, благодаря своему сознанию, способен распознавать нечто регулярное, закономерное, незыблемое. В этом смысле мышление есть также отвлечённая и осознанная форма познавательной активности. По словам мудреца, всё видимое временно и преходяще, вечно же только невидимое.

Установить, когда человек впервые осознал факт собственного мышления, невозможно, в историческом плане это произошло сравнительно недавно. Ещё персонажи Гомера разговаривают так, будто не подозревают, что у них есть всего лишь идеи или мысли о находящейся где-то в стороне от них действительности, – очень похоже на то, что герои Эллады вполне отождествляют действительность с тем, что они о ней думают. Как и дети.

Понятие о мышлении появляется, вероятно, лишь в эпоху античности – Анаксагор объявляет мышление первонача-

лом мирового порядка. Платон ставит эту мысль в основу своей философии. Он полагал, что мир вещей является воплощением мира неизменных и абсолютных в своём совершенстве идей. Аристотель первым делает попытку изучить систему правил мышления, описывает умозключения (силлогизмы). С того времени возникают идеи о правильном и неправильном течении процессов мышления, а само оно становится объектом разностороннего изучения, в том числе в плане содержательно-генетической логики (Зиновьев А. А., 1922–2007).

Благодаря мышлению индивид получает возможность целенаправленно изменять мир и тем самым самого себя. Он создаёт новую, надприродную действительность, в том числе культуру самого мышления. Мышление в этом смысле представляет собой коллективный феномен, итог длительной исторической умственной практики человеческого сообщества. Индивидуальное мышление есть в основном результат усвоения субъектом опыта умственной деятельности всего человечества. Роль врождённых факторов сводится к способности индивида усваивать этот опыт. Оснований ожидать, что по генам удастся определить врождённые качества мышления и ум индивида, а тем более узнать, каким он будет в будущем, утопично.

Неверно думать о мышлении как отдельной функции, что делают, в частности, некоторые психологи-когнитивисты. Невозможно научиться «мыслить позитивно» в мечте

избавиться от всех проблем, в том числе от депрессии, страха или тревоги. Ситуация выглядит иначе, а именно: важно мыслить адекватно и реально воспринимать проблемы, порождающие упомянутые переживания. Старая японская пословица гласит: старайся преодолевать проблемы, а не чувство вины.

Мышление индивида интегрировано в структуры его личности, оно развивается и функционирует как подчинённая инстанция и является всего лишь скромной частью целого, далеко выходящего за пределы отдельно взятого человека. Не мышление решает, что нужно знать или что делать человеку в какой-то ситуации, такие решения принимает и осуществляет он сам, используя собственное мышление в качестве инструмента достижения целей, которые он сам же себе ставит. Но верно и другое: индивид мыслит лишь в границах возможностей имеющихся у него на данный момент когнитивных структур и одним своим желанием или только усилием воли никак не может стать вдруг умнее самого себя.

2. **Операции мышления**. Мышление, как процесс, протекает в виде операций или умственных действий информацией о различных событиях, как реальных, так и воображаемых. Такими операциями являются анализ, сравнение, обобщение, абстрагирование, синтез и конкретизация. В реальном процессе мышления эти операции взаимозависимы и неразделимы.

1) ***Анализ*** (греч. analysis – разложение, расчленение) –

мысленное или физическое расчленение объекта, ситуации, явления на составляющие его элементы с целью дальнейшего изучения последних. Так, анализ позволяет установить, что болезнь проявляется определёнными симптомами, возникает по тем или иным причинам, определённых условиях, что она протекает по разным сценариям, угрожает трудоспособности пациента, его здоровью, жизни и др. Улавливая речь, индивид в потоке звуков выделяет вначале фонемы, иначе он не смог бы воспринимать слова и фразы. Утрата фонематического слуха приводит, как было сказано, в развитию сенсорной афазии. Когда ребёнок разбирает игрушку на части, он выполняет операцию анализа. Чувственное восприятие уже устроено аналитически. Аналитический ум может различать такие тонкие аспекты изучаемого, что по разрешающей способности он вполне может сравниться с электронным микроскопом.

2) ***Сравнение*** – выявление признаков сходства и различия между ними между объектами. Так, сравнение пациентов с одной и той же патологией устанавливает, что они не только в чём-то одинаковы, но что между ними существуют и важные отличия. Если учесть только последние, то понятно, что «болезней не существует, есть только больные». В основе концепции антинозологизма лежит обычно абсолютизация различий и игнорирование признаков общности, которые свойственны болезням. Сравнение людей с одинаковым характером, как правило, показывает, что во всём остальном

они могут быть совершенно разными людьми. Абсолютизация черт сходства характера способно повлечь игнорирование различий в личностных качествах. Примат характерологии есть, таким образом, триумф деперсонификации. Исследование личности показывает, что одно и то же качество в контексте индивидуальности часто имеет разное, а порой противоположное значение. Всё познаётся в сравнении – эта мысль верна, правда, в той степени, в какой абсолютные показатели сами по себе не имеют значения.

3) ***Обобщение*** – выявление признаков, идентичных для разных объектов и явлений. На основе таких признаков составляют однородные группы объектов. Таким образом создаются классификации каких-то явлений, событий, предметов: «растения», «планеты», «пациенты», «преступники» и т. д. Название того или иного класса объектов является для него обобщающим термином. Обобщение есть также процесс формирования суждения или решения, которое с одинаковым успехом применимо ко всей категории однородных объектов. Обобщение в науке – это любое широкое положение, которое справедливо для множества единичных наблюдений. Верно или ошибочно выделяются обобщающие признаки, зависит от того, насколько конструктивно выполняется затем операция абстрагирования.

4) ***Абстрагирование*** (от лат. abstrahere – отвлекать) – выделение существенных в том или ином отношении свойств предметов или явлений. Врач скорой помощи, приезжая на

вызов, в первую очередь выявляет признаки болезни угрожающие жизни пациента, и отвлекается от других, второстепенных; судебному психиатру необходимо сосредоточиться на симптомах, которые свидетельствуют о невменяемости или недееспособности подэкспертного. В науке абстрагирование позволяет индивиду фокусировать внимание прежде всего на том, что недостаточно изучено, неизвестно, упущено. Способность увидеть пробелы знания и отвлечься от привычного восприятия является относительно редкой. Абстрагирование в широком смысле есть отвлечение от наглядных, вещественных свойств предметов и явлений. Абстрагирование представлено уже в чувственном познании: воспринимая один объект, индивид как бы отвлекается от других. При всей важности, оно таит опасность отрыва от действительности и риск получить пустые, умозрительные построения, хотя в логическом плане мышление может быть и безупречным. Логично, но неверно – эта ситуация, увы, не редкость. Средневековые схоласты долго и бесплодно спорили о том, есть ли у крота глаза, полагая, что истину можно познать путём рассуждений, минуя опыт. Истина всегда конкретна и есть один путь её познания – это обращение к реальности, путь опыта, который, по словам Конфуция, самый горький.

5) ***Синтез*** (греч. synthesis – соединение, сочетание, составление) – объединение разных аспектов знания об объекте или явлении в целостную структуру, познание целого в

единстве и взаимной связи его частей. Гегель считает, что синтез характеризует высшую ступень познания, – в нём воссоединяются даже самые противоречивые знания и мнения. Свобода мысли – это право на собственную точку зрения, право каждого на свою правду, синтез – это всегда необходимость, а для многих и обязанность искать одну-единственную истину. В повседневной умственной деятельности синтез осуществляется путём применения индивидом усвоенных им ранее когнитивных схем – стандартных или ставших привычными способов объединения разнородных впечатлений. Ж. Пиаже определяет этот процесс термином ***ассимиляция*** – включением нового предмета или новой ситуации в совокупность предметов или в другую ситуацию, для которых уже существует некая схема. Ребёнок, например, у которого уже есть схема для восприятия птиц, впервые увидев самолёт, примет его за птицу и будет так думать до тех пор, пока у него не появится когнитивная схема для восприятия летательных аппаратов.

Но, по Мефистофелю, в том, что известно, пользы нет, одно неведомое нужно. Поиск новых теорий или когнитивных схем – это творческий, мучительный и в то же время чреватый высокой вероятностью ошибок процесс. Возникающие при этом заблуждения основаны обычно на том, что впечатления о реальности соединяются посредством неадекватных когнитивных структур. Процесс формирования новых когнитивных структур и дезактуализации устаревших с

трудом поддаётся сознательному контролю и требует огромных усилий, отчего заблуждения и предрассудки чрезвычайно стойки. Сам же этот процесс расширения знания есть, по терминологии Ж. Пиаже, ***аккомодация***, то есть модификация старых ментальных схем с целью овладения новыми объектами и ситуациями. Неспособность создавать новые, более адекватные когнитивные схемы и доминирование прежних, не пригодных к меняющимся обстоятельствам лежит в основе дефекта интеллекта. Некритичное использование прежних ментальных схем угрожает повторениием тех же ошибок. Конфуций заметил, что обучение без размышлений бесполезно, размышление без знаний опасно.

Распад когнитивных структур в результате патологического процесса влечёт трагические последствия – деменцию. Так, при синдроме Корсакова пациент, получая все впечатления и помня о прошлом, теряет способность объединять их в целостное понимание происходящего: он пытается заново творить мир и самого себя. В то же время, располагая адекватными когнитивными схемами, индивид сохраняет способность понять картину мира даже по отдельным, разрозненным впечатлениям. Зная, например, что некий индивид трудолюбив, нетрудно пополнить его облик такими качествами, как честность, ответственность, компетентность, обязательность.

6) ***Конкретизация*** (лат. concretus – густой, сгущённый, уплотнённый) – рассмотрение объекта во всём многообра-

зии его связей и отношений. Эта операция противоположна абстрагированию и формально, и по существу, а именно потому, что от теории индивид должен перейти к знанию практическому. Благодаря данной операции он действует, решает насущные задачи в реальном мире. «Теория, мой друг, суха, а древо жизни зеленеет» – говорит Мефистофель о бесполезности одних только знаний. Можно располагать энциклопедической эрудицией и при этом оставаться совершенно беспомощным в повседневной жизни. Если в такой ситуации индивид склонен порассуждать, то его рассуждения станут пустыми, непригодными. Так, крупный специалист по психологии говорит, что он не понимает поведения собственного ребёнка, не знает, что ему следует делать. В ходе конкретизации отвлечённое знание помогает понять, кроме того, новое значение уже известных фактов, а также увидеть, где или каким образом их можно обнаружить. Проблемы конкретизации свойственны, по-видимому, немалому числу людей, не имеющим практического опыта. Отсюда указывают, что «чужую беду руками разведу». Способность к конкретизации – чрезвычайно важная характеристика ума. Если она не развита или изначально нет таких данных, серьёзное образование само по себе станет пустой тратой времени и сил либо сыграет злую роль.

3. **Основные формы мысли.** Отвлечённое и связанное с речью мышление совершается в понятиях, суждениях и умозаключениях.

1) ***Понятие*** – мысленное представление свойств, качеств, объектов и явлений с помощью речи. Существуют очень разные понятия, это зависит от того, какие именно свойства или объекты имеются в виду. Могут быть выделены, в частности, конкретные, собирательные, общие и абстрактные понятия**.** ***Конкретное*** или наглядно-образное понятие – это мысленное представление конкретного объекта или явления: ветер, стол, берёза, книга и т. п. При этом подразумевается некое единичное явление или совершенно определённый предмет. Такие понятия образуются путём соединения некоторого числа наглядных признаков этого предмета или явления. ***Собирательное*** понятие есть мысленное представление какой-то естественной группы объектов или явлений. Это, к примеру, гроза, лес, город, деревня, страна. Такие понятия составляются путём перечисления предметов и явлений, образующих некое натуральное множество. ***Общее*** понятие есть мысленное представление однородной в каком-то отношении группы объектов или явлений: стол (имеются в виду все предметы со свойствами стола), стул, машина, дерево, работа и т. п. Общие понятия образуются путём соединения признаков, одинаковых для соответствующего класса предметов, ситуаций или явлений. ***Абстрактное*** понятие есть мысленное представление как бы неконкретных свойств и качеств объектов или явлений. Это, к примеру, цвет, вещество, энергия, труд. Абстрактные понятия определяются различными способами, но при этом обязательно подчёрки-

вается природа, функциональное назначение соответствующего свойства или качества.

Другой подход состоит в выделении простых и сложных понятий. ***Простые*** понятия образуются мысленным представлением какого-то одного свойства предмета или явления. Например, это синий, круглый, высокий и т. д. ***Сложные*** понятия составляются из нескольких признаков. В ***конъюнктивных*** понятиях это по меньшей мере два признака, в ***дизъюнктивных*** – одно из двух или более признаков (например, красное или круглое), в ***соотносительных*** – вся совокупность признаков, связей и отношений.

Различают содержание и объём понятия. ***Содержание понятия*** – это совокупность отражённых в нём свойств объекта. ***Объём понятия –*** это множество объектов, которым принадлежат такие свойства. При этом чем больше содержание понятия, тем меньше его объём и наоборот – закон обратного их отношения. Объёмы понятий могут быть тождественными, частично совпадающими, объём одного понятия может быть включён в состав другого и, наконец, разные, противоположные понятия могут входить в состав другого, более широкого. Например, «галлюцинация есть один из видов нарушения восприятия» и «галлюцинация – мнимый наглядный образ» есть тождественные по содержанию понятия. «Зрительная галлюцинация» и «слуховая галлюцинация» есть частично совпадающие понятия. Все виды галлюцинаций входят в состав понятия «психотическое

расстройство». Такие противоположные понятия, как «мания» и «депрессия», включены в понятие «аффективное расстройство». Объём и содержание множества даже научных понятий не имеют чётких определений, это неизбежно влечёт ошибки суждения.

2) ***Суждение*** – мысль об объекте, явлении, ситуации, включающая констатацию того или иного признака либо отсутствие такового. Таким свойством может быть что угодно, начиная от наглядного признака и заканчивая абстрактным. Например, обладает ли явление А качеством причинности по отношению к явлению С. Иными словами, это любое утверждение, которое, согласно формальной логике, может быть только истинным или ложным. Адекватность суждений означает способность называть вещи своими именами. Существуют разные типы суждений. ***Эмпирические*** суждения таковы, что их истинность установливется опытным путём. Например, правомерность суждения «Джон агрессивен» можно выяснить путём контроля за субъектом суждения. ***Формальные*** суждения индивид признаёт ложными или истинными на основе имеющегося личного, в том числе исследовательского опыта. Например, К. Лоренц считает верным суждение «человек – самое агрессивное животное». Если таким суждениям придают качество аксиомы, то индивид, выводя из них определённые логические следствия, неизбежно станет приписывать любому человеку это качество. В социальной психологии это называется ***атрибуцией***

враждебности (лат. atributum – приписанное, данное). Суждения могут быть основаны на теоретическом знании, на интуиции, иметь другие источники, в том числе и нередко болезненные. Чем сильнее оторваны суждения от наглядности, тем более вероятно, что они окажутся неточными либо ложными.

Суждения могут быть для индивида не только истинными или ложными, его оценка содержания суждения бывает иной модальности. Например, это оценка утверждения с позиции имеющегося знания: «мне это известно из того, что я читал». Индивид тем самым говорит, что его мнение не претендует на абсолютную истину, оно основано только на том, как он что-то прочитал. Соответственно этому он и выразит своё суждение. Например, он скажет так: «Я не согласен с автором этой книги в том, что история с Чингисханом выдумана от начала до конца». Оценка собственного суждения может выражать отношение убеждённости («я в этом убеждён»), отношение сомнения («я этом не уверен»), отношение веры («я в это не верю»). Могут быть и такие оценки собственного суждения: «это необходимо», «это адекватно», «это разрешено», «это хорошо», «это допустимо», «это вероятно», «это полезно» и др.

Упомянутые здесь и подобные им оценки содержания суждения называют ***логическими предикатами***. Способность суждения, по Э. Канту, особенно отчётливо проявляется в готовности индивида «применить свой рассудок»

к конкретным обстоятельствам. Чем более дифференцированной и точной является система оценок суждения индивида и чем шире круг объектов и ситуаций, о которых индивид может судить, тем более развита его способность суждения. Если он, например, подменяет оценку истинности оценкой целесообразности или адекватности, он ошибается, так как полезное в том или ином отношении отнюдь не всегда бывает верным. Очень важно в плане оценки способности к суждению индивида сознание им того, что он не готов судить о том, что ему малоизвестно или непонятно. Умного человека отличает от умственно отсталого сознание ограниченности своего знания.

3) ***Умозаключение*** – новое знание, извлекаемое из уже принятых суждений, или логический вывод из имеющихся посылок. Способность к умозаключениям есть способность рассуждать, мыслить самостоятельно. В логике Аристотеля, в частности, различаются индуктивные и дедуктивные силлогизмы (умозаключения). В ***индуктивных умозаключениях*** из двух или ***более частных посылок делается один общий вывод.*** Например: медь – металл, медь электропроводна; следовательно, все металлы электропроводны. Обобщающие умозаключения могут быть и ошибочными. Например: чугун – металл, чугун при нагревании уменьшается в объёме; следовательно, все металлы при нагревании уменьшаются в объёме. Адекватная будто бы логика не гарантирует того, что обобщающие выводы всегда верны.

Дедуктивные умозаключения образуют частный вывод, основанный на общей и частной посылках. Например: все люди ошибаются, Пётр – человек; следовательно, ошибается и Пётр. Такие конкретные умозаключения также могут быть ложными. Например: все сыры жёлтого цвета, Луна жёлтого цвета; следовательно, Луна состоит из сыра. Ложным является и классический силлогизм, принятый за образец правильного мышления: «Все люди смертны, Сократ – человек; следовательно Сократ смертен». Этот конкретный, как и подобные ему, вывод на самом деле вводит в заблуждение: Сократа давно уже нет, ему не может угрожать вторая смерть. Ошибка состоит тут в том, что к посылке «Сократ – человек» незаметно добавили ещё одну, ложную – «Сократ жив до сих пор».

В целом же все умозаключения образуют два класса: дедуктивные и вероятностные. Дедуктивные силлогизмы строятся по правилам, гарантирующим получение истинности заключения при истинности посылок. Все остальные умозаключения являются вероятностными. В реальной умственной практике умозаключения часто бывают представлены в неполной, ***энтимемантической*** форме (греч. in thimos – в уме), то есть некоторые посылки как бы только подразумеваются, они остаются незамеченными, отчего случаются ошибки.

4. **Стадии развития мышления**. Характеризуют последовательность становления индивидуальной умственной де-

ятельности (Немов, 1990). Различают четыре стадии развития мышления. В схематическом изложении они таковы.

1) ***Наглядно-действенное мышление*** или ***сенсомоторное мышление*** – мышление в виде сложных координированных движений (сидение, стояние, ходьба, произношение звуков речи и др.), а также посредством неких простейших действий с предметами в поле зрения. Такие движения и действия осуществляются в рамках врождённой исследовательской активности, с их помощью изучаются собственное тело и внешняя среда. Ребёнок может, например, дотянуться до предмета, потрогать его, схватить, зажать в руке, оттолкнуть или отбросить от себя, потрясти его, поднести ко рту и т. д. Это, по Л. С. Выготскому, доречевое мышление – оно осуществляется у детей в возрасте до 2–2,5 лет. Аналогичным, как считают, является мышление у высших приматов. Сам термин «мышление» кажется здесь несколько неудачным, поскольку собственно мыслей у ребёнка ещё нет.

В сенсомоторных актах можно усмотреть прототипы будущих мысленных операций. Если, например, ребёнок что-то ломает, это может быть прообраз анализа; когда он складывает нечто в одно место – обобщения, предпочитает что-то, – абстрагирования, составляя из них фигуру – синтеза, а выбирая одну из двух похожих – сравнения. Он осваивает эти операции, прилагает к этому невольные усилия. Так, мальчик в возрасте 20 месяцев, сердится, если ему не может попасть внутрь игрушечной машины. Согласно Bruner

(1956), ничто не может быть включено в мысль, не пройдя сначала через чувства и особенно через двигательную активность, направленную на внешний мир.

Всё внутреннее было когда-то внешним, указывает и Л. С. Выготский. Благодаря сенсомоторному мышлению развивается способность координировать разные двигательные акты и формировать сложные двигательные навыки. Такие, к примеру, как приседание, бег, прыжки, лазание, плавание, езда на велосипеде, катание на коньках и лыжах, бросание и ловля предметов и т. д. Высот своего развития сенсомоторное мышление достигает у спортсменов и эквилибристов.

Одновременно формируются и первые операции предметного мышления – способность адекватно манипулировать предметами. Ребёнок научается, в частности, самостоятельно есть с помощью ложки, пить из кружки, он может щёлкать выключателем, брать в руки и класть обратно книжку, катать игрушечный автомобиль, чиркать о коробок спичкой, держать карандаш, он может пробовать достать палкой закатившуюся под диван игрушку или веником мести пол и др.

Наглядно-действенное мышление, свойственное ребёнку, при определённых обстоятельствах активируется и у взрослого человека. Например, когда он изучает незнакомый ему предмет. Он трогает его, поглаживает, поворачивает в разные стороны, пытается разделить на части и т. п. В историческом плане это мышление человека, пассивно приспосабли-

вающегося к условиям существования. Например, жившего в пещере, так как строить жилище он научился всего 6 тысяч лет назад, или питающегося тем, что найдёт в лесу.

Существует, вероятно, возможность регрессии мышления на сенсомоторный уровень. Нечто подобное наблюдается у пациентов с навязчивостями, кататонией, которые трогают, поглаживают или хватают предметы или истерической астазии – абазии, когда пациенты не могут стоять и ходить. И т. д. Остановка развития умственной деятельности на сенсомоторной стадии фактически тождественна идиотии.

2) ***Наглядно-образное мышление*** (***конкретное*** мышление, ***предметное*** мышление) или ***ручное*** мышление (по И. П. Павлову), а согласно Ж. Пиаже, ***предоперационная стадия мышления***, – мышление посредством операций с наглядными образами или, точнее, в виде целесообразных действий с различными предметами. Этот вид мышления формируется у детей в возрасте от 2–2,5 до 4–5,5 лет и является, как полагают, первый этап интериоризации действий. Иными словами, действия с предметами основаны на определённых когнитивных схемах – ребёнок как бы знает назначение предметов и что с ними он может делать. Это уже речевое или символическое мышление, так как наглядные образы и действия с предметами имеют названия, а это начало понятия, мысли. Тем не менее ребёнок не отделяет ещё мысль об объекте и сам этот объект, и они для него слиты воедино. Ребёнок думает на этой стадии преимущественно вслух,

его внутренняя речь в доджной мере не развита. Любопытно, что уже в столь юном возрасте дети осознают, что их внутренний мир недоступен восприятию извне.

В этом возрасте познавательная потребность наиболее интенсивна, ребёнок хочет знать решительно всё. Он совершает и умственные операции. Например, безошибочно выполняет операцию сравнения, связанные с воспринятыми объектами. Если ребёнка попросит выполнить в уме сравнение: «Петя выше Васи, но ниже Коли. Кто из них самый высокий?», то этим заданием самостоятельно он не справится. Но когда он видит этих мальчиков хотя бы на картинке, то мгновенно решает задачу. Он способен и обобщать, то есть составлять группы из предметов или их изображений, руководствуясь при этом их внешними признаками, такими как цвет, величина. Он может справиться с заданием на исключение лишнего, т. е. на абстрагирование, но и здесь он предпочитает опираться на свой сенсорный опыт и т. д. Возникают первые суждения о наглядных свойствах предметов, но говорить о собственно логике пока, видимо, нет оснований, – свои суждения ребёнок соединяет по правилам смежности и подобия.

Основными принципами предметного мышления являются эгоцентризм, синкретизм и очевидность, так как умственные процессы привязаны к восприятию. Ребёнок, видимо, уже осознаёт, что он умеет думать, он понимает также, что думают и другие люди, но считает при этом, что окружаю-

щие думают, как и он сам, видеть и оценивать себя со стороны он ещё не может. Наблюдения показывают, однако, что с ребёнком 3–4 лет можно поговорить не только о том, что он воспринимает в данный момент. Это значит, что он способен продуцировать не только наглядные, но и мысленные образы, каких у него к этому возрасту становится достаточно много, а стало быть, и фантазировать, хотя произвольно контролировать течение своих идей он не научился. Мысленные образы возникают при этом как по ассоциации друг с другом, так и по ассоциации с наглядными образами.

Увидев, например, лошадь, ребёнок вспоминает что-то другое, что ранее сочеталось с восприятием лошади, либо вспоминает о ней, наблюдая что-то связанное с нею. Мысленные образы возникают как бы спонтанно – они сами собой, без усилий с его стороны всплывают в сознании. Их яркость достигает при этом степени эйдетизма. Представления снабжены столь отчётливыми свойствами наглядности и объективности, что дети не всегда различают свои фантазии с реальностью. Иными словами мышление, указывает Е. Блейлер, становится аутистическим – детей увлекают сказки, возникают первые сновидения, они много фантазируют (это «золотой период детской лжи»), а пациентам свойственно патологическое фантазирование, в частности, игровые перевоплощения.

В малознакомой ситуации наглядно-образное мышление актуализируется и у взрослого индивида. Ему не остаётся

порой ничего иного, как сравнивать между собой текущие впечатления и пытаться понять их значение, действовать путём проб и ошибок. В дальнейшем оно совершенствуется и принимает более зрелую форму ***практического мышления***. Существуют профессии, в которых индивиду приходится «думать руками». У него поистине «золотые руки», он может делать, действовать, а не размышлять и разговаривать. Считается, что практическое мышление свойственно представителям т. н. операторных профессий – руководителям, менеджерам, мастеровым людям, которым приходится работать в ситуации «здесь и теперь».

В историческом плане ручное мышление достигает высокого развития у кроманьонца, сочетаясь при этом с архаическим мышлением. Человек не только пассивно приспосабливается к среде обитания, как его предшественники, он способен изменять её в своих интересах. Например, обрабатывает камень, производит огонь, орудия труда, простые виды оружия, одежды, строит жилище. Великие открытия первобытного человека как бы подняты им с земли, буквально из-под ног, они как бы природны. Трудно, он тем не менее их сделал, так как скован наглядными впечатлениями, вынужден действовать, в основном, в ситуации настоящего. Иными словами, способность прогнозировать и планировать будущее, как и анализировать прошлое, ему свойственна лишь в зачаточной степени. Существует возможность задержки развития умственной деятельности на данной стадии мышле-

ния. Она, вероятно, тождественна имбецильности, и соответственно его регрессии при кататонии и деменции.

3) ***Образное мышление***, или, по Ж. Пиаже, *стадия конкретных операций*, – мышление посредством операций с мысленными образами или, что примерно одно и то же, с конкретными и собирательными понятиями, тогда как общие и особенно отвлечённые понятия представлены в нём расплывчато. Это мышление также связано с речью, оно является словесно-образным. Данный вид мышления доминирует у детей от 4–5 до 8–12 лет. Выражение «доминирует» означает только то, ум ребёнка решительно вторгается в те области действительности, которые ранее были ему недоступны. Все операции мышления с доступными понятиями выполняются достаточно успешно. Не скованное наглядными образами мышление позволяет разделять признаки предметов и свободно оперировать ими.

Так, ребёнок способен понять, что форма и количество вещества не связаны одно с другим, а масса объекта не зависит от материала, из которого он состоит. Дети справляются с заданиями типа «что тяжелее, 2 кг пуха или 2 кг свинца?». Возникают представления о времени, пространстве и скорости, о том, что их можно измерить. В значительной степени преодолевается эгоцентризм мышления. Появляются интерес к чтению, восприятию познавательных теле- и радиопрограмм, обсуждению различных проблем, включая собственные. Становится возможным развитие чувства юмора: смеш-

ным кажется нечто неожиданное, связанное со свободным комбинированием мысленных образов.

В этом возрасте ребёнок устанавливает преимущественно *ситуационные* связи между объектами и явлениями. Он не всегда ещё разграничивает реальное и воображаемое, желаемое и действительное. Мышление в значительной степени является эмоциональным, но, в отличие от аутистического, оно не выходит за пределы реального опыта. Ребёнок уже чётко различает наглядные и мысленные образы, а свои мечты и фантазии – от представлений действительности. В реальной умственной практике ребёнок опирается на структуры практического мышления, но в воображении способен покидать пределы действительности, его фантазии сохраняют визуализированный характер.

Преобладание образного мышления свойственно современному человеку. Именно оно актуализируется в обстоятельствах, порождающих эмоции, и поэтому слишком часто люди поддаются последним. В историческом плане образное мышление стало доминирующим сравнительно недавно. Оно дало человеку возможность приручать животных, развивать сельское хозяйство и промышленное производство, строить дома, писать книги и музыку, создать письменность и изобразительное искусство и в итоге создать совершенно новую, отличную от природной среду обитания. Так, он научился приручать животных, строить дома, считать и писать не более 6–9 тыс. лет до н. э. Благодаря образному мышле-

нию человек вырвался из плена текущих обстоятельств, получил возможность прогнозировать и планировать будущее, помнить прошлое и использовать опыт предыдущих поколений и своих современников.

Вершиной развития образного мышления является художественное мышление. Оно представляет действительность в виде эмоционально насыщенных образов, аллегорий, метафор. В своём мышлении художник руководствуется силой творческого воображения, он, по словам Л. С. Выготского, следует «логике художественного образа». Л. С. Выготский приводит в пример А. С. Пушкина, который во время написания поэмы «Евгений Онегин» однажды сказал своему приятелю: «Представь, какую штуку удрала со мной Татьяна, она замуж вышла. Этого я никак не ожидал от неё». Именно следуя художественной логике, писатель или художник может совершить открытие, по своей прозорливости превосходящее порой научное. По общему признанию, описания внутреннего мира у своих персонажей в Ф. М. Достоевским по глубине и реалистичности превосходят всё, что делали самые известные психологи и спустя десятилетия после него. Р. Декарту принадлежат такие слова: «Многим может показаться удивительным, что великие мысли чаще встречаются в произведениях поэтов, чем в трудах философов… зародыши знания… философы культивируют… с помощью разума, поэты же разжигают… посредством воображения».

4) ***Концептуальное мышление*** (словесно-логическое,

абстрактное, теоретическое, понятийное, отвлечённое), по Ж. Пиаже, ***стадия формальных операций*** – мышление посредством логических операций с идеями и понятиями разного типа, включая общие и отвлечённые. Формируется и становится преобладающим в возрасте от 11–12 до 14–15 лет и далее. Мыслительные операции на этой стадии могут совершаться без опоры на конкретику, наглядность и с минимальным участием субъективных, искажающих движение мысли факторов. В логическом плане предпочтение отдаётся каузальным отношениям, поскольку мышление мотивировано поиском закономерностей. Этот вид мышления развивается и далее по мере того, как расширяется сфера деятельности индивида и его понятий. Отвлечённое мышление не гарантирует безошибочности его результатов. Более того, вероятность ошибок возрастает, если индивид отрывается от почвы реальности и практики. Благодаря концептуальному мышлению человек создал науку и получил возможность всё более целенаправленно и осознанно влиять на природную и социальную действительность. Кроме того, он сумел существенно преобразовать и предшествующие виды мышления.

По ходу развития мышления на каждой предыдущей стадии формируются основы следующей. Его стадии не сменяются так, будто во вторник мышление было образным, а в среду оно превратилось в понятийное. Указанные генетические виды мышления не вытесняют и не сменяют друг друга, они существуют в сознании как бы бок о бок, включаясь в

зависимости от того, какие проблемы у человека возникают. Другими словами, если индивид в данной конкретной ситуации предпочитает использовать ручное или практическое мышление, это не значит, что у него не сформированы более зрелые когнитивные структуры. Многие выдающиеся исследователи были в то же время не менее искусными умельцами в ремёслах. Следует заметить, что указанные виды мышления обладают относительной самостоятельностью. Это связана, вероятно, с разделением труда в обществе. Дефицит какого-то вида мышления у одного индивида вполне может компенсировать какой-то другой. Действительно, теоретическое мышление индивида может быть развито более чем образное или практическое. Встречаются гениальные учёные, которые в быту совершенно беспомощны, не умеют, к примеру, починить кран, не могут освоить компьютер и работают «по старинке» – предпочитают делать расчёты с помощью бумаги и карандаша. Вместе с тем в целом мышление каждой предшествующей стадии с появлением более зрелой последующей преображается и совершенствуется.

При психических расстройствах в первую очередь страдают более поздно развившиеся структуры мышления, а наступающая регрессия умственной деятельности повторяет генетические стадии его развития в обратном порядке.

5**. Формы мышления**. Как упоминалось, индивид может отрываться от реальности в силу разных причин: влияния эмоций, желаний, из-за психического расстройства, неспо-

собности разграничивать воображаемое и действительное или потому, что не готов принять иную точку зрения. Тем самым могут быть разграничены разные формы мышления. Они описывались ранее многими исследователями в плане исторического, социального и индивидуального интеллектуального развития. Эти формы мышления отличаются определённой умственной установкой и по их программе совершаются мыслительные операции.

Коротко представим следующее.

1. Реалистическое мышление – умственная деятельность, ориентированная на познание как природной, так и социальной действительности. В последнем случае имеется в виду социальное мышление. Основными принципами реалистического мышления считают следующие.

1) ***Принцип реальности*** – указывает на то, что индивид руководствуется в своём мышлении исключительно объективными ценностями и, по возможности, стремится свести к минимуму влияние субъективных факторов (своих желаний, предпочтений, ожиданий). Из всех таких ценностей на первое место он ставит конечное знание – истину: «Платон мне друг, но истина дороже». В соответствии с этим индивид ничего не принимает на веру, как бы ни хотелось это ему самому, не поддаётся мнению большинства и авторитетов. Ему нужны только твёрдые доказательства того, что речь идёт именно об истине. Истина, полагает он, есть одна на всех, она не подвержена конъюнктуре, интересам пользы,

выгоды, морали или красоты, в природе и в обществе нет безнравственных, неэстетичных, выгодных или бесполезных закономерностей. Она, по его мнению, самоценна: «Истина светит сама для себя».

2) ***Принцип каузальности***: всякое явление действительности, в том числе психическое, имеет свои естественные причины. Это не то же самое, что принцип линейного детерминизма З. Фрейда, согласно которому в человеке всё предопределено потребностями его организма, а психологу остаётся, в сущности, только понять настоящее индивида или что ждёт его впереди. Аналитическая терапия преследует, в сущности, одну цель – облегчить или сделать менее болезненной актуализацию энергии инстинкта. Каузальность не означает, что существует лишь одна причина какого-то явления. Обычно причин разного порядка бывает несколько, поэтому каждое явление становится вероятностным.

3) ***Принцип достоверности***, он гласит: ни одно положение не может быть принято во внимание, пока оно не будет доказано практическими действиями, а в некоторых случаях – и точностью прогнозов. Всё, что не проходит горнило такой проверки, не может быть признано истинным.

Реалистическое мышление может быть представлено на разных его уровнях: от ручного до концептуального. К сказанному можно, пожалуй, добавить, что индивиду с реалистической установкой мышления свойственна весьма развитая ***критическая способность***, его главный враг – всякое

отступление от действительности. Отсюда как бы напрямую вытекает чувство ответственности индивида за свои суждения и действия, а в конечном итоге и по большому счёту – ответственность за судьбы природы и общества, за будущее, а также опасение, что люди в силу своего антропоцентризма слишком уж рано решили, что именно они являются хозяевами положения в этом мире. Изучать, полагает реалист, нужно решительно всё, что неизвестно, запретных или постыдных проблем для него не существует. Но это правило имеет одно исключение: есть вещи, которые лучше не знать и не делать, пока люди и общество ещё не готовы к адекватному их восприятию. Знания – сила, но знанию нужен разум. Реалист убеждён и в том, что ещё не пришла пора считать, будто можно безошибочно просчитать все последствия социального вмешательства в природные и общественные процессы, он рассматривает волюнтаризм как непростительную вольность. «Не вреди» – он разделяет эту мысль Гиппократа.

Указанное о реалистического мышления в разной степени свойственны мышлению большинства людей. Сравнительно немногие из них, однако, придерживаются этих норм более или менее твёрдо и на протяжении значительной части своей жизни. Эта категория людей представляет большой интерес не только для психологии, но и психопатологии. Потому, гипотетически, что, во-первых, их психопатология может существенно отличаться от таковой среднестатистиче-

ского человека, а во-вторых, и по той причине, что отношение к психическому расстройству у реалистов может быть иным в силу высокого уровня развития критической способности. Иными словами, анозогнозия у реалистов должна быть много реже и сопутствовать лишь тяжёлой степени психического расстройства. Наиболее развитой формой реалистического мышления является научное мышление.

2. **Социальное мышление** – мышление, ориентированное на познание социальной действительности, то есть людей и социальных ситуаций. Рассматривается здесь как одна из сторон реалистического мышления, поэтому далее мы кратко представим доминирующую научную позицию западных социальных психологов. Как выглядит социальное мышление в рамках иных форм мышления, сказать сложно, такого рода исследований, повидимому, не ведётся. Очевидно, впрочем, что индивид с архаическим мышлением иначе воспринимает людей и общество, чем индивид с эгоцентрическим или аутистическим мышлением. Итак, современные представления о социальном мышлении таковы (Аронсон, Уилсон, Эйкерт, 2002).

Существует два главных мотива социального мышления: 1) ***стремление быть «точным»***, то есть объективным и в то же время потребность «воспринимать себя хорошо», то есть иметь позитивную самооценку. Предполагается, что последняя потребность является преобладающей, иначе человека ожидают «катастрофические последствия» в плане са-

моуважения; 2) ***индивид реагирует не на объект или ситуацию как таковые, а на то, как он их себе представляет.*** «Змея ли подползает к человеку или он только так думает, в обоих случаях он поведёт себя одинаковым образом», – так формулирует это А. Адлер. Субъективная вероятность события или его интерпретация индивидом определяется термином ***конструал***; 3) ***социальное влияние на мысли, чувства и действия индивида обычно является более значимым***, нежели индивидуальные детерминанты его мышления и поведения; 4) восприятие и интерпретация социальной информации реализуются посредством соответствующих когнитивных структур, ***в первую очередь процессов автоматического мышления.*** По этой причине то, что первым приходит в голову индивиду, кажется ему наиболее верным и значимым, даже если это нечто ошибочное. Данный феномен получил название ***эвристика доступности***. Те же мысли, которые возникают позже и с трудом, оцениваются им как скорее сомнительные и менее значимые – ***эффект новизны***; 5) люди стараются не думать о том, что им неприятно, то есть стремятся подавлять неприятные мысли. Предполагается, что вытеснение последних осуществляет особый механизм мышления, который включает два процесса. Первый, ***мониторинговый*** процесс отслеживает появление мыслей, готовых проникнуть в сознание. Второй, ***операционный*** процесс, получая сигнал о появлении неприятных мыслей, немедленно реагирует на это тем, что пере-

ключает внимание на что-то другое, более привлекательное. Само же сознательное стремление не думать о плохом может иметь обратный результат. В известном опыте «не думать о хромой обезьяне» часто получается так, что мысли об обезьяне не только не исчезают, напротив, они принимают навязчивый характер. Возможно, поэтому, хотя бы отчасти, борьба пациентов с навязчивыми явлениями последние только усиливает; 6) люди стремятся трактовать социальные события и ситуации в угоду своей позитивной самооценке. Это явление получило название ***бенэффектанс.***

Со своей стороны отметим, во-первых, что люди, о которых говорится, в большинстве своём не готовы мыслить реалистически, поэтому основывать на наблюдениях за ними некие общие выводы, не следует. Во-вторых, социальное влияние вряд ли является одинаковым на людей с разным характером. Очевидно, к примеру, что индивиды с аутистическими или паранойяльными характеристиками не так уж легко и близко к себе принимают социальное влияние. К тому же лица с негативной самооценкой иначе воспринимают как позитивное, так и негативное отношение к себе со стороны окружающих. В-третьих, и это главное, авторы явно склонны деперсонифицировать людей, то есть недооценивать фактор индивидуальности в социальном взаимодействии. Отметим также, что авторы излагают как твёрдо доказанный факт всего лишь предположение о существовании неосознаваемых мыслей, но индивид их будто бы не замеча-

ет. Основными методами в социальном мышлении являются следующие.

1) ***Оценка внешности*** (красота, одежда, украшения и т. д.). Внешне красивый индивид большинству людей в начале знакомства кажется привлекательным и автоматически наделяется позитивными внутренними качествами – ***эффект внешности***. Это первое и нередко ошибочное впечатление может оставаться неизменным длительное время – ***эффект сохранения***. Известно, что антисоциальные психопаты нередко обладают красивой внешностью. Индустрия красоты у женщин ныне так развита, что многие мужчины пали её жертвами. Столь же обманчивыми могут быть впечатления от одежды и украшений, чем не без успеха пользуются жулики. Татуировки, вошедшие в моду, могут указывать на то, что их обладатель является конформистом либо истериком; татуировки с криминальным содержанием нередко свидетельствуют, что перед нами антисоциальный психопат с уголовным прошлым. Некрасивый человек, напротив, невольно наделяется негативными внутренними качествами. Сократу, например, в глаза говорили, что он, должно быть, ужасный человек, с чем он сам, впрочем, покорно соглашался. Неопрятность, запущенность нередко ассоциируются с представлением о психическом нездоровье, социальной деградации, депрессии, низком социальном статусе.

2) ***Длительное изучение индивида*** – «чтобы узнать че-

ловека, нужно съесть пуд соли» – наблюдать за ним около пяти лет. Метод сложный, не слишком популярный, но и он не гарантирует успеха хотя бы потому, что за это время меняются и наблюдатель, и объект его исследования.

3) ***Наблюдение за невербальным поведением***. Может быть ценным источником сведений об эмоциональном состоянии индивида.

4) ***Наблюдение за индивидом в разных социальных ситуациях***. Обычно наблюдению доступно внешнее поведение индивида, и при этом мало что бывает известно о том, как лично он воспринимает ту или иную ситуацию. Отсюда возникает распространённое стремление объяснять его поведение личностными качествами, а не влиянием ситуации, – ***фундаментальная ошибка атрибуции*.**

5) Тенденция оценивать личностные качества индивида, опираясь на собственный недавний опыт, – ***прайминг*** (англ. to prime – предшествовать, управлять). Прайминг касается не только социального восприятия. Описан, в частности, случай, когда рядовой врач, а не авторительные специалисты, установил диагноз чрезвычайно редкой болезни. Выяснилось, что незадолго перед тем он прочёл случайно попавшее ему на глаза описание этой болезни.

6) Восприятие других людей существенным образом зависит от ***имплицитных личностных теорий***, согласно которым определённым образом группируются качества личности. Такие теории позволяют реконструировать личность

индивида по одному-двум внешним признакам. Индивид, включённый в какую-то группу, невольно наделяется определёнными личностными качествами. Например, полному человеку приписываются такие качества, как добродушие, весёлость, потребность вкусно поесть и т. д. С этим, по крайней мере, отчасти связаны модные течения на внешнюю атрибутику: причёски, одежду и т. д. Люди моды хотят возместить недостающие им внутренние качества изменениями внешности, некоторые из них даже думают, что им вполне это удаётся.

7) Восприятие других людей ***с позиций собственной групповой идентичности***. «Другие» – это часто «плохие», они «хуже, чем мы», они враждебны, не заслуживают ни уважения, ни снисхождения. «Свои», напротив, всегда «лучше», с ними надо считаться, они могут «защитить» и т. п. Во многом поэтому, например, вспыхивают ожесточённые драки между спортивными фанатами. Когда СМИ объективно информируют о чём-либо, игнорируя групповые предпочтения, то могут оказаться под огнём критики с обеих сторон, – ***феномен враждебных СМИ.***

8) На восприятие других людей влияют и такие факторы: ***эффект нахождения в поле зрения*** – индивиду обычно больше нравятся люди, с которыми он чаще встречается («с глаз долой – из сердца вон»); ***эффект близости*** – чаще вызывают симпатию люди, с которыми постоянно приходится взаимодействовать; ***положение в социальной иерархии***

– более высокими качествами личности наделяются люди, занимающие более высокое положение в обществе – «место красит человека». Свергнутый с пьедестала человек немедленно лишается прежних достоинств.

Методы восприятия социальных ситуаций также бывают разными.

1) ***тщательный анализ*** таких ситуаций является наиболее эффективным, но редко используемым людьми в их повседневной практике; 2) ***информационное социальное влияние***. Конформист обычно желает знать мнение большинства и присоединяется к нему, нонконформист – мнение меньшинства и разделяет его. Реальное положение дел нередко мало интересует как того, так и другого; 3) ***влияние поведения большинства***. Индивид, не располагая конкретной информацией, вывод о происходящем может делать, смотря по тому, как ведёт себя большинство людей: «раз все бегут, значит, существует какая-то опасность». В массовой драке в «Тихом Доне» у М. А. Шолохова, например, казаки на вопрос, за что они бьют людей, отвечают: «Об этом передние знают». Поведение индивида в толпе часто определяется примером большинства, а не какими-то индивидуальными и осознанными факторами; 4) ***ориентация на мнение эксперта***. Ориентация на это мнение может быть связана с уверенностью индивида в том, что эксперт по своему положению должен что-то знать лучше других, что бы там последний ни говорил на самом деле; 5) ***ориентация на***

мнение официального авторитета. Начальству, как считает индивид, виднее, что происходит, хотя бы на самом деле оно выражало некий клановый интерес; 6. ***ориентация на мнение «своих»***. Индивид заранее присоединяется к какому-то мнению, исходя из своей принадлежности к какой-то группе людей; 7) ***влияние личного опыта***. Имеется в виду влияние воспоминаний, которые легче других воспроизводятся в памяти.

Всё вышесказанное о социальном мышлении в значительной степени справедливо, вероятно, и для ряда психиатрических пациентов. В какой-то степени это объясняет, например, природу госпитализма, когда длительная госпитализация влечёт привыкание к обстановке отделения и растущее отчуждение от условий нормальной жизни. Также, вероятно, это делает более понятными факты зависимости пациента от врача, которые психоаналитики объясняют, как известно, с позиции теории трансфера. Может быть, это несколько проясняет природу болезненной привязанности подростков к группе сверстников. Возможно, что у пациентов существуют такие феномены социального восприятия, которые представляют диагностический интерес или требуют медико-психологической коррекции. Можно предположить также, что психические нарушения, в частности расстройства эмоций, мотивации, существенно искажают процессы социального мышления, создавая тем самым определённые проблемы в межличностных контактах пациентов.

Проблема эта, однако, систематически не изучена.

Зрелая модель социального мышления в основных своих проявлениях идентична, по-видимому, реалистическому мышлению, её характеризуют те же принципы мышления: каузальность, объективность, достоверность и ответственность.

3. **Аутистическое мышление –** «мышление, которое определяется лишь желаниями» (Райкрофт, 1995). Это полная противоположность реалистическому мышлению. Впервые описано Е. Блейлером (1911). Е. Блейлер отмечает следующие признаки аутистического мышления:

1) ***«алогичное мышление***», при котором отсутствуют не только логика, но и вообще какие бы то ни было регулярные правила движения мысли. При этом мысли находятся в грубом противоречии как с действительностью, так и между собой: «Самые противоречивые желания могут существовать наряду друг с другом и получать даже выражение в одних и тех же аутистических мыслях: быть опять ребёнком, чтобы простодушно наслаждаться жизнью, и быть в то же время зрелым человеком, желания которого направлены на большую работоспособность, на важное положение в обществе; жить бесконечно долго и заменить одновременно это жалкое существование нирваной; обладать любимой женщиной и сохранить вместе с тем для себя свободу действий…» При этом индивид полностью игнорирует и пространственные, и временные отношения: аутизм «перемешивает бес-

церемонно настоящее, прошедшее и будущее. В нём живут ещё стремления, ликвидированные для сознания десятки лет тому назад; воспоминания, которые давно уже стали недоступными реалистическому мышлению, используются им как недавние, может быть, им даже отдаётся предпочтение, так как они меньше наталкиваются на противоречие с актуальностью»;

2) ***«кататимное мышление***», то есть мышление образное, неконтролируемое, грёзоподобное, направляемое исключительно желаниями и опасениями индивида, совершенно не считающегося с реальностью (греч. katathymos – упадок духа). Содержание мысленных образов при этом таково, что оно воспринимается индивидом как вполне отвечающее его потребностям, в чём бы они ни состояли: «Цель достигается благодаря тому, что для ассоциаций, соответствующих стремлению, прокладывается путь, ассоциации же, противоречащие стремлению, тормозятся, то есть благодаря механизму, зависящему, как нам известно, от влияния аффектов»;

3) ***символический характер мышления*** – из всего содержания понятия как бы выхватывается лишь малая и далеко не самая существенная его часть, но именно она и представляет это понятие: «Аутизм пользуется первым попавшимся материалом мыслей, даже ошибочным, …он постоянно оперирует с недостаточно продуманными понятиями и ставит на место одного понятия другое, имеющее при объек-

тивном рассмотрении лишь второстепенные общие компоненты с первым, так что идеи выражаются в самых рискованных символах». Эта символика, указывает Е. Блейлер, «повсюду отличается невероятным однообразием, от человека к человеку, из века в век, от сновидения вплоть до душевной болезни и до мифологии… Одни и те же комплексы всегда дают повод к символике, и средства для их выражения всегда одинаковы… Символы, известные нам из очень древних сказаний, мы вновь находим в бредовых построениях наших шизофреников»;

4) ***утрата способности отличать воображаемое от реального***. Проявляется, во-первых, тем, что индивид не испытывает ни малейшего побуждения к тому, чтобы удостовериться в своей правоте, как-то повлиять на реальность, чтобы привести её в соответствие с аутистическими представлениями. Во-вторых, механизмы аутистического мышления создают удовольствие от удовлетворения желания самым непосредственным образом: «Тот, кто удовольствуется аутистическим путём, имеет меньше оснований или вовсе не имеет оснований, чтобы действовать».

Е. Блейлер подчёркивает «прирождённый» и «юный» в филогенетическом плане характер аутистического мышления. Это мышление присоединяется к реалистическому к тому времени, когда создаются более сложные и точные понятия, и с тех пор развивается вместе с ним. Оно, по его мнению, берёт начало в возрасте детей до 3–4 лет, когда оно

начинает продуцировать мысленные образы. Вместе с тем аутистическое мышление не изолировано от реалистического: «Между аутистическим и обычным мышлением не существует резкой границы, так как в обычное мышление легко проникают аутистические, то есть аффективные элементы». Аналогами аутистического мышления в норме являются сновидения, мечты, фантазии, возникающие в состояниях утраты сознательного контроля умственной деятельности. Аутистическое мышление проявляется, таким образом, индивидуально-психологическими феноменами, до известной степени неподвластными социальным и сознательным влияниям. В той мере, в какой справедливо последнее утверждение, представляется спорным мнение о том, что мифология суть порождение аутистического мышления. Создание мифов мотивировано стремлением объяснить причины всего существующего, потребностью в мировоззрении, а не заменой последнего плодами воображения. Аутистическое мышление с самого начала является образным, у него не существует ни предшественников, ни наследников.

4. **Палеомышление** (пралогическое, архаическое, первобытное, оккультное, магическое, дологическое мышление) – форма мышления первобытного человека, сложившаяся, как показывают исследования этнографов, в эпоху палеолита, то есть начиная с Кроманьона и кончая примерно 10-м тысячелетием до н. э. F.Klix (1980) указывает, что наиболее примечательными особенностями архаического мыш-

ления являются тотемизм, магия, культ и мифы, вера в демонов и потусторонние силы. Это мышление, по его мнению, основано на регистрации связей, непосредственно выступающих в восприятии, хотя в его глубинах заложено имплицитное предположение, что «за всеми событиями стоят их причины, все события детерминированы». Автор как бы указывает, что палеомышление – особая разновидностью наглядно-действенного мышления с зачатками каузального мышления. В отличие от аутистического пралогическое мышление обращено к реальности. Между обеими формами мышления есть, правда, черты сходства, особенно касающиеся символизма и мифологии.

Тем не менее архаическое мышление имеет определённые и достаточно жёсткие правила движения мысли, напоминающие логику – пралогику. В известной степени это мышление является каузальным – первобытный человек был уверен, что за всем происходящим стоят какие-то причины, и он искал их и пытался влиять на них с тем, чтобы контролировать проходящее. Вероятно, поэтому Д. Фрезер считает его предшественником научного мышления и полной противоположностью религиозного мышления: «Великий поворот от магии к религии ознаменовал собой переход к иной форме мышления – религиозной».

Основу пралогической мыслительной структуры составляют ***закон подобия и закон партиципации*** (Фрезер, 1980).

Оба эти закона вытекают из веры в существование духов,

активностью которых, убеждён древний человек, так или иначе можно управлять. Он, философ, уже понимает, что в действительности существует два совершенно разных мира: один мир является видимым, материальным, а другой – неосязаемым, духовным, наполненным живительными и могущественными силами. Древный мыслитель явно предвосхищает дуализм картезианства и идёт дальше, полагая, что оба эти мира находятся в постоянном взаимодействии: духи или души управляют вещественным миром, но, в свою очередь, сами могут зависеть от него и их власть над ним отнюдь не безгранична.

Формирование культуры палеомышления, несомненно, стало в своё время выдающимся достижением, по своему значению не уступающим таким великим открытиям, как изобретение костра, колеса, орудий труда. Судя по древним мифам, первобытный человек направился к высотам отвлечённого мышления, он обладает способностью к живому воображению, создаёт теории происхождения жизни, человека, природы, о чём и современный человек знает ненамного больше.

Между тем понять «дикаря» и что-то выяснить у него европейцу, указывает Л. Леви-Брюль, очень трудно. Понятия пралогического мышления часто причудливы и неясны, нить рассуждений лишена логического стержня, она не имеет цели и непредсказуема, мысль не завершается должными выводами, а язык, под стать мышлению, кажется столь же зага-

дочным, так как в нем нет грамматических структур, способных передать каузальные и иные отношения. Это мышление предпочитает отношения смежности, но одновременно с тем оно является и практическим, протекая в одно и то же время в двух плоскостях, – действиях с предметамии и действиями со словами. Этим мышление и речь «дикаря» напоминают разорванность шизофреника, который способен к практическим действиям, но его шизофазия совершенно непонятна. Термин «дикарь» явно неуместен, эта проблема, которая относится к тем, кто его использует. Достаточно вспомнить, что именно «дикарь» заложил основы цивилизации.

Закон подобия гласит: любое явление может быть вызвано путём его имитации. Подражая какому-то явлению, можно, следовательно, побудить действовать или парализовать дух этого явления. Так, чтобы вылечить пациента, нужно придать его внешнему облику здоровый вид либо выполнить определённые действия, способные изгнать дух болезни. Бесплодной женщине достаточно имитировать роды, чтобы сбылась её надежда стать матерью. Покорить врага можно имитацией его гибели, например, вонзанием ядовитой стрелы в его изображение. И т. п.

Иными словами, аналогия, отношение подобия в архаическом мышлении приравнивается к отношению тождества и наоборот, идентичные объекты с незначительным отличием могут восприниматься как совершенно разные. Ложные отождествления и столь же ложные деидентификации вооб-

ще свойственны палеомышлению. Так, первобытный человек может вполне отождествить себя с другим живым существом и даже с неодушевлённым предметом. С этим связана его вера в тотемы (термин означает «его род»), то есть объекты, являющиеся как бы родоначальниками и покровителями рода. Если на тело человека нанести татуировку или сменить его имя, то изменится и сам этот человек, он становится совсем другим.

Фома Фомич из повести Ф. М. Достоевского «Село Степанчиково и его обитатели» вынуждает Егора Ильича сбрить бакенбарды, рассуждая так: бакенбарды делают Егора Ильича похожим на француза, и этом состоит причина отсутствия у него патриотических чувств. Такова же символика пралогического мышления: какая-то часть может полностью подменить значение целого. В клиническом плане это соответствует бреду постоянного превращения, бреду особого значения, бреду двойников. Ложная идентификация порождает не только мнимое узнавание. Она изменяет и отношение индивида к объекту. В психоанализе это называют переносом (трансфером), но это всего лишь констатация, а не объяснение. В психопатологии, гипотетически, переход чувства с одного объекта на другой суть усиление естественного явления, обусловленное, скорее всего, активацией структур палеомышления.

Изображение тотема или его подобия способны, в свою очередь, оберегать от беды или приносить удачу, счастье.

Так возникает вера в сверхъестественные свойства амулетов (оберегов) и талисманов. Объект и его изображение для первобытного человека есть одно и то же, а сновидение или мысленный образ чего-то есть такая же реальность, как и нечто, существующее в действительности. С этим связана вера в реализм сновидений: считается, что душа во время сна путешествует, всё видит и потом возвращается обратно. Если измазать спящего или перенести его тело в другое место, душа его не узнает либо не найдёт, и он умрёт.

Идея свободной души лежит в основе веры в ясновидение и яснослышание, в метемпсихоз или переселение душ, в перерождение после смерти, в одержимость и вдохновение, в спиритизм, а также веры в телепатию, поскольку первобытный человек допускает возможность непосредственного общения с душами других людей, включая умерших. Гомеопатия определённо связана с законом партиципации: подобное лечится подобным, но только в малой его дозе. Современные гомеопаты наряду с приёмами магии используют следующий закон палеомышления, согласно которому свойства лекарственного препарата переходят на воду, в которой он растворён, а вода, это уже их собственное открытие, обладает способностью запоминать эти свойства.

Закон партиципации (сопричастия, контактности) утверждает, что свойства одного объекта переходят на другой при их соприкосновении, а воздействие на первый объект распространяется на другой, находящийся или ранее на-

ходившийся в контакте с первым. Достаточно, например, украсить головной убор перьями сокола, чтобы обрести зоркое зрение, а если иметь при себе зуб или коготь тигра, можно приобрести ловкость и бесстрашие этого зверя. Эта уверенность в обладании нужными качествами наверняка придавала первобытному человеку чувство силы и уверенности в себе, столь необходимое ему для выживания.

Закон сопричастия применим к самым разным ситуациям. Он, например, имеет силу по отношению к отдельным частям тела, к выделениям организма, к имени человека, его тени, оставленным на земле следам. Нельзя, например, оставлять на всеобщее обозрение остатки пищи, волосы, экскременты, ведь колдовство над ними может навредить их хозяину. Вождю племени нельзя есть в присутствии другого человека, недобрым взглядом можно отравить пищу. Воздействие на тень человека может распространиться на него самого. Стоит проткнуть эту тень стрелой или копьём, и её обладатель умрёт. И он действительно умрёт, если узнает об «убийстве», он свято в это верит. Это «смерть вуду», она наступает в течение трёх суток, спасти умирающего способен только колдун, врач не поможет.

Первобытный человек трепетно относится к своему имени. Его имя, считает он, обладает всеми его качествами, а свойство имени, заключённое в значении слова, переходит на него самого. У кафров, свидетельствует Д. Фрезер, существовал такой способ исправления правонарушителя: его

имя следовало отваривать в настое целебных трав. Оно громко произносилось над котлом, который тут же закрывался крышкой и стоял на огне в течение трёх суток. Нравственное возрождение было обеспечено, даже если сам он ничего не знал о попытке его исправить.

С законом сопричастия связан весьма распространённый способ рассуждения по принципу post hoc ergo propter hoc – после этого – значит вследствие этого. Одно явление порождает любое другое, которое следует непосредственно за ним. Одна и та же причина может повлечь, следовательно, самые разные следствия, и одно и то же следствие может иметь очень разные причины. Иными словами, собственно каузальные связи подменяются в палеомышлении отношениями смежности, а правила логики уступают место принципу очевидности. Этот способ суждений лежит в основе многочисленных суеверий: веры в приметы, ворожбу, прорицание и др. Достаточно совпадения каких-то двух событий, как первое из них становится приметой, указывающей на возможность появления второго. Иногда первое событие само по себе как бы не имеет силы, важнее другое – как оно называется. Так, женщина видит во сне кровь. Она знает, что скоро её навестит кто-то из её «кровных родственников». Если приснились яйца, «значит, кто-то явится».

Вера в ворожбу и прорицание также обусловлена склонностью палеоиндивида связывать одно с другим не зависящие друг от друга явления, если они эмоционально значимы,

даже разделённые длительными интервалами времени. Астрология, родившаяся в глубокой древности, фактом своего появления, безусловно, обязана данному способу рассуждения. В данном случае действенным началом являются форма или название созвездия. Сами звёзды, считают психологи, оказывают на человека такое же влияние, как и он на них. И т. д. С помощью магических действий, в том числе речевых и мысленных (заклинаний), древний человек овладел духами. Он искренне в это верил. Как и тому, что духи также должны были верить в силу его колдовских приёмов.

Все приёмы магии распадаются на две группы: одна базируется на законе подобия, другая – на законе партиципации. Кроме того, различают белую магию, она имеет дело с добрыми духами (целительство, заговоры от болезни, кровотечения, прерывание нежелательной беременности и т. п.), и чёрную магию, когда чародеи, чаще это ведьмы, сотрудничают со злыми, дьявольскими силами (порча, сглаз, отворот, приворот и др.). В средневековой Европе повсюду пылали костры, на которых их сжигали. Последний костёр, на котором сгорела ведьма, погас лишь в конце 18 в.

Субкультура палеомышления сохранились до настоящего времени, более того, она обрела второе дыхание. Возникло множество других суеверий, которые, как и должно быть, стали наукообразными. В частности, вера в телекинез, телепортацию, биоэнерготерапию, диагностика болезней по фотографии, иридодиагностика, определение места нахожде-

ния человека по его фотографии и др. Любопытно, что образование и просвещение вовсе не воспрепятствовали рецидиву палеомышления, как если бы суеверия обрели прочный иммунитет к научному знанию. Во всяком случае, палеомышление оказалось способным существовать бок о бок и с научным знанием.

5. **Религиозное мышление**. В историческом плане возникло позднее палеомышления и окончательно оформилось незадолго до наступления нашей эры в рамках монотеистических религиозных учений. Мистическое восприятие мира разделилось. Одно направление развивалось в рамках палеомышления, второе – религии. При всём внешнем сходстве эти две формы мышления во многом являются полярными.

1. Религиозное мышление ***отрицает принцип каузальности*** и в этом смысле является антиподом как пралогического, так и научного мышления. На место естественных причин существующего религиозное мышление ставит божественное провидение. Грубо говоря, не природа вещей, а сам Господь, сказав «да будет свет», установил величину скорости света. Научные открытие в этом смысле расцениваются как святотатство, если они противоречат божественным установлениям.

Римско-католическая церковь реабилитировала Г. Галилея, одного из основателей точного естествознания спустя более 300 лет после его смерти, в 1971 году. Однако папа Бенедикт XVI, этот «отсталый теолог», в 1990 году поддержал

приговор инквизиции от 1630 г. – Г. Галилей посягнул на принятую церковью картину мира. Спустя 17 лет после заявления папы православный патриарх православия Алексий II, выступая с позиций креационизма, с гневом обрушился на теорию происхождения «человека от обезьяны». Он потребовал от сторонников теории Ч. Дарвина «не навязывать свою точку зрения», в том числе и в школе.

2. Религиозное мышление не мотивировано такими ценностями, как ***знание и контроль процессов реального мира***, чем озабочены и дикарь, и учёный. Другими словами, такое мышление не может быть ***практическим***. Интеллектуальные ресурсы иерархов церкви расходуются, скорее, на то, чтобы защищать принятые тысячелетия назад догматы своего учения и индоктринировать верующих людей. Этим занимаются все религии мира. При этом разные вероучения сильно различаются в артикуляции догматов, хотя Бог в них вроде бы один и это он является автором некоторых священных текстов.

Особенность религиозного мышления заключается также в том, что оно окончательно порывает с анимизмом палеомышления. Хотя факт психики у других живых существ отрицается, но животным отказано в том, что у них есть душа. Признаётся, что люди в психологическом плане индивидуальны, но утверждается, что душа у всех одинакова, ибо Господь создал человека по образу своему и подобию.

В ряду ценностей бытия религиозное мышление на пер-

вое место ставит духовные, в том числе нравственные ценности. Главная духовная ценность – вера в саму религиозную веру. Наивный антропоцентризм палеомышления сменяется при этом жёстким теоцентризмом, в связи с чем существует убеждение, что есть лишь одна универсальная система нравственных ценностей и одинаковая у всех людей совесть, поскольку её источником является Бог. Понятие о совести в религиозном учении буквально следует священным текстам, но находится в очевидном противоречии с той реальностью, в которой формируется нравственное сознание.

Индивиду реального мира трудно понять, за что он должен любить своих врагов или подставить вторую щеку, если его ударили по первой. Это позиция мазохизма, она приветствует насилие со стороны властной элиты. Также она поощряет жестокость ко всем, кто сопротивляется этому насилию. Православие в России оправдывало царизм, осуждало коммунизм, а зарубежная православная церковь в годы Второй мировой войны сотрудничало с нацизмом. Гитлер и Гиммлер в католической Польше и поныне являются почётными гражданами Гданьска. Ксёндзы полагают что убитых фашистами 8 млн поляков маловато для того, чтобы поколебать устои божественной справедливости. Ватикан как бы не замечает того, что в недрах Запада зреет новый нацистский интернационал – ударная сила мирового капитала.

3. В религиозном мышлении ***отсутствует мотивация что-то изменить в реальной жизни человека и обще-***

ства, оно призывает лишь мириться с существующим положением вещей, осуждая не то что активные действия, но даже мирные формы социального протеста угнетённой части населения. Трудно освободиться от подозрения клира в том, что он заинтересован в обнищании населения, своей социальной базы, а также в том, что он осознанно поддерживает антисоциальную власть. Англиканский священник Ч. Кингслин во времена К. М. Маркса говорил: «Библия для народа, как доза опиума для больного – выступает в качестве спасения, умиротворения, снятия боли». По некоторым данным, православная церковь является светским образованиям, она не выполняет божественных заповедей и нуждается в том, чтобы уплачивать налоги. То же следует сказать и в отношении других религий.

4. Религиозное мышление ***малокритично***, оно не замечает своих противоречий. Если колдун племени не оправдывает надежд своих соплеменников, те имеют право его съесть или просто убить. Учёный должен семь раз отмерить, прежде чем один раз сказать, что он сумел открыть. Верующему вообще не нужны доказательства правоты вероучения, оно непреложная истина ad finem saeculorum – до скончания веков.

5. Движение мысли в любом из вариантов религиозного мышления в большей или меньшей степени ***ограничено определёнными догмами***, преступать которые индивид не имеет права – это кощунство. Он скован презумпцией до-

стоверности священных текстов. Адепт веры должен, например, принимать за абсолютную истину истории о свершённых святыми чудесах, полагать, будто служители культа являются доверенными лицами Бога, что молитвы каким-то образом восходят непосредственно к Богу, а тот на них так или иначе реагирует. Он должен молиться, чтобы было так, как нужно Богу. Как говорил И. С. Тургенев, всякая молитва к следующему: Великий Боже, сделай так, чтобы дважды два – не было четыре.

И что бы ни случилось в жизни – удача, рождение ребёнка, эпидемия СПИДа, атомная бомбардировка или захватническая война, – всё наполнено высшим смыслом, ибо есть проявление верховной мудрости Всевышнего. Разумеется, верующего индивида никто не принуждает принимать догматы религии, он будто бы свободен в своём выборе, но на самом деле речь должна идти не о конституционной свободе совести, последняя является лишь благовидным, «демократическим» прикрытием религиозной индоктринации.

Теоретически, религиозные убеждения, как личное дело, не мешают заниматься наукой, искусством, любым другим делом или, как иногда утверждают, этому способствуют. Да, это так, но лишь в той степени, в какой верующий человек способен примирить религиозное мышление с реалистическим, постоянно пребывая тем самым в состоянии раздвоенного сознания. Как он, вполне образованный индивид, может примириться с экзорцизмом, на сеансы которого в пра-

вославный храм сегодня приводят школьников? Религиозное мышление сплошь и рядом уживается также с палеомышлением, отчего верующие много чаще, чем атеисты, становятся суеверными, спасаются от порчи и сглаза, ищут помощи у прорицателей, целителей и т. п. Нередкое недовольство догматами официальной религии, которые не помогают индивиду в личном его горе, является благодатной почвой, на которой спекулируют тоталитарные культы – верующий человек одни догмы пытается преодолевать с помощью других, ещё более деструктивных и бессмысленных.

Атеистическую или, точнее, реалистическую позицию разделяют между тем многие учёные. Приведём лишь мнение А. А. Зиновьева о роли религии в современной России (2007): «Если народ живёт хорошо, он не нуждается в религии и церкви. Если церковь процветает, значит, народ нищает. Церковь поддерживают искусственно, чтобы оболванивать нищий народ. Удерживать людей от размышлений о сути происходящего, от протестов, от бунта. Я со многим могу примириться, только не с возрождением дореволюционных мерзостей. Я готов большевикам простить все их прегрешения только за одно то, что они избавили народ от религиозного мракобесия».

6. **Эгоцентрическое мышление**. Эгоцентризм в повседневном его понимании есть крайняя степень индивидуализма и эгоизма. Исследователи относятся к нему иначе.

Так, Ж. Пиаже (1962) использует это понятие с целью

«определить изначальную неспособность децентрировать, менять данную познавательную перспективу». «Познавательный эгоцентризм, – указывает он, – опирается на недостаточное отдифференцирование своей точки зрения от других возможных».

В научном плане, считает Ж. Пиаже, «требуются века, чтобы избавить нас от систематических ошибок, от иллюзий, вызванных непосредственной точкой зрения, противоположной «децентрированному» систематическому мышлению. И это освобождение далеко не полно и теперь». Геоцентрическая система Птолемея возникла и держалась исключительно на эгоцентризме, и сегодня до 40 % обывателей считает, что Солнце вращается вокруг Земли. «Однако процесс такого же рода, – продолжает Ж. Пиаже, – может быть обнаружен и у маленьких детей… Моё описание развития понятия «брат» показывает, что ребёнку, который имеет брата, требуется усилие, чтобы понять, что его брат тоже имеет брата, что это понятие предполагает взаимное отношение, а не абсолютную «собственность».

Познавательный эгоцентризм в той или иной степени свойственен едва ли не всем. Если он, входя в помещение, говорит, что тут «жарко» или «холодно», он демонстрирует свой эгоцентризм, не уточняя, что холодно или жарко ему, а не кому-то другому. Или, соглашаясь с кем-то, скажет «правильно», «верно», а не «я с этим согласен» или «я думаю так же». Он предпочитает категорические и оценочные сужде-

ния, как бы говоря от имени всех либо зная их мнение по тому или иному поводу. Проявления познавательного эгоцентризма таковы.

1) Индивид полагает, что другие люди представляют себе значение чего-либо ***точно так же, как он сам***. Он одобряет некое суждение не потому, что оно истинно, а потому, что совпадает с его собственным.

2) Индивид уверен, что другие люди видят в происходящем ***тот же смысл, что и он***. Другими словами, он приписывает окружающим собственные эмоции и чувства. Если он, к примеру, чем-то недоволен, то, полагает он, другие люди разделяют его возмущение. Иная реакция его удивляет или возмущает, смириться с нею он не желает.

3) Познавательный эгоцентризм побуждает приписывать другим людям ***собственные мотивы поведения***. Такой индивид полагает, что люди скрывают подлинные мотивы поведения, если говорят о каких-то других. Поэтому бывает не в меру подозрительным, недоверчивым и обычно склонен искать у окружающих негативные мотивы поведения.

4) Отсутствует ***способность видеть себя со стороны***, глазами других людей, с позиции объективного наблюдателя. В старой персидской истории 10 дураков, переплыв реку, стали считаться, не утонул ли кто из них. У каждого получалось, что кто-то один из них утонул. Оказалось, что утонул тот, кто считал, – посчитать себя он забывал. Это означает также, что эгоцентризму изначально не свойственная

рефлексия. Ребёнок поглощён, в основном, внешними впечатлениями. Он не замечает своего неадекватного поведения и не способен его контролировать. Неспособность замечать собственную дефицитарность обычно сочетается со склонностью преувеличивать дефицитарность кого-то другого. Библейская притча о бревне в собственном глазу есть, собственно, история об эгоцентризме.

О том же говорит ***феномен справедливого мира***: индивид полагает, что каждый заслуживает того, что имеет. Бедняк таков из-за своей лености, больной – из-за легкомысленного отношения к здоровью и т. п. Собственное несчастье кажется незаслуженным, несправедливым – «я не такой, как другие, глупые и бездарные».

5) Самооценка ***отождествляется с оценкой себя со стороны***. Если индивиду свойственно чувство неполноценности, он уверен, что точно также его оценивают окружающие. Сосредоточенный на своём своём физическом недостатке индивид переживает его так, будто окружающие недовольны его внешностью и склонны за это его осуждать. Если же он гордится или любуется собой, то полагает, что точно также его оценивают и окружающие. Женщине с причёской, которая ей нравится, кажется, что все прохожие на улице любуются ею. Но если она страдает от бородавки на носу, то уверена, что она производит отталкивающее впечатление на окружающих. Иными словами, эгоцентризм лежит в основе сенситивных идей отношения.

6) Уверенность, что ***собственное понимание чего-либо является единственно верным***. Индивид не способен встать на точку зрения другого человека, в его сознании не существует конкуренции идей. Отсюда неадекватная убеждённость в своей правоте, самовлюблённость, повышенная самооценка и избыточность притязаний, а также неподатливость к переубеждению, ригидность, нетерпимость и неспособность понять, что есть кто-то другой, кто умнее индивида. Дети, начиная с 2–3 лет, становятся упрямыми, настаивают на своём и уверены, что правы они, а не взрослые. М. Твен рассказывает, что до 16 лет его родители были «глупы», но затем они стали «быстро умнеть». Эгоцентризм является, следовательно, психологической основой формирования сверхценных образований.

7) Тенденция индивида ***приписывать другим живым существам собственные чувства, мысли, мотивы***. Ему кажется, что собака, например, «всё понимает», «сострадает», «хранит верность и предана» своему хозяину. «Чем лучше я знаю людей, тем больше мне нравятся собаки», – говорит он. С этим может быть связана особая любовь к животным, являющаяся в сущности продолжением любви к самому себе.

8) Познавательный эгоцентризм обычно имеет ***следствием эгоцентризм нравственный***, то есть тенденциозные представления о долге, чести и справедливости – все эти понятия искажаются в угоду собственному Я. Если при аутизме

страдает принцип реальности, то при эгоцентризме, по словам Ж. Пиаже, нарушен принцип социальности. Отсюда проблемы в сфере межличностных отношений, эгоцентризм, по словам Ж. Пиаже, отличает нарушение принципа социальности.

К проявлениям познавательного эгоцентризма у детей Ж. Пиаже относит также синкретизм, феномен несогласованности объёма и содержания понятий, отсутствие представлений о сохранении количества и феномен трансдукции. ***Синкретизм*** (от греч. synkretismos – соединение, объединение) – это слитность, нерасчленённость впечатлений, представлений. Ребёнок не разделяет, например, такие свойства объекта, как его цвет, размер и массу, он оперирует всеми одновременно. Кроме того, он склонен объединять разные впечатления в одно. Так, если на одно изображение накладывается другое, то они сливаются в единое целое. Синкретизм не есть ещё собственно синтез, вероятно, он является лишь прообразом последнего.

Отсутствие представлений о сохранении количества проявляется тем, что ребёнок не разделяет впечатлений о количестве вещества и занимаемом им объёме. Например, если воду из широкого стакана перелить в узкий, то ребёнок думает, что в последнем стакане её стало больше, так как уровень воды в нём повышается.

Феномен несогласованности объёма и содержания понятий характеризуется подменой объёма понятия содержа-

нием последнего, так как содержание понятия является для ребёнка чем-то более наглядным и осязаемым. Так, на вопрос, чего на рисунке больше, физических тел или живых существ – изображены 2 камня, 3 ведра, 7 собак и 2 лошади, – ребёнок обычно отвечает, что живых существ больше. Аналогичными могут быть ответы взрослых людей в условиях дефицита времени.

Феномен трансдукции проявляется смешением случайных признаков с существенными, поскольку первые характеризуются большей наглядностью. Дети, к примеру, могут считать солнце живым на том основании, что оно передвигается.

М. В. Осорина (2000) описала также ***феномен непонимания несоответствия размеров***, при котором дети не принимают во внимание несоразмерность величины объектов. Так, дети могут бояться, что в туалете их смоет в унитаз.

В психоанализе эгоцентрическое мышление иногда отождествляется с ***солипсизмом*** (от лат. solus – единственный и ipse – сам) или ***нарциссизмом*** (от имени Нарцисс в древнегреческой мифологии, юноши, который влюбился в своё отражение в воде), то есть «со стремлением считать себя точкой отсчёта» (Райкрофт, 1995). «Открытие того, – указывает автор, – что данный индивид – не единственный камушек на берегу и что мир не был создан лишь для него, влечёт за собой утрату нарциссизма». Иными словами, познавательный эгоцентризм преодолевается по мере расширения познава-

тельных возможностей и при переходе от наглядно-образного мышления к образному и далее к понятийному.

7. **Контролируемое мышление** – мышление осознанное, преднамеренное, оно требует усилий индивида. Обычно включается в ситуациях, когда предстоит решать серьёзные задачи и ответственность за ошибки резко повышается. Это свойство дисциплинированного ума зрелой личности.

8. **Автоматическое мышление** – неосознанное, непреднамеренное, непроизвольное и не требующее усилий мышление. Это как бы привычка думать тем или иным образом, доминирование когнитивных стереотипов. Таких, к примеру, как «бедные люди глупы и ленивы», «блондинки сексуальны», «молодость глупа» и т. п. Люди в большинстве своём инфицированы такими и подобными информационными вирусами, порождаемые последними мысли и действия они склонны объяснять развитой у них интуицией, чаще всего они не отдают себе отчёта в том, что заставляет их то и дело ошибаться.

Иллюстрации. 1. Описан ***феномен господства ошибок***, состоит он в уверенности индивида в том, что он был «прав с самого начала». Учитель, заведомо убеждённый в том, что мальчики способнее девочек в математике, незаметно для себя облегчает мальчикам достижение успеха и препятствует в этом девочкам. Затем этот «факт» он выдаёт как доказательство изначальной своей правоты. В психологии это называю ***механизмом самореализующегося пророчества***. Ле-

карственный препарат, в эффективности которого врач заведомо уверен, помогает пациенту «лучше», нежели тот, по отношению к которому есть предубеждение. Аналогичное явление свойственно и пациентам, которые тем или иным образом ориентированы к лекарству – ***плацебо-эффект*** (лат. placebo – нравлюсь).

2. ***Эффект ореола*** – склонность индивида придавать наибольшее значению своему первому впечатлению о человеке. Сказанное не означает, разумеется, что у автоматического мышления нет преимуществ. Его роль зависит от того, насколько индивид способен контролировать процессы своего мышления.

Отношения между указанными формами мышления остаются малоизученными. В любом случае эти отношения не могут быть выражены в терминах субординации. Так, затрагивая вопрос о соотношении словесно-логического и архаического мышления, Л. Леви-Брюль (1934) указывает: «Не существует двух форм мышления у человечества, одной пралогической и другой логической, отделённых одна от другой глухой стеной, а есть лишь различные мыслительные структуры, которые существуют в одном и том же обществе и часто – быть может, всегда – в одном и том же сознании».

Сходную мысль высказывает Е. Блейлер: «Существуют степени аутистического мышления и переходы к реалистическому мышлению, однако лишь в том смысле, что в ходе мыслей аутистические и реалистические понятия и ассоциа-

ции могут встречаться в количественно-различных отношениях». Определённо можно, пожалуй, говорить лишь о том, что ориентация индивидуального мышления весьма изменчива и от одной формы мышления человек, по обстоятельствам, способен переходить к любой другой.

Сказанное не следует понимать как автономию мышления. Понятно, что мыслит не психологическая структура, а человек, личность. Очень разные и даже несовместимые тенденции в мышлении указывают на диссоциацию личности, распад её на отдельные и функционирующие как бы самостоятельно фрагменты или субличности, из которых какая-то одна является обычно доминирующей.

2. Нарушения мышления

1. Общие данные

Мышление здорового человека несовершенно. Нет никого, кто выполнял бы умственные операции любой сложности, уверенно определял границы и объём разных понятий, от конкретных до абстрактных, виртуозно управлялся с логикой, никогда не совершал ошибок в рассуждениях и без особого труда решал задачи большой сложности. Умственная деятельность большинства лиц изобилует отклонениями разного рода. Однако чётких критериев, позволяющих

всегда отличить проблемы мышления нормального человека от нарушения мышления психиатрических пациентов, не существует. Обычно этот вопрос решается эмпирически, решающее значение имеет клинический опыт и интеллект самого клинициста. Так, очень сложно определить границу, разделяющая адекватную обстоятельность мышления, с одной стороны, и патологическую обстоятельность, с другой. Или отличить ускорение или замедление темпа мышления от нормальной скорости движения мыслей. От ошибок в психиатрии не застрахован никто. Тем более, что одна и та же особенность мышления у одного человека может быть совершенно нормальной, а у другого – патологической. И собственное мышление врача отнюдь не идеально, оно также может искажаться под влиянием разных причин.

Не существует систематики нарушений мышления, которая точно бы отражала клинико-психопатологическую его природу. Остаётся мало разработанным категориальный аппарат. Принятые клинические понятия обычно учитывают какую-то одну сторону расстройства мышления. Например, при ускоренном мышлении редко страдает только темп течения мыслей. Одновременно с этим бывают другие нарушения. Выявить различные конфигурации нарушений мышления и обозначить их определёнными терминами трудно, поэтому чёткая клиническая квалификация расстройства заменяется добросовестным описанием разноплановых его деталей.

2. Систематика нарушений мышления

Представим несколько подходов разных авторов.

Классификация Е. Блейлера различает, во-первых, нарушения мышления, которые являются ***общими для разных болезненных форм***. Это: 1) «общее облегчение психических процессов» и «скачка идей»; 2) «меланхолическое затруднение ассоциаций (заторможение)»; 3) «болезненно короткие ассоциации»; 4) «моноидеизм»; 5) «спутанность»; 6) «витиеватость и обстоятельность». Во-вторых, это нарушения мышления, свойственные ***конкретным болезненным формам***. В этой группе представлены: 1) «ассоциации при органических психозах»; 2) «шизофреническое (сноподобное) расстройство ассоциаций»; 3) «ассоциации олигофреников»; 4) «ассоциации эпилептиков»; 5) «ассоциации при истерии»; 6) «ассоциации неврастеников» и «7) ассоциации параноиков».

К. Ясперс различает заторможенность мышления, ускоренное мышление и «путаницу». Такие нарушения, как персеверации, вербигерации, речевая путаница, инкогеренция, он рассматривает в разделе «расстройства речевой деятельности при психозах», хотя предпринимает попытку разграничить расстройства мышления и собственно речевые нарушения.

А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак (2000)

разграничивают расстройства содержания идей и расстройства формы нарушения. Первую группу нарушений образуют навязчивые, сверхценные и бредовые явления. Вторая группа составлена из нарушений темпа, подвижности, целенаправленности мышления, а также расстройства «грамматического строя» (речи).

Систематика А. А. Меграбяна представлена перечнем отдельных нарушений мышления и включает: 1) возбуждение, ускорение мышления, 2) заторможение мышления, 3) обстоятельность мышления, 4) персеверация мышления, 5) резонёрство, 6) аутистическое мышление, 7) паралогическое мышление и 8) разорванность и инкогерентность мышления.

Остановимся на систематике Г. И. Каплана и Б. Дж. Сэдока (1994). Начинается она определением понятия «мышление». Авторы указывают, что «мышление нормально, если его результатом является логическая система выводов. Парапраксия (отступление от логического хода мышления, т. е. «фрейдистские соскальзывания») считается проявлением нормального мышления». Авторы указывают, что некоторые формы мышления, в частности, аутистическое, является безусловно патологическим. По их мнению, что существуют «формы нарушения мышления» и «специфические нарушения мышления».

1. *Формы нарушения мышления:* 1) умственная недостаточность «в виде не совсем адекватных реакций на определённые события, связанные с пережитым горем или болез-

нью»; 2) «невроз», то есть психические нарушения, при которых оценка реальных событий и нормативное поведение не нарушены, но «симптомы болезни проявляются как эгодистония»; 3) «психоз», то есть неспособность отличить реальность от выдумки; 4) «оценка реальных событий: объективная оценка и суждение об окружающем мире»; 5) «нарушения формального мышления» – нарушения ассоциаций, неологизмов и алогичных построений мыслей; 6) «нелогичное мышление» – ошибочные заключения или внутренние противоречия; 7) «фантазирование (дереизм)», оно не согласуется «с логикой или опытом»; 8) «аутистическое мышление», в нём выражаются «только собственные желания», ему свойственна также «поглощённость личными, внутренними переживаниями»; 9) «магическое мышление» как «форма дереистического мышления»»; 10) «конкретное мышление» или «буквальное мышление», когда метафоры понимаются без нюансов их значения, «всего лишь в одном измерении»; 11) «абстрактное мышление», способное «уловить нюансы значения», то есть «многомерное мышление со способностью правильно использовать метафоры и гипотезы».

2. *Специфические нарушения мышления* : 1) «неологизм» – новые слова, созданные пациентом часто путём «комбинирования слогов, взятых из разных слогов»; 2) «словесная окрошка» или «бессвязная смесь слов и фраз»; 3) «обстоятельность мышления» с чрезмерной детализацией и изобилием вводных слов и замечаний; 4) «тангенциальность» или

«неспособность к целенаправленным ассоциациям», в результате чего «больной никак не может добраться от начала мысли до желаемой цели»; 5) «инкогерентное (бессвязное) мышление» или «дезорганизованная речь, …которая состоит из набора слов без всякой логической или грамматической связи»; 6) «персеверации» или «неоднократное повторение ответов на предыдущие стимулы после того, как уже предъявлен новый стимул»; 7) «конденсация» или «слияние различных концепций в одну»; 8) «иррелевантные ответы» – ответы, не соответствующие содержанию заданных вопросов; 9) «избыточность ассоциаций» или «поток мыслей, при котором постоянно происходит их сдвиг с одного предмета на другой, не обусловленный логической связью»; при значительном нарушении мышление может стать бессвязным; 10) «разорванное мышление (derailment)», то есть «постепенное или внезапное отклонение в мыслительном процессе без блокирования, т. е. «нелогичность ассоциаций»; 11) «полёт мысли» или «быстрая, непрерывная вербализация или игра слов» со «сдвигом с одной идеи на другую» и с тенденцией к «некоторой логической связи этих идей в единое целое»; 12) «нечленораздельные звуки в мышлении», то есть «ассоциации слов, сходных по звучанию, но не по значению»; «иногда может включать рифмы и каламбуры»; 13) «блокирование» или «депривация мыслей», то есть «резкий обрыв мысли до того, как она завершается»; 14) «глоссолалия» или «разговор на другом языке», то есть «выражение

мысли непонятными словами».

Далее опишем: 1. нарушения операционной стороны мышления, 2. нарушения логики мышления, 3. нарушения динамики мышления, 4. симптомы диссоциации мышления, 5. нарушения отдельных видов мышления и 6. нарушения отдельных форм мышления.

3. Нарушения операционной стороны мышления

1) **Нарушения операции анализа**. Проявляются неспособностью или утратой способности выделять в некоем целом составляющие его элементы. Нормальным аналогом нарушения является ***детский синкретизм***. Например, предмет и его название для ребёнка слиты в одно целое. Семья для ребёнка есть та единица, по образу которой он воспринимает другие группы объектов. Рассматривая сидящих на ветке воробьёв, он делит и их на соответствующие единицы: папа, мама, их сыночек. Семья является для него основой ощущения стабильности и безопасности окружающего мира. Утрата, уход кого-то из членов семьи, рождение нового ребёнка или появление отчима, матери может быть очень болезненной для детей. Например, мальчик трёх лет после похорон бабушки скучает без неё. Он говорит, что летом он её «откопает» и всё станет на своё место, как было ранее. При умственной отсталости аналитическая способность не

развивается в достаточной мере и даже у взрослых пациентов даже при дебильности остаётся на детско-подростковом уровне. При органическом снижении уровня мышления тенденция к синкретизму усиливается. Пациенты теряют, например, способность различать вариации в отношении к себе со стороны окружающих, лишаются возможности дифференцировать социальные ситуации, отождествляют их или различают без должного основания. Так, они могут быть излишне доверчивыми и им нравятся обходительные люди, не замечая того, что скрывается за вежливым отношением. Ревнивый пациент всё большее число ситуаций рассматривает как основание для его подозрений, он не выделяет отличий, позволяющих их дифференцировать.

Синкретизм составляет основу описанного Е. Блейлером ***симптома коротких ассоциаций***. «Явление это состоит в том, что количество имеющихся в распоряжении понятий уменьшено и ход мыслей всегда завершён, очень короток». Пациенты с этим нарушением в беседе обычно ограничиваются неразвёрнутыми, часто односложными ответами. Вот как выглядит такая беседа. «Как вы себя чувствуете? – Голова. – Что у вас с головой? – Давление. – Какое давление? – Разрывается. – Как это разрывается? – Сзади. – Как это разрывается сзади? – Давление. – Вы пьёте лекарства от головной боли? – Да. – А что пьёте? – Таблетки. – Какие таблетки? – Жёлтые. – А что ещё вас беспокоит? – Кошмары. – Что за кошмары? – Во сне» и т. д. Е. Блейлер полагает, что дан-

ный симптом относится «большей частью непосредственно к шизофрении» и характеризует «некоторые состояния оглушённости при шизофрении». Нечто подобное может наблюдаться, указывает он, при депрессивном торможении ассоциаций, а также «при органических психозах, эпилептических исключительных состояниях, в лёгком сопоре разного рода».

Противоположным является ***симптом избыточных ассоциаций***, при котором анализ протекает как бы без контроля со стороны других умственных действий. В частности, без абстрагирования, без отсеивания несущественных сторон явления. Так, пациент с шизофренией в ответ на просьбу назвать признаки реки приводит такой их перечень: вода, русло, водоросли, рыбы, лягушки, змеи, простейшие одноклеточные, разные другие живые существа, песок, ил, щебёнка, течение, волны, рыбаки, крючки, червячки, направление течения, устье… В этом перечне значатся не только важные, но и второстепенные, а также не имеющие отношения к делу признаки. Аналогичное явление нередко встречается и в норме, например, в выпусках новостей в СМИ. Так, сообщается: «Кремль сожалеет, что европейский вещательный союз не обеспечил участие на Евровидении певицы из России». И сразу же: «В Новосибирске задержан убийца 17 женщин», о чём Кремль не сожалеет.

Анализ может быть нарушен так, что при выполнении задания выделяются преимущественно случайные признаки

объекта – ***симптом побочных ассоциаций.*** Операция анализа при этом выполняется так, будто существенные признаки объекта теряют для пациента всякий смысл. Так, он выделяет такие свойства реки: прохлада, повышенная влажность, рябь, водоросли, камни на берегу и на дне, лодки, сети, изгибы, живность, пляж и т. п. В жалобах на самочувствие игнорирует то, что может быть действительно важно: «дергается веко… слипаются ресницы… я не могу долго стоять на солнце… я жую левой стороной, а не правой… я не могу долго смотреть на солнце… при ходьбе я не ступаю на пятки… потрясывает в мизинце… я раскачиваю зуб кончиком языка… не могу носить майку… не могу стоять на цыпочках, у меня слезится на ветру глаз… слипаются пальцы на ногах… не могу носить что-нибудь в правом кармане… не могу спать на левом боку… быстро растут ногти на средних пальцах… не могу долго сидеть на корточках… не выношу, когда шуршит бумага… не люблю писать карандашом… неприятно стоять на одной ноге… сваливаются с ног тапочки… боюсь щекотки… не могу думать в горизонтальном положении» и т. п. Столь странные жалобы с указанием преимущественно случайных либо не имеющих отношения к расстройству признаков большей частью предъявляют повидимому, аутичные пациенты, утратившие чувство реального.

2) **Нарушения операции сравнения**. Это неспособностью выявлять черты сходства и различия в сравниваемых объектах, а также делать на этом основании определённые

выводы. Особенно важно, что сравнение объектов нередко проводится без учёта их ***релевантных*** или ***атрибутивных***, то есть неотъемлемых признаков (англ. relevant – уместный, относящийся к делу; лат. atributum – данное, предписанное). Так, сравнивая своё настоящее самочувствие с тем, каким оно было до начала терапии, пациент не находит между ними какого-либо отличия либо упоминает о второстепенных изменениях, не замечая того, что объективно в его состоянии налицо значительная динамика. Не понимает также, в какую сторону развиваются отношения в его семье даже на той фазе, когда она находится уже на грани распада, – ему по-прежнему кажется, что ничего в сущности не изменилось. Или считает, что раньше ему жилось много хуже, чем теперь, поскольку у него есть инвалидность и меньше денег уходит на лекарство. В последнем случае он принимает во внимание только одно и далеко не самое важное отличие, ситуацию в целом он не различает, как он сделал бы ранее. В клинической практике способность сравнивать исследуется по-разному. Чаще всего достаточно бывает беседы, где пациенту приходится сравнивать разные жизненные его ситуации. Иногда возникает необходимость специального изучения способности к сравнению.

Одним из методов является ***попарное сравнение понятий*** с целью выявить различия между ними. В частности, для изучения могут быть пригодными три группы попарных понятий, представленные в порядке воз-

растания сложности задания. Первая группа включает следующие пары: соль-сахар, круг-шар, комната-квартира, пища-еда, простуда-кашель, овощи-фрукты, озеро-пруд, лес-сад, поле-огород, камень-кирпич, молния-гроза, сено-солома, река-озеро, заяц-кролик, вода-лёд, дождь-снег. Вторая группа составлена из пар более отвлечённых понятий: беда-горе, смелость-мужество, страх-тревога, крайний-последний, высокий-длинный, звезда-планета, обида-самообвинение, путь-дорога, страна-государство, темп-ритм, терпение-терпимость, равнодушие-хладнокровие, мёртвый-неживой, настойчивый-упрямый, вежливый-добрый, сердитый-злой, смех-веселье, скупость-бережливость. Третью группу образуют пары весьма отвлечённых понятий: число-цифра, красивый-привлекательный, самолюбие-самоуважение, ум-разум, вера-религия, речь-язык, мораль-право, правда-истина, честь-долг, ценность-стоимость, труд-работа, ирония-юмор, искусство-творчество, смысл-значение, радость-счастье, ложь-обман, эмоция-чувство, гнев-ярость, сообразительность-мудрость. Задания второй и особенно третьей групп целесообразно предлагать лишь пациентам с высоким образованием, так как простые задания некоторым из них могут показаться обидными.

По ответам пациентов можно видеть, что они используют при сравнении разные признаки: от случайных и формальных до атрибутивных. При исследовании больных шизофренией обычно выявляется тенденция к ***разноплановому***

мышлению. Пациенты могут, во-первых, успешно справляться с весьма сложными заданиями и в то же время испытывать значительные затруднения при выполнении более простых – ***симптом несоразмерности сравнения.*** Во-вторых, такие пациенты нередко принимают во внимание самые разные признаки, как бы уравнивая их в своём значении – ***симптом выравнивания сравнения***. Так, они охотно прибегают к наглядным признакам (например, озеро – «круглое», река – «продолговатая»; камень – «круглый», кирпич – «квадратный»), к формальным признакам («в слове «ум» две буквы, в слове «разум» – пять»), к случайным признакам («в озере есть кувшинки, в реке их нет»), к скрытым признакам («река куда-то впадает, а озеро нет»), к операциональным признакам («на реке можно строить гидростанцию, на озере нет»), а также к более или менее релевантным признакам («правда у каждого своя, истина одинакова для всех»), не отдавая при этом никаким из них особого предпочтения. Оба упомянутых симптома характеризуют и другие операциональные нарушения у пациентов с шизофренией. В-третьих, больные шизофренией часто упускают из виду социальные аспекты сравниваемых объектов («камень состоит из горных пород, а кирпич – из песка и глины»), что связано, вероятно, с социальной отгороженностью больных, в частности с аутизмом. В-четвёртых, больные могут использовать один вид признака для одного понятия и совсем другой – для второго («камень круглый, он на земле валяется, а из

кирпичей строят дома»), что отражает, по-видимому, факт диссоциации их личности и мотивационных нарушений.

Пациенты с органическим снижением уровня мышления отличаются тем, что, во-первых, они справляются с заданиями тем хуже, чем последние сложнее, то есть более отдалены от наглядности и ручных навыков. Во-вторых, они явно предпочитают наглядные и операциональные признаки всем остальным («звезда на кокарде, а планета на небе», «из кирпича делают дома, а из камня можно сложить только ограду»). В-третьих, в заданиях, с которыми они не справляются, они не видят различий между понятиями и обычно их отождествляют, чего пациенты с шизофренией чаще всего не делают.

При умственной отсталости обычно отождествляются и самые простые понятия, если же они различаются, то не по существу, а лишь по каким-то наглядным признакам.

Пациенты с ***алекситимией*** (неспособные вербализовать свои душевные состояния), наибольшие затруднения испытывают при сравнении понятий, включающих эмоциональные и экспрессивные качества (греч. a – приставка отрицания, lexis – речь, thymos – душа, чувство, настроение). Так, они не различают эмоций и внешних их проявлений, отождествляя, к пример, печаль и плач; не находят отличий между разными эмоциями (например, тревогой и страхом) и обычно затрудняются в описании свойств своего характера.

При исследовании здоровых индивидов в экспертной

практике, например при жёстком профессиональном отборе, нередко выясняется, что очень многие испытуемые со средним и даже высшим образованием при сравнении понятий второй и тем более третьей групп показывают столь удручающие результаты, что это наводит на предположение о социально-педагогической запущенности, то есть пограничной умственной отсталости, вызванной низким качеством образования.

3) **Нарушения операции обобщения**. Проявляются неспособностью формировать общие понятия и суждения, то есть составлять группы объектов с однородными признаками, характеризующими релевантные свойства этих объектов. Так, дети образуют группы, руководствуясь лишь сенсорными признаками, например, цветом, вкусом или размером. Таким же образом может осуществляться обобщение при умственной отсталости или деменции. В иных случаях пациенты используют не только наглядные, но также другие признаки. О состоянии способности к обобщению можно получить некоторое представление в ходе беседы с пациентом. Так, в ответ на просьбу сообщить жалобы на самочувствие пациент перечисляет некоторые признаки болезни, но вместе с тем включает в текст сообщения и свои соображения о том, что он думает о том или ином симптоме, а заодно и о том, что говорили ему о его болезни другие врачи. Иными словами, он создаёт разнородную группу объектов, как бы соскальзывая со стержня основной задачи.

Для изучения способности к обобщению может быть полезно специальное исследование. Пациенту предлагают, например, выполнить серию заданий и цель найти общее или объединяющее название для группы объектов. Приведём три группы таких заданий в порядке усложнения степени их сложности. Первая группа такова: хлеб, мясо, сыр; слесарь, адвокат, врач; чашка, кружка, тарелка; сапог, ботинок, валенок; щука, окунь, карась; стол, стул, шкаф; вторник, среда, суббота; ведро, бочка, бутылка; часы, линейка, весы. Вторую группу составляют более сложные задания: глаз, ухо, нос; река, лужа, океан; палатка, дворец, дом; свеча, фонарь, костёр; звезда, комета, метеор; дерево, водоросли, кустарник; кашель, чихание, насморк; секунда, метр, тонна; сутки, месяц, год; печаль, радость, страх. Третью группу образуют самые сложные задания: лес, болото, река; бензин, сок, слюна; коляска, лыжи, самолёт; руда, нефть, глина; микроб, цветок, человек; жесты, мимика, позы; любовь, ненависть, ревность; трудолюбие, великодушие, общительность; буква, цифра, улыбка; машина, гвозди, спички; смех, плач, стон.

При достаточно хорошо развитой способности к обобщению пациенты успешно выполняют и самые сложные задания. При умственной отсталости (дебильности) и слабоумии пациентам доступны лишь некоторые задания первой группы. При пограничной умственной отсталости верно выполняются задания первой и отчасти второй групп. Пациенты при этом охотно принимают помощь, работают с интересом,

проявляют признаки сомнения в правильности своих решений. При депрессии пациенты работают медленно и сильно затрудняются в выборе точных выражений. Пациенты в состоянии мании действуют быстро, много при этом говорят, не исправляют своих ошибок, замечая их, и в целом показывают более низкие результаты, нежели обычно (за счёт ошибок в простых задачах). При органическом снижении умственной активности число ошибок прямо зависит от сложности задания. При лёгком снижении пациентам доступны задания и третьей группы, при умеренном снижении – и второй, при значительном снижении они справляются только с заданиями первой группы. При этом темп работы пациентов замедлен, пациенты думают «вслух», они многословны и обычно объединяют объекты по наглядным, ручным и операциональным признакам («слесарь забыл прикрутить гайку, лётчик разбился, а врач не успел ему помочь»). При шизофрении качество обобщения может не зависеть от сложности задания. Наряду с существенными при этом часто используются случайные, формальные или слишком отвлечённые обобщающие признаки («неорганические соединения», «экологические термины», «взаимодействующие системы», «относятся к закону о переходе количества в качество»).

О снижении уровня обобщения в целом свидетельствует тенденция к смещению ответов в сторону более низкого уровня. Так, при нерезком снижении заметно тяготение к ситуативным ответам («это признаки болезни, может

быть, заразной», вместо «это симптомы разных болезней»). При умеренном снижении предпочитаются операциональные признаки («простуда, хорошо бы перцовочки накатить, грамм этак двести»). Выраженное снижение проявится опорой на наглядные признаки («недомогание, человек плохо себя чувствует»).

Делать окончательный вывод о снижении уровня обобщения следует с осторожностью. Во-первых, потому, что в реальной ситуации в силу более высокой мотивации индивид может обобщать значительно лучше, нежели в условиях эксперимента. Во-вторых, часто бывает неизвестно, какими были операциональные возможности до психического расстройства. Кроме того, снижение операционального уровня может происходить по другим, нередко преходящим причинам (переутомление, подавленность, адинамия).

4) **Нарушения операции абстрагирования**. Проявляются неспособностью выделять существенные признаки и отвлекаться от второстепенных признаков. Чаще встречается ***чрезмерная детализация мышления***. При этом главное содержание мысли не отделяется от подробностей и ***коннотаций*** (от лат. con – вместе, noto – отмечаю, обозначаю), речь теряет краткость, точность и уместность. Чрезмерная детализация мышления может иметь разные причины. Иногда причины выявляются специальной проверкой способности к абстрагированию – с помощью метода исключения лишнего. Из группы предъявленных объектов пациенту сле-

дут исключить какой-то один объект. Приведём три возрастающие по сложности группы заданий. Первая: диван, кровать, стол, ваза; кашель, боли, мокрота, грипп; шапка, пальто, костюм, галстук; кошка, рысь, собака, корова; танкист, лётчик, солдат, сапёр; хлеб, зерно, каша, борщ; водка, пиво, самогон, коньяк; врач, юрист, шахтёр, рабочий. Вторая: красный, жёлтый, зелёный, белый; море, река, озеро, пруд; крест, квадрат, круг, шар; мысль, чувство, желание, действие; три, два, четыре, сто; утюг, камень, дерево, скала; рабочий, крестьянин, капиталист, профессия пациента; вор, насильник, убийца, преступник; психолог, психиатр, терапевт, хирург. Третья: понятие, слово, цифра, рисунок; минута, час, полдень, неделя; голова, грудь, мозг, живот; немец, бурят, татарин, американец; Азия, Россия, Европа, Африка; кислород, азот, водород, углекислый газ; длина, высота, ширина, величина; улыбка, смех, хохот, веселье; скрытность, жадность, общительность, печаль.

При выраженной умственной отсталости и слабоумии пациенты не справляются и с заданиями первой группы. При органическом снижении уровня абстрагирования пациенты совершают операцию исключения, опираясь на наглядные, ручные, операциональные и ситуативные признаки: «Галстук узкий и длинный, и я не умею его вязать… Галстук можно и не носить, он не греет, а без всего другого не обойтись… Галстук – не одежда, он указывает на культурный статус. Говорят даже, что он удавка империалиста». Реже встречается

такой ответ: «Галстук – это предмет личного обихода». При шизофрении предпочитаются наглядные, случайные, формальные, латентные признаки: «Море лишнее, оно самое большое по размерам… Лишний пруд, берега у него заболочены… Лишнее озеро, в этом слове пять букв, в остальных – по четыре… Лишнее море, в нём солёная вода». Алкоголику трудно выбрать лишний спиртной напиток: «Может быть, пиво, но иногда и оно лучше».

При нарушениях абстрагирования особенно затруднена идентификация логических отношений. Например, можно попросить пациента в правой части уравнения найти логическое отношение, представленное в левой его части. Уравнение таково: лес/дерево – почва/песок, ветер/пыль, деревья/сосна. Пациенты с органическим снижением мышления крайне редко справляются с таким заданием, а если и дают определённый ответ, то знак равенства обычно ставят с последней парой. Из пациентов правильно могут выполнить задания, пожалуй, только больные шизофренией. Это может указывать на то, что в периоды мобилизации функциональных возможностей абстрагирование может осуществляться на достаточно высоком уровне.

Все умственные операции пациенты в зависимости от того, какие признаки или свойства объектов и явлений они считают адекватными. Так, на уровне наглядно-действенного мышления предпочитаются наглядные, сенсорные признаки объектов (цвет, вкус, форма, величина и др.), ука-

зывается на ручные действия с предъявленными объектами («кирпич можно разбить, а камень нет», «воду можно пить, а лёд – только раскусить», «фрукты сладкие, а овощи нет»). На уровне наглядно-образного мышления высказываются признаки смежности, а также операциональные признаки («овощи садят в грядках, а фрукты собирают на дереве», «волк в лесу живёт, а собака – во дворе», «из кирпича можно строить, а из камня нет», «если есть кровать, то зачем диван, спать есть на чём»). Последние признаки наглядно демонстрируют, в частности, пациенты с амнестической афазией: они могут сказать или показать, для чего нужен этот предмет либо что можно им сделать. На уровне образного мышления предпочитаются ситуативные признаки, а также их связи с эмоциями («можно пруд исключить, он искусственный, а можно и реку, в ней проточная вода», «можно белый цвет исключить потому, что он состоит из смеси разных других цветов, а можно это сделать и потому, что его нет в светофоре», «исключить нужно капиталиста, честных капиталистов не бывает, но верно и то, что лишней тут является профессия»). Ответы пациентов широко варьируют обстоятельствам, в зависимости от того, какой момент кажется им более адекватным. Актуализация концептуального мышления порождает более или менее релевантные признаки («камень – это природный объект, кирпич – объект материальной культуры», «море, озеро, пруд, река – это водоёмы, из них только пруд является рукотворным»).

Одновременно с этим звучит вовлечённость той или иной формы мышления. Так, при аутистическом мышлении предпочитаются случайные, формальные, скрытые или латентные признаки («река отличается от озера тем, что в ней бывают воронки», «река отличается от озера конфигурацией водного зеркала», «река отличается от озера тем, что в ней велики запасы энергии»). При преобладации эгоцентрического мышления игнорируются социальные аспекты объектов («озеро от пруда отличается тем, что вода в пруде медленно, но движется»). Включение пралогического мышления может преобладать признаками тождества и сходство принимать за идентичность («тут никого нельзя исключить, кошка, собака, рысь и корова – все они животные»).

Обращает на себя внимание то, что чаще здоровые индивиды адекватно используют имеющиеся у них мыслительные структуры. Например, для решения практической задачи – практическое мышление, теоретической – абстрактное и т. п. Пациенты с органической патологией ограничены в выборе за счёт наглядно-образного и наглядно-действенного мышления. Их выбор признаков носит однообразный, ригидный характер. Совсем иная картина наблюдается у больных шизофренией. Мыслительные структуры пациентов включаются как бы хаотически, непредсказуемо и неуместно. Так, при решении сугубо конкретной задачи может включаться концептуальное мышление («река от озера отличается площадью зеркальной поверхности») и, напро-

тив, вместо абстрактного мышления актуализируется практическое («работа отличается от труда тем, что слесарь, к примеру, должен уметь пилить и шлифовать металл»).

Пациенты с шизофренией обнаруживают иногда склонность к ***псевдоабстрагированию***, опираясь в своих суждениях на словесно-логические, а не на объективные характеристики явления. Это, в частности, ***симптом патологического полисемантизма*** (Лебединский, 1938), или, иными словами, склонность идентифицировать явление по семантике обозначающих его слов. Так, пациентка считает себя душевнобольной на том основании, что её «душа болит за всех». Пациент не соглашается с тем, что он холерик, так как в слове «холерик» есть упоминание о холере. В наблюдении В. М. Блейхера (1989) пациент разграничивает психиатрических и соматических больных, указывая, что последние являются «детьми одной матери – они соматические». Или пациент говорит, что он не болен, «так как в слове «больной» есть напоминание о боли, а у меня ничего не болит».

Склонность к псевдоабстрагированию может проявляться и в том, что пациенты дробят символы на составляющие их элементы, отвлекаясь от значения этого символа, – ***симптом диссоциации символов***. Так, больная говорит, что «временами она теряет способность понимать прочитанное. Предложения текста, – поясняет она, – распадаются на отдельные слова, а слова дробятся на буквы. И я перестаю соображать, о чём я читаю». Некоторые пациенты приобретают

способность «расшифровывать» некие скрытые ранее значения символов. Иногда, напротив, символы как бы сливаются друг с другом, так что образуется новый символ со смешанным значением. Н. Гоголь в «Записках сумасшедшего» шаг за шагом описывает историю помешательства своего героя. К концу рассказа у больного появляются слияния символов: «Мартабря 86 число. Между ночью и днём». Позднее Е. Блейлер назовёт это явление ***сгущением*** и в качестве иллюстрации приведёт такое высказывание пациента: «Господь Бог – это корабль пустыни». В этой фразе, считает Е. Блейлер, воедино сплелись мысль из Библии, а также представления о пустыне и верблюде.

5) **Нарушения операции синтеза.** Проявляются неспособностью создавать целостную картину происходящего. Необходимым условием синтеза является наличие и адекватное функционирование структур мышления, объединяющих впечатления и мысли в нечто законченное. Амнезия таких структур (при деменции, Корсаковском психозе) приводит к тому, что впечатления и мысли остаются разрозненными. Нарушается способность понимать значение каких-либо ситуаций, хотя пациент может правильно описать отдельные впечатления и последовательность их смены. Особенно часто это расстройство встречается при шизофрении – ***ситуационные слабоумие***.

Так, в ответ на просьбу рассказать о причинах поступления в больницу пациент сообщает: «Я был дома, сидел на

кухне. В дверь постучали. Дверь открыла женщина, она живёт вместе со мной. В комнату вошли четверо мужчин. Трое были в белых халатах, один – в форме милиционера. Один из мужчин в халате сел на стул, я сидел напротив него. Он задавал мне вопросы, я отвечал. Потом он сказал мне: «Одевайся, поедешь с нами». Я спросил, куда. Мне ответили, что на обследование. Женщина плакала. Я оделся, мы пошли. Двое мужчин в халатах шли впереди, двое – сзади. На дворе стояла белая машина с красным крестом. Меня посадили в кресло сзади, рядом сели трое, один человек сел к водителю. Потом мы приехали сюда, на бульвар Гагарина. Меня завели в комнату, посадили у стола. Женщина спрашивала меня, я отвечал, она писала. Затем меня помыли, переодели и привели в это отделение на третьем этаже». Впечатлений у пациента достаточно, но пациент их не объединяет в силу выпадения операции синтеза.

Данный тип нарушения мышления обозначается также терминами ***тангенциальное, регистрирующее мышление.*** Так, сообщая о своём самочувствии, пациент рассказывает о том, у каких врачей он побывал, что они ему говорили, к кому направляли, какие анализы делали, где и чем он лечился, какие диагнозы ставили, ничего не сообщая при этом по существу вопроса. В другом варианте расстройства преобладают ***констатации собственных переживаний и мыслей*** по тому или иному поводу, но и в этом случае упускается из виду главная тема сообщения. Аналогичные описания встре-

чаются у представителей бихевиоризма, когда они сообщают о поведении человека.

Нарушение синтеза может проявляться также тем, что различные впечатления объединяются на основе заведомо ложной когнитивной структуры. В качестве примера можно указать на систематизированный бред, когда разные события объединяются в одно целое. Нередко случается и так, что синтез осуществляется в условиях одновременной актуализации ряда различных когнитивных структур. Так, больная шизофренией воспринимает происходящее на консилиуме то как «допрос», то как «интервью журналистам», то как «дружескую беседу с приятными молодыми людьми», при этом с некоторыми из них она откровенно кокетничает. Пациентам с органическим снижением более свойственен дефицит когнитивных структур, а также ослабление способности менять последние по мере необходимости.

По этой причине некоторые ситуации больные понимают достаточно хорошо, другие не понимают вовсе, а нередко какую-то новую ситуацию они воспринимают неправильно и в силу персеверации объединяют впечатления по образцу предыдущей ситуации. Весьма значительными могут быть нарушения синтеза в связи с аффективными нарушениями. Так, восприятие жизненной ситуации у пациентов с манией и депрессией кардинально меняется по мере колебаний аффекта. Например, пациент с утренней депрессией до обеда чувствует себя глубоко несчастным и воспринимает всё, как

пессимист, но вечером, с наступлением гипомании, он ощущает себя вполне благополучно и рассматривает случившееся, как оптимист.

Клиническая оценка состояния синтеза может быть дополнена данными психологического исследования. С этой целью следует предложить пациенту выполнить задание, в котором ему предстоит смоделировать некую ситуацию по нескольким обозначающим её словам и вслух сказать о ней. Приведём три возрастающие по степени сложности группы заданий. Первая: гром, молния, ветер, дождь; море, катер, сети, рыба; собаки, волки, олени, чумы; войска, сражения, погибшие, герои; кражи, лживость, шприцы, тюрьма. Вторая: мужчина, женщина, цветы, долгие взгляды; книга, ручка, настольная лампа, бумага; пьянство, скандалы, ревность, развод; краски, кисти, полотно, замысел; завод, ночь, забор, трубы. Третья: женщина, бригада, лом, ботинки; ложка, звезда, скрепка, пуля; туча, стул, портрет, дорога; руль, эгоизм, внук, болезнь.

При умственной отсталости и деменции пациентам трудно понять смысл задания. Если они считают, что поняли его, то выполнить обычно не могут даже в части лёгких заданий. Бредовые пациенты нередко представляют ситуации, созвучные с содержанием их бреда. Например: «Тут какой-то тип пишет по ночам кляузы, чтобы кого-то ошельмовать. Про меня тоже распускают разные слухи». Или: «Мужчина соблазняет женщину, чтобы она изменила мужу».

Некоторые пациенты, в особенности с антисоциальными наклонностями, обнаруживают криминальные тенденции. Например: «По ночам через дыру в заборе воруют с завода трубы». Или: «Если в море хватает рыбы, то с катером и сетями можно срубить хорошее бабло». Алкоголик может сказать иначе, к примеру, так: «Бухарики попадали с катера в море, плакали их сети, рыба и подружки. Знаю я такой случай».

Маниакальные пациенты проявляют иногда немалую изобретательность и по-своему, с юмором и анекдотами справляются при этом и с самыми сложными заданиями. Например, вот рассказ на группу объектов «бригада, лом, женщина, ботинок»: «Раз копали мы с бригадой могилу, возились до темноты, пришлось долбить ломом. Сели передохнуть, выпили, показалось мало. Пошли в кабак, взяли пару бутылок, идём обратно. В это время на кладбище проснулась бичиха, она тащилась домой и свалилась в нашу могилу. Как услышала нас, притаилась. Мы стали разливать водку, чокаться, а она и говорит: «И мне оставьте, помираю». Со страху мы так рванули с кладбища, что побросали инструменты, а я даже ботинок потерял». Или: «На портрете нарисованы дорога, туча и пустой стул. Это на нём дамочка сидела, сейчас она ушла за своей шавкой, которая путается где-то с кобелем».

Депрессивные пациенты, напротив, с большим трудом справляются даже с лёгкими заданиями, отмечая, что «не идёт мысль, это какой-то ступор». Дисфоричные пациенты,

не справляясь с заданием, могут вспылить и отказаться от участия в эксперименте: «Что вы тут из меня дурака делаете?». Аффективная тональность представляемых ими ситуаций созвучна их настроению: «Это наркоман, им не в тюрьму надо, я поубивал бы их всех до одного». Пациенты с шизофренией нередко представляют странные ситуации. Например: «Женщина гипнотизирует мужчину долгими взглядами, она хочет превратить его в зомби».

6) **Нарушения операции конкретизации**. Проявляются неспособностью использовать знания для решения конкретных задач. В клинической практике различается два вида расстройства мышления, связанных с проблемами конкретизации: формализм мышления и резонёрство.

6.1. ***Формализм мышления*** характеризуется преобладанием словесно-логических аспектов мышления над содержательными (Аккерман, 1936; Сумбаев, 1948). Проявляется в форме буквальных ответов на вопросы и просьбы, своеобразием в понимании значения повседневных ситуаций, а также неспособностью воспринимать переносный смысл идиоматических оборотов речи. Одна из особенностей формального мышления состоит в том, что пациенты способны понимать значение представленного как в образной форме, так и в отвлечённом виде, но соединить оба значения они оказываются не состоянии. Иными словами, процессы образного мышления и процессы отвлечённого мышления протекают у пациентов как бы независимо друг от друга. Это видно

из того, что пациенты, с одной стороны, не понимают смысла метафор, а с другой стороны, не могут значение понятий представить в виде адекватных образов.

Вот типичные ответы на вопросы со стороны пациентов с формализмом мышления. «Где вы живёте?» – «Жила». – «Почему жила?» – «Потому что сейчас нахожусь в больнице». На просьбу не спешить с ответами больная говорит: «Я не спешу, я сижу». На вопрос, как относится к ней муж, она отвечает так: «Не знаю». – «Что вы хотите этим сказать?» – «Не знаю, он сюда не приходил». Пациента спрашивают, как он переносит спиртное. Он отвечает: «Как обычно, рюмкой». На вопрос, помногу ли он выпивает, говорит: «По 130 г, пропорционально весу». Вот типичные ответы пациентов о том, как они спят: «С закрытыми глазами… на правом боку… поверх одеяла… с распущенными ногами… на раскладушке… головой к окну… вот так, лодочкой (пациент показывает, как именно, закинув руки за голову)».

На вопрос, как он попал в больницу, пациент отвечает: «Через дверь». На вопрос, чем он занимается в настоящее время, пациент отвечает: «Мёрзну». «Как долго вы живёте с женой?» – «20 лет. Фактически 10 лет, жена через сутки дежурила». «Как вы питаетесь?» – «Как обычно. Сначала жую, потом проглатываю». «Как вы думаете, что вынесете из беседы с нами?» – «Ничего. Сигареты и спички мои». Пациент согласен с диагнозом «на 40 %». – «Почему именно на 40 %?» – «В начале лечения давали по пять лекарств

в день, это 100 %. Потом отменили два лекарства, осталось 60 %. Теперь мне дают только два лекарства, вот и получается 40 %». «Чем вы занимаетесь в настоящее время?» – «Сижу на стуле и отвечаю на ваши вопросы». «Вы курите?» – «Да. Закон такой есть, что мне можно курить, мне исполнилось 18 лет». Другой пациент требует, чтобы с завтрашнего дня домой его отпускали одного, без родителей. «Почему именно с завтрашнего дня?» – «Потому что завтра у меня день рождения, мне исполняется 18 лет». Соседи пациента, по его словам, выразили недовольство тем, что он ходит по подъезду и это будто бы их раздражает. Когда он спросил их, как же ему ходить, те якобы ответили: «Да хоть через окно». С этого времени, действительно, он стал влезать в свою квартиру и покидать её только через кухонное окно. Врачи рекомендовали пациенту с остеомиелитом костей голени «ходить теперь только с костылями». Пациент приобрёл костыли и теперь постоянно носит с собой, ходит на них. Больная считает, что выработала стаж для пенсии и отныне может пойти на заслуженный отдых: «Я 15 лет работала на две ставки». На вопрос, считает ли он себя больным, пациент отвечает: «Да, считаю». – «Почему же вы так считаете?» – «Потому что я нахожусь в больнице». – «А если бы вы находились в таком же состоянии дома, что тогда?» – «Тогда я был бы здоров». «Раз меня лечат, – поясняет другой пациент, – значит, я болен. А два дня я уже здоров, мне перестали давать лекарства». «А вы не спрашивали врача, в чём дело?» – «Нет, за-

чем спрашивать, если я здоров». Свою готовность работать больная оценивает «на 60 %». – «Почему только на 60 %?» – «40 % – это практический опыт, а у меня его нет». Беседу с врачом пациенты рассматривают по-разному неадекватно, но в целом сугубо формально. Это «обмен информацией», «диалог двух людей», «дискуссия», «дружеский разговор», «приятное времяпрепровождение» и т. п. Некоторые пациенты с формализмом пытаются подвести ту или иную ситуацию под какую-нибудь правовую либо нравственную категорию, определяясь со своим отношением к ней. Так, больная находится в разводе с мужем, но проживает с ним в одной квартире. Её беспокоит: «Кто я теперь? Сожительница, любовница или я состою в гражданском браке?». Пациент категорически отказывается идти из кабинета диспансера в приёмный покой больницы, заявляя: «Я – лейтенант запаса, штатские приказывать мне не могут». Когда врач сказал, что он чином выше, пациент тотчас успокоился, послушно взял направление и направился в приёмное отделение. Другой пациент, ранее перенесший скоротечный галлюцинаторный эпизод («шаман сказал мне, что я общался с духами предков»), устраивался на работу в органы внутренних дел, но от стационарного обследования отказался. Когда ему сказали, что своим отказом лишает себя всех шансов получить работу, он огорчённо заметил: «Романтику в наше время не стоит, видимо, и жить».

Формализм мышления проявляется и буквальным пони-

манием значения идиом. Так, пословица «С лица воду не пить» трактуется так: «Лицо… вода… Да, да, пот… ага, понимаю, это пот не пить свой». Пословица «Лес рубят – щепки летят» так: «Как это рубить без щепок, такое невозможно». – «Подумайте, ведь это пословица, она имеет переносный смысл, в ней речь идёт о человеке», – приходит на помощь врач, однако пациент остаётся при своём мнении: «Другого варианта нет, я понимаю так, как уже сказал». Пословицу «Не всё то золото, что блестит» больная он понимает так: «Золото… золото… подумать надо… всё время какие-то проблемы… А, вот оно что: что блестит – не всегда золото». Пословицу «За одного битого двух небитых дают» пациент объясняет так: «Эти два небитых значат не больше, чем один битый». Выражение «Не было бы счастья, да несчастье помогло» больная понимает так: «Сначала было плохо, несчастье, а потом стало хорошо, всё наладилось». Ставрогин в романе Ф. М. Достоевского «Бесы» однажды «странным образом» пошутил с губернатором, тот на балу бахвалился тем, что провести его за нос не сумеет никто во всём свете. Ставрогин возразил на это так: он защемил нос губернатора пальцами и провёл его таким образом по залу на глазах у изумлённых присутствующих. В конце романа, как известно, Ставрогин впадает в психоз и совершает суицид, такой финал кажется вполне закономерным.

Формализм мышления особенно нагляден, если он наблюдается у пациентов с высоким образованием, богатым

жизненным опытом и развитым интеллектом, – о последнем можно судить по анамнезу. В то же время неспособность понимать смысл пословиц обнаруживают и многие здоровые взрослые люди, причём нередко с дипломами об окончании средней и даже высшей школы. При обследовании таких людей обычно выясняется, что им свойственны невысокая успеваемость в учебе, пробелы элементарного знания, узкий кругозор, отсутствие интеллектуальных интересов и самостоятельности в суждениях, скромные возможности обобщать и абстрагировать. Те глубокие мысли, что заключены в пословицах, таким лицам по большей части безразличны и скорее всего малопонятны. При столь ограниченных умственных ресурсах было бы странным другое, а именно если бы они понимали смысл пословиц, исключая, может быть, самые распространённые. Иными словами, это непонимание, по всей вероятности, связано с неразвитостью ума, в особенности отвлечённого мышления. Много таких людей и среди пациентов. В подобных случаях не следует, полагаем, говорить о формализме мышления. Некоторые авторы предпочитают термин «конкретное мышление» и с этим можно, пожалуй, согласиться, но со следующими оговорками. Во-первых, собственно конкретное мышление – это нормальный вариант детского мышления, но вовсе не патология или задержка умственного созревания. Кстати, дети и в большинстве своём подростки не понимают пословиц, и этом нет никакого нарушения. Во-вторых, детям, в отличие

от обладателей конкретного мышления, присущи любознательность, живое воображение, способность легко создавать новые когнитивные структуры. В-третьих, конкретное мышление детей является базой для дальнейшего развития мышления, в нём заложен потенциал умственного роста. В то же время индивиды с конкретным и тем более с формальным мышлением исчерпали потенциал роста либо его навсегда утратили.

Пациенты с формализмом мышления испытывают серьёзные трудности и в понимании значения поговорок – выражений речи с условным смыслом. Поговорки также трактуются буквально. Например, выражение «Намыливать шею» понимается так: «Зачем шею, намыливают верёвку». Выражение «Дать по шапке» – примерно так же: «Это как? Наградить, что ли, или по голове ударить?» Поговорка «Вылететь в трубу» понимается как «Это баба Яга вылетает, а как ещё?», выражение «Отделать под орех» – как «Это мебель обивают под вид орехового дерева» и т. п. Поговорки отличаются от пословиц тем, что в них отсутствует конкретный образ какой-то идеи, так что их понимание не находится в прямой связи с какой-либо операцией мышления, оно заимствуется индивидом из его культурной среды. Индивиду, незнакомому с чуждой ему культурой, трудно понять смысл бытующих в ней поговорок. Иными словами, буквальное толкование поговорок связано скорее с социальной оторванностью индивида, его интеллекта, нежели с формализмом его мыш-

ления. Пациенты, не понимающие смысла поговорок, не воспринимают и не любят поэзии с её языком метафор, юмора, иронии.

В отличие от пациентов с формализмом мышления индивиды с сугубо конкретным мышлением с заданиями на поговорки справляются значительно лучше, нежели с заданиями на пословицы.

6.2. ***Резонёрство*** (фр. raisonner – рассуждать) – утрата способности следовать в рассуждениях определённой цели, опираться на факты и делать, в итоге, конкретные выводы.

Внешне напоминающий резонёрство способ рассуждения нередко встречается у здоровых индивидов. Мышление их в целом не нарушено, они способны рассуждать логично, вполне конкретно, продуктивно, что они и делают в повседневной жизни. Склонность же к общим рассуждениям эти лица обнаруживают в темах, для понимания которых им не хватает ни знания, ни жизненного опыта, но которые для них, обычно идеалистов и романтиков, являются эмоционально значимыми. Иллюстрация. Студентка, 20 лет, откликнулась на статью о проведении в жизнь продуманную культурную политику с целью поощрять проявление лучших человеческих качеств. Вот её слова (приводится с сокращениями): «Мне захотелось высказаться, и я рискнула. Как жаль, что люди уходят из жизни, люди, которые нужны обществу, и это неизбежно… Почему жизнь проделывает с нами такие штуки? Почему жизнь каждого человека не может

быть яркой и красивой? И кто виноват во всех бедах?.. И мне… горько и обидно за то, что… остаются совершенно бесполезные люди, которым нет дела до того, что происходит в мире… Я могу ошибиться, но, по-моему, это слова К. Чапека: «Лучше быть несчастным, только не ничтожным». А ведь он прав… Давайте вместе постараемся избежать этого всего, …поверьте мне, что легче покидать этот мир с уверенностью в благополучном завтрашнем дне». В сказанном ясно: нет ясной цели рассуждения, не приводится каких-либо фактов, не делается никаких конкретных выводов. Есть и склонность к патетике, к самолюбованию. И всё же нельзя ещё считать этот фрагмент текста характеризующим подлинное резонёрство.

Следующая иллюстрация указывает, в чём состоит различие резонёрства и его нормальным прототипом. Молодая женщина устраивается на работу в органы милиции. Почему она это делает, она отвечает врачам-экспертам так: «Я всегда хотела быть юристом. Это пример сильных и мужественных людей. Это необыкновенные люди, которые могут и должны служить государству, служить обществу и людям. Через руки этих людей проходят разные люди, несчастные, исковерканные, они должны их исправлять, защищать». На другой вопрос, отчего же она, педагог с высшим образованием, не желает больше преподавать в школе, отвечает: «Да, дети самые чистые, невинные, искренние создания, они не лгут. Я любила всех детей. Дети есть дети, не любить их невозможно, от

них исходит положительная энергия, и от этого чувствуешь себя прекрасно. Но всё это не моё. Я давно стала вынашивать мысль о работе в органах, с того времени, как с некоторыми детьми начали работать инспекторы по делам несовершеннолетних». О своем характере она говорит: «Я по жизни оптимист. Просыпаюсь, смотрю, как восходит солнце, оно такое тёплое, ласковое, и я поднимаю себе настроение. Значит, на меня будут смотреть, всё у меня получится. Или птичка пролетит, и я радуюсь жизни, я должна радоваться жизни. Надо прожить так, чтобы не было стыдно. Я от всего стараюсь брать положительную энергию. Человек, который работает, счастлив. В материальном плане, в общении, в повышении своего уровня. Работа заставляет жить дальше, заставляет искать выход».

В том, что это резонёрство, убеждает следующее: 1) жёсткая ситуация экспертизы требует точных, конкретных и исчерпывающих ответов, к чему пациентка должна бы подготовиться; 2) ответы с характером рассуждательства даются на конкретные вопросы; 3) она отвечает так не на один, а на все вопросы; 4) фактически эти ответы являются мимо-ответами; 5) такие ответы имеют форму монолога; 6) неадекватность своих ответов индивид не осознаёт, не корригирует. Резонёрство такого рода есть в сущности склонность к многословным и патетическим мимо-ответам в сочетании с нецеленаправленным мышлением. Возможно, что приведённый вариант расстройства следует обозначить специальным

термином, например, ***резонёрство по типу монолога.***

Резонёрство может проявляться несколько иначе. В частности, в виде ***отдельных включений банального рассуждательства*** в относительно последовательные и конкретные высказывания. Например, в виде комментариев: «Ну, такое бывает у всех… Я думаю, что это нормальное явление, тут нет ничего страшного… Я стараюсь об этом не думать, надо настраивать себя на лучшее… Это у меня от самовнушения, это пройдёт, не обращайте внимания… У каждого человека есть шестое чувство… С плохим настроением надо бороться, не поддаваться ему… Настроение может портиться у каждого, такова жизнь… Сны снятся всем, но я не придаю им значения». Каждое такое вкрапление как бы пресекает мысль, которую надо развить. Нередко резонёрство обнаруживается короткими ответами на вопросы. Например: «Скучаете ли вы по детям?» – «Каждая мать скучает по своим детям». «Чем болели вы ранее?» – «Все чем-то болеют, идеально здоровых людей не бывает». «Скажите, какие проблемы на сегодня вас волнуют более всего». – «Проблемы есть у всех. В жизни без проблем не бывает. Проблемы надо решать вовремя, не надо их накапливать или ждать, что их будет решать кто-то другой». По аналогии с резонёрством по типу монолога данный вариант расстройства можно бы обозначить выражением ***короткое резонёрство.***

Существует и такой вариант расстройства как ***мнимоучёное резонёрство,*** что проявляется использованием научной

терминологии. Например: «У мужа Эдипов комплекс, у брата комплекс Наполеона, а у брата мужа мародёрские замашки… У меня повышен уровень тревоги… По характеру я меланхолик, по Гиппократу (или сангвиник, экстраверт и т. п.) … Мой муж алкоголик, жертва научно-технического прогресса, у него гипертрофия интеллекта и атрофия чувств… У отца астенический синдром, а меня беспокоит отсутствие глотательного рефлекса… У меня проблемы с бессознательным… Моё сознание не контролирует бессознательное… У меня ощущение человека, которому отключили сверхсознание… У меня нарушен баланс между положительными и отрицательными эмоциями… Моя мать клептоманка, а у отца дипсомания… Я не люблю свою мать, она нимфоманка… Я чувствую интеллектуальное перенапряжение… Мой отец был садистом, а мать страдала комплексом Золушки… У меня синдром опаздывающего поезда. – ? – Я вечно тороплюсь и всюду опаздываю… У моих родителей синдром опустевшего гнезда… Голова у меня болит от гидроцефалии… У меня что-то не то с абстрактным мышлением… Это у меня наследственное, генотип такой… У меня не в порядке либидо… Я думаю, что это у меня климакс (с ударением на «а»)… Я изъяла у дочери бутылку со спиртсодержащей жидкостью… У меня хроническая неврастения, а у жены инволюционный параноид… У меня статус безработной… У меня нарушено качество сна… После обеда у меня нарушается кислотно-щелочное равновесие в желуд-

ке». На вопрос, не мучают ли его мысли о болезни, пациент отвечает: «Мы, философы, и можем подискутировать на эту тему. Говорят, что ничего не боятся только дураки. Да и что толку бояться? Надо предостерегаться, профилактировать. Бдительность, осмотрительность должны быть, а это диета, режим, адаптация, нормальный цикл сон-бодрствование, высокое качество жизни». Пословицу «Лес рубят – щепки летят» этот пациент объясняет так: «Здесь причинно-следственная связь. Рубят – это причина, а щепки – это следствие». Пословица «Лес по дереву не плачет» толкуется так: «Для любого множества устранение одного элемента не имеет существенного значения».

Наконец, резонёрство может проявляться склонностью к софизмам, упражнениями в построении логических парадоксов, – ***схоластическое резонёрство.*** Например: «Я не существую, но как Ничто я буду существовать вечно… Я не могу говорить ни «да», ни «нет». «Да» и «нет» постоянно меняются местами. Если я скажу «да», то на самом деле это может быть «нет» и наоборот… Как больной я чувствую себя хорошо… Я хорошо себя чувствую, потому что я чувствую себя плохо… Для здорового человека я чувствую себя плохо, а для пациента – просто отлично… Память у меня превосходная, потому что я ничего не забываю, но вместе с тем она и очень плохая, так как я ничего не могу запомнить… Нет, сильно я не устаю, так как у меня вообще нет никаких сил».

Склонность к пустой риторике видна и при толковании

иносказаний, и при изучении операций мышления. Так, выражение «Заглядывать в рюмку» понимается так: «Рюмки, знаете, бывают разные, смотря в какую заглядывать. У медиков, например, своя рюмка, у пьющих – своя. Всё зависит от того, кто и в каком смысле говорит, врач ли, рабочий, бармен, алкоголик или ещё кто. И потом, приложиться к рюмке или заглянуть в рюмку – это две большие разницы. Посмотреть и заглянуть – не одно и то же». На просьбу назвать основные признаки реки следует ответ: «Реки бывают разные, большие и маленькие. И текут они одни с севера, другие – с юга. Есть чистые реки, как Ангара, а есть и мутные, грязные. Большинство рек загажено, отравлено нечистотами и промышленными стоками. Человечеству пора об этом задуматься, назревает водный кризис, да и наш организм на 80 % состоит из воды». Отличие озера от пруда пациент находит «Очень условным. Тут больше сходства, чем отличий, и отличия очень относительны. Есть большие озёра и маленькие, также и пруды. Состав воды тоже бывает разным. В горных озёрах, где редко появляются люди, вода, конечно, чище. Но опять же в них не водится рыбы, нет другой живности. А пруд – это живой природный организм». Общее в группе «Глаз, ухо, нос» усматривается в том, что это «органы, расположенные на голове. Но главное не это, важнее другое – все они взаимодействуют друг с другом. Слепые, говорят, видят кожей, а глухие слышат глазами. А потом слышать и слушать, смотреть и видеть – это разные ве-

щи». Лишнего в группе «Кошка, собака, рысь, корова» нет, по мнению пациента, ничего: «Кошки да и собаки тоже бывают дикими, а рысь можно приручить, как и корову, только это никому не приходит в голову. Всё условно и относительно, нет ничего абсолютного. Есть только слова, вот они-то и отличаются друг от друга. А за словами нет ничего определённого, один туман. Люди играют словами, как дети играют в кубики. Есть, как говорит Шопенгауэр, только воля и представление, мир бесплотных сущностей, но и они химеры, порождение человеческой фантазии». Иными словами, подлинное резонёрство сочетается обычно с расстройством операциональной стороны мышления, неясностью понятий и нарушениями логики.

Представленные варианты резонёрства обычно встречаются у пациентов с шизофренией. Как полагают психологи, оно обусловлено особенностями личностно-мотивационной сферы пациентов. Некоторые исследователи описывают резонёрство у пациентов с эпилепсией, олигофренией, органическими повреждениями головного мозга (Блейхер, 1995), указывая, что в таких случаях оно носит компенсаторный характер.

4. Нарушения логики мышления

В этом разделе представлены нарушения в сфере понятий, суждений и умозаключений, а также такие клиниче-

ские феномены, как разорванность мышления, бессвязность мышления, тангенциальное мышление, лабиринтное мышление и паралогическое мышление.

1) **Расстройство понятий.** Е. Блейлер указывает, что существуют значительные отличия в том, «какое из чувств занимает первенствующее значение» в образовании понятий: зрительное, слуховое или двигательное. Повидимому, он имеет в виду конкретные понятия, содержание которых непосредственно связано с чувствительной сферой. Формирование простых понятий, указывает он, может быть нарушено у слепых и глухих от рождения, при ограниченных мозговых поражениях. Понятия у «идиотов, – продолжает он, – не отходят далеко от восприятия органов чувств», «идиоты и имбецилики только не образуют сложных отвлечённостей и часто абстрагируют неверно». Так, «идиоту доступны понятия «отец» и «мать», но не понятие родителей», он не отличает главного от второстепенного. Затруднения в понятиях Е. Блейлер рекомендует отличать от затруднений в речи. Хорошее умение говорить и одновременно с тем недостаточность понятий он обозначает термином ***высшее слабоумие***, отмечая, что представители его могут не только создавать ложное впечатление о силе своего ума, они «иногда играют большую роль» в обществе. Автор приводит в пример известного «целителя силами природы», который, однако, был не способен разграничить понятия «противоположность» и «различие», «здоровье» и «чувство здоровья». «В

трудных материях, – подчёркивает Е. Блейлер, – такая путаница понятий может случиться и с очень умным человеком». «Столь частые в дедуктивных науках «соскальзывания» тем и объясняются большей частью, что два несколько разных понятия связываются общим термином и потом считаются за одно», – говорит он. У здоровых лиц и у пациентов символы могут замещать понятия. Так, «огонь любви» представляется как настоящий огонь и жжёт больную. Сильно «передвигают» понятия психозы. Путём сгущения создаются новые понятия, при шизофрении понятия мыслятся неполно, часто не различаются или могут подменять друг друга. Факт уничтожения понятий при психозах, полагает Е. Блейлер, не доказан. «Вообще говоря, – заключает автор, – аномалии в образовании, сохранении и изменении понятий ещё очень недостаточно изучены». Это же справедливо не только понятий, но и суждений и умозаключений и в настоящее время.

Картина расстройства понятий может быть представлена так.

1. ***Неадекватность объёма и содержания понятий*** – включение в понятие каких-то случайных признаков либо, напротив, исключение необходимых. Расстройство относится к разным типам понятий – от конкретных до абстрактных. Понятие о кирпиче пациенты описывают как: «Из кирпича можно строить» и «Кирпич состоит из глины и песка». В понятии «Город» выделяется «Много высоких домов и есть заводы» или «В городе широкие улицы и есть театры». Или по-

нятие «Научный семинар» воспринимается как «секта», так как «Многие секты начинают с обсуждения в узком кругу каких-то научных проблем». И т. д. В итоге меняются объёмы понятий и сфера их приложения, что особенно характерно, по-видимому, для психиатрических пациентов.

2. ***Нарушение тождества понятий*** – различение идентичных понятий по каким-то несущественным признакам. Например, текст на бумаге – «это книга», но тот же текст на магнитном носителе – «это диск», не имеющий с книгой ничего общего.

3. ***Нарушение соподчинения понятий*** – восприятие одного понятия, включённого в состав другого, как не связанного со вторым. Например, группа лиц с общими политическими взглядами, то есть партия, выводится из состава понятия «народ», ей могут даже присваиваться обособляющие названия.

4. ***Нарушение различения пересекающихся понятий*** – восприятие понятий с общими признаками как одинаковых либо как совершенно разных. Например, «страна» и «государство» либо отождествляются, либо разводятся в разные стороны: «Это одно и то же» или «Это две большие разницы, государства уходят и приходят, а страны остаются».

5. ***Нарушение различения полярных понятий*** – противоположные понятия разграничиваются так, что они не включаются в состав другого, общего для них. Так, пациент не может указать понятие, включающее в себя такие поня-

тия, как «любовь» и «ненависть», «умножение» и «деление», «дружба» и «вражда».

6. ***Редукция понятий*** (лат. reductio – возвращение, отодвигание вниз) – отождествление содержания сложного понятия с содержанием более простого понятия, низведение сложного к простому или нормального к анормальному. Например, понятие «Любовь» пациент считает идентичным таким понятиям, как «Секс», «Условный рефлекс», «Любовная аддикция»; «Гениальность» он приравнивает к «Сумасшествию», а «Интеллигентность» – к «Мечтательности» или «Нерешительности» и т. п.

7. ***Компликация понятий*** (лат. complicatio – запутанность, осложнение) – обеднение содержания сложного понятия да запутанной степени, лишающей его смысла. Например, «Разум» понимается так, что им наделяются другие живые существа. «Любят» и «Ненавидят», как выясняется, не только люди, то же умеют делать и животные; плоды болезненного воображения принимаются за нечто гениальное, а сочинение параноика – за выдающееся научное открытие или художественное событие. Таким же образом происходит идеализация какого-то человека, так что средняя личность наделяется необычными качествами, делается «кумиром», «звездой».

2) **Расстройство суждений**. Существует, предположительно, несколько разных видов нарушения суждения.

1. ***Снижение уровня суждений***. Имеется в виду способ-

ность индивида формулировать некие суждения относительно конкретных объектов, их групп, природных объектов, отвлечённых понятий или идей. Так, пациент теряет способность судить о содержании книг, о ценности произведений искусства, об обоснованности научной гипотезы. С другой стороны, уровень суждения может быть снижен в том, что касается логического предиката. Например, можно сохранить способность верно судить о наглядных или операциональных свойствах объектов, но утратить её по отношению к абстрактным свойствам.

2. ***Нарушение диапазона логических предикатов***. Например, пациент рассматривает собственные суждения как всегда «правильные», а суждения других людей – как исключительно «неправильные», промежуточных вариантов у него просто нет. Это ***альтернативное мышление***, т. е. мышление по принципу «да» и «нет». Он может не различать таких предикатов, как «более вероятно» и «менее вероятно», «правило» и «исключение», «общее» и «частное» и т. п. Так, если кто-то ошибся, в глазах пациента становится «дураком», «идиотом» или просто «ненормальным», с мнением которого считаться не следует.

3. ***Подмена логических предикатов***. Например, «убедительное» смешивается с «верным» или «истинным». Так, внушаемый пациент, слушая доводы разных людей, последовательно соглашается с каждым из них, все они, как ему кажется, говорят абсолютно верные вещи, правда, совершенно

несовместимые одна с другой и по очереди, так что правым окажется тот, кто сказал что-то последним. Иными словами, истинное для него есть то, в чём смогли его убедить другие люди.

3) **Расстройство умозаключений**. Здесь также встречается несколько вариантов нарушения.

1. ***Нарушение подбора посылок***. Например, в индуктивном силлогизме за истинную принимается ложная посылка, отчего частные выводы могут быть только неверными. Такова, к примеру, посылка «Веселье проявляется смехом». Если частной посылкой является «Иван смеётся», то возможный вывод («Ивану весело») будет ложным. Если частной посылкой будет «Ивану весело», то и другой вывод («Иван смеётся») также будет ложным. Неверным может быть и подбор частных посылок в дедуктивном силлогизме. Например, «Иван любит бананы, Иван – человек, следовательно, все люди любят бананы».

2. ***Нарушение вывода из посылок***. Например, «Иван ревнив, Иван – поэт, следовательно, все ревнивцы поэты или все поэты ревнивы». Способность к умозаключениям может быть проверена несложным опытом: индивиду предлагают ложный силлогизм с тем, чтобы он определил адекватность вывода и, если он находит его неверным, указал на скрытую в нём ошибку.

Основная клиническая проблема состоит не в том, чтобы выявить нарушения логики мышления, а в том, чтобы

установить причины таких нарушений, – нормальны ли они или связаны с психопатологией. Предположительно, основными признаками болезненности нарушений логики являются следующие: 1) такие ошибки не поддаются психологической коррекции; 2) пациенты не способны осознавать факт нарушения логики; 3) пациенты сопротивляются попыткам окружающих помочь им найти и исправить логическую ошибку; 4) ошибки неизменно повторяются, даже если это влечёт очевидные негативные последствия.

В числе важнейших психических нарушений, при которых нарушается логика мышления, обычно упоминаются бред, сверхценные образования, господство нереалистических форм мышления, аффекты, кататимические комплексы, слабоумие. В клинической практике обычно выделяются грубые нарушения логики мышления, сравнительно лёгкие обычно остаются без внимания.

4) **Разорванность мышления**, **deraliment** (лат. de – частица отрицания, англ. ralli – сбор, слёт), ***атаксия мышления*** (греч. ataxia – беспорядок) – расстройство связности или логики мышления и одновременно с тем сохранение грамматического строя речи, обеспечивающую связь между словами сказанного.

Расстройство впервые описал Ф. Рабле в своём романе «Гаргантюа и Пантагрюэль» (1564). Писатель пародирует здесь речь Нострадамуса, товарища по университету. Истец на судебном процессе заявляет: «Итак, принимая в рассуж-

дение, что в прагматической санкции не содержится на сей счёт никаких указаний и что Папа предоставил свободу пукать сколько угодно, то, если не исцарапать холста, как ни бедствовали бы люди на свете, лишь бы никто не подписывался под похабством, а уже радуга, только что отточенная в Милане для того, чтобы выводить жаворонков, со своей стороны изъявила желание, чтобы служанка вывихнула себе бёдра по требованию маленьких икроносных рыбок, которые именно с тех пор и были признаны необходимыми для понимания конструкции старых башмаков…».

Ответчик, в свою очередь, парирует обвинение истца: «Ныне, однако же, род людской сбили с толку лестерские сукна: кто загулял, кто пять, четыре и два, и, если только суд не вынесет надлежащего решения, придётся ему и в этом году зубами щёлкать, так что он будет вынужден пуститься, а может быть, он уже и пустился во все тяжкие. Если какой-нибудь несчастный человек идёт в парильню натереть себе рожу коровьим калом или смазать на зиму свой сапожок, а полицейские и дозорные получают питательный отвар из клистирной трубки или же кишечные извержения из судна, подставляемого к их музыкальным инструментам, то значит ли это, что дозволяется обрезать края у серебряных монет и поджаривать деревянные…».

Клинические иллюстрации.

1. Пациент К. Ясперса сообщает: «В силу аналогичных и естественных причин я открываю тебе, что я сдал различные

экзамены, основывающиеся на последних достижениях нашего времени и соотносимые со всеми естественными правами свободы. Помощь самому себе всегда самая дешёвая и лучшая. Мы знаем, что такое национальная гордость, и я знаю, о какой чести идёт речь, а что такое знание в узком смысле – это моя тайна. Будь внимателен к моему делу, связанному с нижеизложенным. Глаз и рука – за Родину. Таким образом, моё дело следует воспринимать округло. Этим я хочу сообщить тебе, что здесь я уже известен как первый прокурор».

2. Пациент отвечает на вопрос, что такое «голоса»: «Голоса – это взаимное понятие дорожки в воде. Голоса мы сопоставляем как связки своих рук с руками руковых рук. Надо беречь правую руку, так как там находятся сплетения пишущих устройств, которые всё слышат и понимают. Без отопления голоса будут замкнуты, получится звезда, которая будет закрыта танковым шлемом, как у вас в атаке. Это и требовалось доказать Чувашову на мусорной яме бритвенным прибором эстонии на столе. Она была на потолке и шла гулять как бы за анютиными глазками. Причина и явление электрических следов, нарисованных на предмете страны, являются выходом на работу воздуха с клапаном без понимания цилиндра».

3. На вопрос о самочувствии пациент сообщает: «Мои младшие штабные офицеры – это часовые Солнца, затем моя жена – Земля, затем я сам – тюрьма, конвой, смерть. Это я

сам в скромности, это мне не нужно. Во-первых, я не заинтересован ни в какой жизни, я контролирую всё, все миры, бываю на разных планетах, но сам я оттуда ничего не беру, а только смотрю за порядком. Значит, я не виновен по отправке тех лиц под конвоем к Шах Аббасу Чингисхана в карьер Кинак. Солнце – это тоже разведчик, шпион, мой младший офицер, это генерал-часовой».

Отметим, что знаки препинания в разорванной речи исследователи расставляют произвольно – пациенты не делают логических ударений. Ускорения речи обычно не наблюдается.

Из приведённых примеров видно, что вопросы к пациенту некоторое время могут фигурировать в его речи, возможно, в силу персеверации. Узнать у пациентов, что побуждает их отвечать, обычно невозможно. В разорванной речи иногда встречаются фрагменты вербигерации. В содержание некоторых высказываний включены остатки бредовых идей, в особенности бреда величия. Это может указывать на то, что развитию разорванного мышления предшествует бред фантастического содержания, то есть бредовый вариант аутистического мышления. Как правило, пациенты способны понимать обращённую к ним речь, об этом можно судить по тому, что они выполняют просьбы что-либо сделать. Они одинаково реагируют как на осмысленную речь, так и на бессмысленные вопросы.

Характерно, что практическое мышление, в отличие от

вербально-логического, сохраняется в удовлетворительном состоянии. Например, пациент с полностью разорванным мышлением успешно выполняет обязанности загулявшего кладовщика больницы, аккуратно принимает на склад продукты, скрупулёзно выдаёт их по отделениям, исправно ведёт учётную документацию. Пациенты, похоже, не сомневаются в том, что окружающие вполне понимают их бессмысленную речь. Разорванность касается, повидимому, лишь внешней речи. Внутренняя речь, с которой связано адекватное поведение, страдает в меньшей степени. Разорванность мышления касается не мышления вообще, в основном страдает образное и логическое мышление.

Разорванность мышления проявляется в разных вариантах.

Вышеописанный вариант разорванности мышления проявляется монологами бессмысленной речи – ***шизофазией*** (греч. schizo – раскалывать, расщеплять, разделять, phasis – речь). Шизофазия первоначально описана Е. Крепелиным (1913) как особая форма шизофрении, при которой разорванная речь сочетается с повышенной речевой активностью, внешне упорядоченным поведением, пониманием назначения предметов и относительной контактностью пациентов. Позднее некоторыми авторами шизофазия рассматривалась как этап течения параноидной шизофрении (Вроно, 1953).

В некоторых случаях шизофазия проявляется разорван-

ностью только или преимущественно в письменной речи – ***шизография*** (Levi-Valensi и др., 1931). Длительность монологов шизофазии может продолжаться часами. Толчком к разорванности служат обращение к пациенту с вопросом, звуки посторонней речи, появление в его поле зрения какого-то человека. Иногда пациенты разговаривают с животными и изображениями людей. Некоторые пациенты говорят также наедине с собой, возможно, с воображаемым собеседником. Реакцию собеседника на свою речь пациенты не принимают во внимание. Сами они вопросов не задают, во всяком случае, по интонациям трудно определить форму их речи: вопросы это, ответы, просьбы или что-то иное, хотя эмоциональная тональность может изменяться. Неизвестно, страдает ли речь в сновидениях. Степень разорванности мышления может колебаться в широких пределах. В тяжёлых случаях она проявляется полной логической бессвязностью слов.

Иногда фрагменты ***полной разорванности перемежаются с эпизодами более или менее осмысленной речи***. Так, больная на вопрос о только что упомянутых ею карликах отвечает: «А, карлики. Почему карлики? Страшилки, кадрики, я себя убеждаю, что это кино. Дети любят фильмы ужасов, только они их прореживают. Облака порой страшные, свет не выключаю, а когда женщина прошла, я пила валерианку и Кватера. Сказали, что я бормотала во сне, видела снег и глаз. У меня самовнушение сильное, в детстве я заи-

калась, но бессонница проходит быстро, и я засыпаю. Снились сегодня крысы, неприятные, крысы приятными не бывают. Вздрагиваю во сне, но я бухгалтер, всё стараюсь смехом, принимаю соляной душ, а память с детства плохая, я всегда зубрила».

На просьбы повторить или уточнить сказанное пациенты отвечают охотно, но столь же непонятно. Качество ответов не меняется в зависимости от того, начало это беседы, продолжение или её завершение после долгих и бесплодных попыток добиться хоть какого-то конкретного результата. Считается, что разорванность мышления встречается только у пациентов с хронической шизофренией. В остром психотическом состоянии с психомоторным возбуждением могут наблюдаться нарушения мышления с многоречивостью, подобные, но не идентичные разорванности.

Другой вариант разорванности мышления – ***миморечь*** (мимоговорение, мимо-ответы, иррелевантные ответы). Пациенты обычно сохраняют способность к диалогу и к ***полилогу*** (разговору с несколькими людьми в одно и то же время). Они способны понимать смысл обращённых к ним вопросов, во всяком случае, после нескольких повторений вопроса пациенты могут всё же ответить на него по существу. Основной признак миморечи – это ответы в иной, чем задан вопрос, логической плоскости. Ответы относительно коротки, чаще всего они содержат одну-две фразы. Сами по себе фразы могут формулироваться правильно, однако они могут

быть и бессмысленными. Пациенты отвечают без промедления, первым, что приходит им в голову, не задумываются над ответами, не поправляют ошибок, не стараются, чтобы их поняли, не переспрашивают, верно ли они поняли вопрос, и не беспокоятся о том впечатлении, какое их ответы производят на собеседника.

Иллюстрации. На вопрос о том, какие кошмары она имеет в виду, больная отвечает: «Не всегда», – и на этом умолкает. На повторный вопрос о том же она говорит: «Холерики чутко реагируют на лунное притяжение». На вопрос, общителен ли он, пациент отвечает: «Я общаюсь с теми, кто визуально мне приятен». На повторный вопрос о том же он говорит: «Общение не всегда бывает мне приятным». На вопрос, почему он не согласен на лечение, он говорит: «Я – частник, имею собственную квартиру». – «Простите, при чём тут квартира?» – «Эта квартира досталась мне от отца». «Вам тяжело сейчас разговаривать?» – «Да, железо тяжело». «Как вы себя чувствуете?» – «Тюрьма – школа науки, работы и жизни трактора». «Скажите, сколько будет дважды два?» – «Надо доказать запятой» и т. п. Нередко мимо-ответы перемежаются с правильными. В таких случаях, вероятно, следует говорить о разноплановом мышлении.

Мимо-ответы могут быть связаны не только с разорванностью мышления, но и с другими причинами. При выраженной истощаемости внимания на вопросы в начале беседы пациенты отвечают обычно правильно. По мере утом-

ления паузы между вопросами и ответами удлиняются, ответы делаются многословными, неточными. Пациенты осознают, что страдает качество их ответов, уточняют их, при этом могут путаться ещё больше. Позднее некоторые просят повторной аудиенции, чтобы пояснить сказанное ранее. При отвлекаемости внимания пациентам мешают случайные мысли и воспоминания, отчего в правильные в целом ответы могут включаться посторонние ассоциации. Неточными могут быть ответы пациентов с тугоподвижным мышлением, особенно если беседа быстра для них, им нужно время для понимания вопроса и ответа. Пациенты с эгоцентрическим мышлением часто не выслушивают до конца тот или иной вопрос. Им кажется, что они его поняли хорошо. Нередко они перебивают собеседника, отвечая не на его вопрос, а на собственный. Дементные пациенты иногда отвечают не на вопрос, который они не понимают, а на интонацию обращённой к ним речи.

В некоторых случаях в ответах на вопросы встречаются оговорки, в которых озвучиваются какие-то сдерживаемые до поры мысли или которые связаны с малоизученными нарушениями речи, когда вместо нужных слов и фраз пациент произносит совсем другие и не всегда сам это замечает.

Известны, наконец, ***истерические мимо-ответы***. Пациенты понимают значение обращённых к ним вопросов, отвечают на них в той же логической плоскости, но делают это не просто неправильно, а нарочито нелепо, демонстративно со-

провождая свои ответы столь же нелепыми мимо-действиями и мимикой недоумения. Цвет снега, например, у пациента будет красным, синим, любым, но только не белым; следующий за январём месяц окажется каким угодно, но только не февралём; а произведение два на два – но никак не четвёркой. Такой пациент не может зажечь спичку, правильно взять карандаш, надеть рубашку, как если бы он забыл, как выполняются такие действия.

Наконец, третий вариант атаксического мышления проявляется ***стереотипиями фрагментов разорванной речи***. Так, больная в ответах на вопросы повторяет одну и ту же фразу: «Я женщина, адвокат, стрижена бобриком, на почве атеросклероза правой рукой не могу писать, левой ногой не могу ходить». Такие стереотипии могут указывать на атрофическую палилалию (типичную, как считается, для болезни Пика), а также на явления кататонии. В подобных случаях трудно решить, имеет ли место собственно нарушение мышления или нарушается речь пациентов.

5) **Инкогеренция** (лат. in – частица отрицания, cohaerentia – сцепление, связь), или бессвязность мышления (отсутствие ассоциаций, по Мейнерту; распад сознания, по К. Ясперсу; астеническая, адинамическая ассоциативная спутанность, по В. П. Осипову) – распад ассоциативных и смысловых связей в мышлении, а также разрушение грамматических структур речи. Типичны хаотический набор отдельных слов и осколков фраз в речи, отсутствие ре-

акции на речь окружающих, беспорядочная смена эмоциональных проявлений и некоординированные движения в виде гиперкинезов. Другими словами, это расстройство связности не только мышления, но также речи, действий, эмоций и восприятия. Инкогеренция свойственна аменции (Meinert, 1881) – состоянию острой спутанности сознания.

6) **Тангенциальное мышление** (лат. tangens – касающийся) – путаное, неясное мышление, аморфное мышление, нецеленаправленное мышление, расплывчатое мышление – непоследовательность мышления с утратой его направления и постоянные переходы мысли из одной логической плоскости в другую. Тангенциальное мышление проявляется тем, что, развивая вначале одну какую-то тему, пациент вскоре о ней как бы забывает, переходит на другую, третью и так далее, пока не останавливается сам. Расстройство может проявляться преимущественно в письменной речи. Е. Блейлер связывает его природу с «отсутствием целевых представлений». «Часто получаешь письма от больных, – говорит он, – где всевозможные вещи описываются из окружающей обстановки, даже надпись на их ручке; но ни читатель, ни сам больной не знают, зачем пишутся эти банальности». Е. Блейлер подчёркивает, что «отсутствие цели сказывается отсутствием аффективного тона», то есть оно не связано с маниакальной скачкой идей. Автор иллюстрирует расстройство следующим текстом из письма пациента: «Во время новолуния Венера стоит в августовском небе Египта и освеща-

ет своими световыми лучами гавани купеческих путей Суец, Каир и Александрию. В этом историческом знаменитом городе калифов находится музей ассирийских памятников Македонии. Там растут наряду с Писан, колонны маиса, овёс, клевер и ячмень, также бананы, фиги, лимоны, апельсины и маслины. Масличное масло – это арабский ликёр соус, посредством которого афганцы, мавры и мусульмане занимаются разведением улиц… Браманы живут в ящиках в Беладжистане. Черкесы населяют Манчжурию Китая. Китай Эльдорадо павна».

Отвечая на вопросы, пациенты вначале говорят по существу, но спустя минуту-две отклоняются от темы, постепенно уходят далеко в сторону, так что не могут вспомнить ни первоначальной темы, ни того, о чём начали говорить, не могут также объяснить, с какой целью они продолжали свой рассказ далее. Их речь, если её не перебивать, приближается к монологу, такие монологи могут длиться десятки минут. Иногда на вопрос, зачем они так долго всё рассказывали, они на некоторое время задумываются и затем могут ответить, что им захотелось «выговориться», «поговорить», «исповедаться», ведь ранее их так внимательно не слушали. Они ещё осознают, что бесцельной речи быть не должно.

Беседа с пациентами, если её не контролировать, обычно лишена полезной информации. В своей речи они не удерживаются в определённых временных и пространственных рамках, свободно перемещаясь из настоящего в прошлое или из

одной обстановки в любую другую. Они перемешивают воспоминания с текущими впечатлениями и представлениями о будущем, описания происшедшего со своими чувствами по совсем другому поводу, желания с опасениями, свои суждения с чьим-то чужим мнением, в результате чего их речь напоминает сходство со грёзами и сновидениями.

Следует отметить, что собственно речевой напор, когда речь пациентов трудно или невозможно остановить, отсутствует. Они достаточно чутко реагируют на знаки собеседника, указывающие на его намерение прервать их речь. Точно так же они быстро переключаются на другие вопросы, показывая тем самым, что ригидность мышления им не свойственна. Темп речи при этом обычный, этим она отличается от ускоренной речи маниакальных пациентов.

Иллюстрации. 1. На вопрос о самочувствии пациент сообщает: «Сильных жалоб нет, так, одна косметика. Бывает слабость, усталость, но это, я думаю, бывает у всех. У моего знакомого с астенией нашли рак лёгких, а ведь он не курил. Борьба с курением, по-моему, это идиотизм, так как она одно запугивание. Я в детстве курил. Отец заставил раз меня накуриться до рвоты, родителям надо же воспитывать своих детей. Болезни идут от дурости, умные не должны болеть. Хорошие люди умирают рано. А дураков не жалко, дураки вечны, они проживут и так. Медицина тут бессильна. Врачи, я слышал, даже шутят: будем лечить или пусть живёт. Тётка моя так в дурочке и померла, она сошла с ума. Персонал

в психушках тоже чокнутый, тут больные лечат больных. А я думаю, что это больные лечат теперь нормальных людей, а не наоборот. Главное – это считать себя здоровым. Зачем думать о плохом, волноваться попусту, эмоции укорачивают жизнь. Важнее всего покой и созерцание. И питаться надо хорошо, в меру. Я лично вегетарианец, мяса не ем. Это всё равно что питаться мертвечиной. Звери ни в чём не виноваты, зачем их убивать. Терпеть не могу женщин в мехах, они или убийцы, или за то, чтобы убивать животных. Самые жестокие из нацистов – это женщины. В Питере ходил в музей, было интересно, как пытали людей раньше. Многие одеваются в чёрное, любимый цвет убийц и садистов. Кто хочет умереть, любит убивать. Есть, говорят, картина, чёрный квадрат, это знак смерти. А почему квадрат, есть только пустота, ноль. Или круг, всё идёт по спирали, повторяется. Я всё время вижу один и тот же сон, я там старый и нищий, роюсь в мусорных баках и питаюсь отбросами. Сны не врут, я знаю, что так и умру, а тут, в больнице, снов у меня уже нет. Мне нравится здесь, хорошо кормят, люди симпатичные. Отращиваю себе бороду, поправился, стали завиваться волосы, а лекарства я стараюсь не пить, отдаю их наркоманам. Мне хотят дать инвалидность, потом выпишут на свободу…» На просьбу вспомнить, о чём, собственно, был вопрос, пациент говорит: «Что-то о страхах? У меня нет страхов, с детства ничего не боюсь. Люди боятся, чего не знают, а я не знаю, чего боюсь…» На вопрос, не тяготит ли его

пребывание в больнице, пациент отвечает: «Всё познаётся в сравнении. Больница как больница, в тюрьме хуже. Здесь у меня появилось желание заняться научной работой с полупроводниками, чтобы понять самого себя…» Пословицу «Лес по дереву не плачет» он объясняет так: «Одно дерево… лес… Лес плакать не будет, он может пожертвовать деревом. Если перенести эту пословицу на мир людей, то можно пожертвовать человеком, так как в лесу много деревьев. Общество не волнует судьба одного человека. Вы как относитесь к терактам? Лишь бы кого близкого не убили, так? У Сталина как было: убийство одного человека – это преступление, убийство миллиона – это статистика. Люди несовершенны, их не волнует, что есть экологические проблемы, идёт потепление и нет ничего вечного под Луной…». 2. Другой пациент на тот же вопрос отвечает так: «Самочувствие хорошее, ем по две порции каши. Никаких жалоб нет, в больнице полежал, седой волос появился. Все таблетки, какие тут дают, принимаю, больной должен лечиться, если он находится в больнице. В 1971 году лечился инсулином и голодом. Дома помогаю матери, ношу воду, летом хожу с родителями на сенокос. Учился в университете на факультете журналистики. Сейчас думаю написать книгу о психиатрической больнице. В аптеку хожу сам, покупаю себе аминазин и мепробамат. В больнице в Юбилейном работал в мастерских, человека, как говорят классики материализма, создал труд. Без труда личность деградирует, человек превращается в животное. Явля-

юсь корреспондентом газеты, работаю в леспромхозе художником. Уже 9 лет и 11 месяцев не пью водку, вино и пиво, никогда не курил. В детстве сочинял стихи. Я гуманитарий, у меня по русскому были в школе одни «пятёрки». Жениться не собираюсь, половая жизнь меня не привлекает. Мечтаю побывать у египетских пирамид в том месте, где Наполеон воодушевлял свою гвардию…» Как видно из рассказов пациентов, прошлое он не отделяет от настоящего, он блуждает во времени и в пространстве, переносится в разные места (дом, больницы, университет, Египет), объединяет занятия, т. е. смешивает разные впечатления в одно сновидное образование.

Неясное мышление характеризуется и другими деталями.

1. Обнаруживаются как бы пропуски, пустоты между отдельными мыслями, это как бы невысказанные мысли. Такие пробелы в высказываниях, действительно, существуют и возникают по разным причинам. Так, больной сообщает: «Мужики стали говорить мне, что я начал говорить загадками, не доводил мысль до конца. Обижались, что не могли меня понять. А я говорил, потом останавливался, а мысль продолжалась дальше. Я думал, что им понятно всё и так, они знают, о чём я думаю, зачем было говорить». Этот ***симптом умолчания мыслей*** является, предположительно, психологическим предшественником психотического ***симптома открытости мыслей***, когда собственные мысли пациент воспринимает как известные кому-то из окружающих

лиц. 2. Время от времени появляются совершенно не относящиеся к делу воспоминания – ***симптом лишних воспоминаний*** (Мазуркевич, 1949). Такие воспоминания часто не имеют связи с теми мыслями, после которых они появляются. Вероятно, это механические ассоциации, возникающие по правилу смежности и внешнему сходству. Например, вторая мысль, сменяющая первую, имеет с ней то общее, что обе они привязаны к одному какому-то времени или случайно оказались в связи с одной и той же ситуацией. Что касается сходства, то оно может быть не между содержанием высказываемых мыслей, а лишь между звучанием обозначаемых их слов. В этом плане заслуживает упоминания ***симптом омонимии***, когда направление движения мысли изменяется от слов с одинаковым звучанием, но с разным значением. Например, от слова «бабки» мысль может пойти в одном из четырёх направлений: в сторону денег, старушек, лошадей или игры с применением костей («бабок»). При слове «банка» мысль может направиться к «банку», «банкету», «банкиру», «банкомату» или к игре, где можно «сорвать банк». 3. Гораздо важнее, по-видимому, ***неясность понятий, включение в них иррелевантного содержания***, отчего слова связываются как бы случайным образом. Это наглядно демонстрируют пиктограммы пациентов. Так, на слово «справедливость» пациент рисует ракету. На вопрос, почему именно ракету, пациент отвечает вопросом: «А какая разница между космонавтом и Хрущёвым?» – «Какая?» – «Космонавты

полетели 12-го числа, а Хрущёв – 14-го». – «Да, но в чём же тут справедливость?» – «А справедливость в том, что полетят новые космонавты». В ответ на просьбу нарисовать «тёплый ветер» он изображает нагую женщину. Его объяснение таково: «Солнце и ветер поспорили, кто разденет женщину. Ветер дул, дул и сдунул только косынку. Солнце пригрело, и женщина разделась. Так выпьем за тёплое отношение к женщине!». 4. Неясное мышление может быть связано с наложением одной мысли на другую – ***симптом агглютинации*** (лат. agglutinatio – склеивание) или ***контаминации*** (лат. contaminatio – смешение). При этом каждая из «склеивающихся» мыслей озвучивается лишь частично. Например, произносится фраза: «Пойди за табуреткой и закрой форточку». На самом деле она означает следующее: «Пойди на кухню, возьми там табуретку и закрой форточку в спальне». 5. Аморфное мышление не есть некое изолированное от других нарушений мышления расстройство. Анализ речи пациентов ***показывает наличие различных других нарушений***: резонёрства, формализма, констатирующего и конкретного мышления, разноплановости, неравномерности темпа мышления и др. В описанном варианте оно свойственно большей частью пациентам с шизофрений. Ценность симптома состоит в том, что он появляется на относительно ранних этапах течения заболевания и обнаруживает тенденцию к трансформации в разорванное мышление.

Е. Блейлер рассматривает данное нарушение как «рас-

плывающуюся ассоциативную структуру». На утрату определённого целевого представления указывают также Э. Крепелин (1910), О. Бумке (1925), К. Шнайдер (1930), другие исследователи. К. Шнайдер причиной аморфного мышления считает актуализацию «элементов заднего плана», отчего оно становится «расширяющимся», «охватывающим всё и вся». По мнению E.Stransky (1914), в основе этого нарушения лежит ***интрапсихическая атаксия*** – утрата координации между процессами мышления и эмоциями. К.Kleist (1934) описывает сходное нарушение мышления при поражении лобных долей головного мозга, называя расстройство пассивным алогическим мышлением. В своих исследованиях А. Р. Лурия подтверждает мнение К. Клейста, указывая, что аморфное мышление является специфическим признаком лобного повреждения.

7) **Лабиринтное мышление** (греч. labyrinthos – здание с запутанными ходами, из которого трудно найти выход) или, что то же самое, ***турбулентное мышление*** (лат. turbulentus – беспорядочный, вихревой, перемешивающий жидкость до самых её глубин) – нарушение связности мышления, обусловленное застреванием мыслей на ряде сильно угнетающих пациента проблемах, – двух и более. При этом пациент в своём сообщении с одной проблемы переключается на другую в совершенном беспорядке. Больная сообщает: «Я в органах работаю давно, больше 20 лет. До сих пор не могу простить себе, что когда-то допустила ошибку на работе, – я не

закрыла дело, о чём как-то совсем забыла. Поэтому по сей день я нахожусь в звании капитана. Я сама отказалась от повышения, таких ошибок не прощают. Я хорошо знаю свою работу, любое дело, которое я вела когда-то, помню до мелочей. Сотрудники чуть что бегут ко мне, помоги, дескать. Говорили, что я – ходячий справочник. Я всем помогала, никому не отказывала, а свою работу брала на дом, делала её по ночам. Я дотошная на работе, у меня всё продумано, всё лежит на своём месте, находится в порядке. Я прямолинейная, что думаю, то и говорю, не умею кривить душой. За это меня не любили ещё в школе. Потому не умею строить отношения с начальством, подстраиваться под него. По натуре я не боец. Иногда думаю, написать бы жалобу, столько вокруг безобразия и несправедливости, такая безответственность, круговая порука, подсиживания. Подумаю и тут же останавливаюсь, боюсь, что могут пострадать невиновные, стрелочники. Я с детства стремилась к справедливости, ещё в 6-м классе решила стать следователем. Не умею врать. В душе я – обвинитель, я никогда не смогла бы быть адвокатом, защищать преступников, если они, конечно, таковые на самом деле. Несколько преступников ненавижу многие годы, убила бы их сейчас, хотя прошло 15 лет и больше. Я никому не верю в том, что ко мне хорошо относятся, никогда не забуду, как меня сильно и по крупному подводили. Я сильно обижена на дочь, она неблагодарная, не понимает, сколько я делала ей добра и чего мне это стоит. Жадная она. Я в дет-

стве заботилась о родителях, а она мою заботу о ней принимает как должное, как мою обязанность. Учителя говорят, что она способная, а меня выводит из себя то, что она получает «четвёрки» и в тетрадях у неё нет никакого порядка. Она вообще неряха, небрежная, неаккуратная. Сейчас мне надо решать что-то с работой, а я боюсь об этом и думать, я боюсь перемен, мне страшно. Обидела недавно прокурора, не отвезла на неделе документы в СИЗО. Поехала туда в воскресенье и только там обнаружила, что нужных бумаг в моей папке нет. А по телефону сказала, что всё сделала, сама же собралась доставить документы наутро в понедельник. Прокурор позвонила в СИЗО и выяснила, что я её обманула. Страшного ничего не случилось, я сделала всё, что надо, никто не пострадал, и всё-таки возник конфликт. Теперь, я знаю, меня замучают представлениями, будут цепляться за каждую мелочь. Мне так прямо и сказали, что работать теперь не дадут. А куда я пойду, я ничего не умею делать. Я непрактичная. Ни детей воспитать, ни семью сохранить, я не состоялась ни как жена или мать, ни как профессионал. Живу не так, говорю не то, делаю не как надо. Ненавижу себя. Дома ору, плачу. Злая, от ярости меня порой колотит, если что не по мне, не пощажу никого. Вторую дочь, ей пять лет, недавно чуть до смерти не забила. Мужу в глаза говорю, что он сволочь, урод, мерзавец. Один раз, не помню за что, избила его, сломала о него зонт. Как-то хотела с детьми поговорить, подготовить их на случай, если меня не будет. Стала

в церковь ходить, там мне спокойнее».

Из текста видно, что больная далеко отклоняется от темы вопроса, уходит в сторону. Этим её расстройство мышления напоминает нецеленаправленное мышление, но есть и отличия. 1. Больная говорит о вполне конкретных вещах, здесь нет аутизации. 2. Очевидна аффективная насыщенность её мыслей, чего обычно не бывает при неясном мышлении. 3. Она как бы блуждает от одной своей проблемы к другой, порой и возвращается назад. Такие переходы имеют в своей основе вполне понятную аффективную логику, а не формальные нарушения логического мышления. 4. Достаточно очевидна непродуктивность мышления больной и нет никаких признаков того, что она находится на пути к конструктивному решению годами копившихся проблем. Она отчётливо осознаёт их серьёзность, подавлена ими, порой впадает в отчаяние. По-видимому, единственным выходом из ситуации она считает уход из жизни. 5. В тексте заметны такие особенности больной, как взрывчатость, чрезмерная любовь к мелочному порядку, вязкость и детализация мышления, ригидность поведения, эгоцентризм. 6. В ходе обследования у больной выявились редкие бессудорожные припадки и психические припадки с нарушениями самовосприятия.

Типичные проявления лабиринтного мышления наблюдаются преимущественно у пациентов, страдающих эпилепсией, на это указывает и ряд других авторов. Нечто подобное наблюдается также у пациентов в трудных жизненных ситу-

ациях, кажущихся им неразрешимыми, отчего внимание пациентов фиксируется на психотравмирующих представлениях.

8) **Паралогическое мышление** – расстройство, связанное с тем, что пациент жёстко привязан к целевому представлению. Таким целевым представлением является идея собственной исключительности, скрывающая комплекс неполноценности. При этом из содержания мышления исключаются любые суждения, факты, воспоминания, если они противоречат представлению цели. Это мышление предвзятое, тенденциозное, одностороннее, «кривое». В нём не выводы вытекают из рассуждения, а сам ход рассуждения подчиняется уже готовому, априорному выводу. Пациенты обычно не замечают своих логических ошибок, не принимают во внимание альтернативных суждений и игнорируют возражения окружающих.

Иллюстрация П. Б. Ганнушкина. Пациент рассуждает: «Главная причина движения воды есть шарообразность земного шара. Вода на шаре не может пребывать в покойном состоянии, так как на поверхности шара каждый его пункт или точка, есть центр, или высокое место по отношению к другим пунктам шара, то есть, если от каждого пункта провести горизонтальную прямую линию, то вы увидите, что ваша точка, где вы стоите, выше той, которая стоит дальше вас. Например, если вы по шару пойдёте к противоположному пункту, предположим, на 10 вёрст, – и вы ясно увидите, что

должны идти под гору, и, действительно, вы пойдёте под гору, но когда вы дошли до назначенного вами места и пойдёте обратно по тому же пути, то вы и с этого места увидите то же самое, что вы стоите выше того места, от которого вы пришли, и вам надо обратно идти под гору. Итак, на поверхности нет пути в гору, всё равно как во внутренней поверхности пустого шара нет пути под гору. На основании такого закона вода на шаре в покойном состоянии находиться не может, а должна вечно переливаться; такова главная причина переливания вод на земном шаре, а климатические условия служат направлению течения. Так как по шару ей всё равно, куда стремиться, в таком случае течениями и управляют климатические условия».

Пациент явно претендует на изобретение чего-то наподобие вечного двигателя. Он упускает из виду тот факт, что вода не будет следовать его указаниям и течь из одной точки в какую-то другую: она двигаться не будет и климат тут не при чём.

Почему всего одна логическая ошибка так сильно влияет на умственную деятельность пациента и почему бы эту ошибку ему не исправить, понять достаточно сложно. Если игнорировать тот факт, что функцию целевого представления выполняет бредовая либо сверхценная идея. Такие идеи составляют основу болезненной когнитивной структуры. Она по законам целостности подчиняет себе все частные детали, имеющие к ней какое-то отношение. Может быть, де-

ло и в том, что уверенность упомянутого пациента символизирует его патологическую убеждённость в особом собственном положении среди людей: «Любая точка, если на ней нахожусь я, всегда будет выше всех остальных, где находится кто-то другой». Помимо случаев бреда и сверхценных идей паралогическое мышление может быть свойственно индивидам с глубоко укоренившимися заблуждениями и предрассудками – навязанными сверхценными идеями. Приведём наблюдения.

1. Пациент после пяти лет безработицы с помощью отца устроился на работу по своей специальности (программист) и с приличным заработком. С профессиональными обязанностями он справлялся без особых проблем, был на хорошем счету. Некоторое время спустя он стал замечать, что коллеги подшучивают над ним, на что-то многозначительно намекают и как бы склоняют его к мыслям о женитьбе. Например, говорят, что «работа теперь у тебя есть», «такой зарплаты хватит, чтобы содержать семью», «в 30 лет заводить семью самый раз, такие браки распадаются реже, чем ранние» и т. п. Однажды в разговоре между собой коллеги сказали, что в соседнем отделе работает «славная девушка» и «незамужняя», «её надо бы познакомить с нормальным парнем, таких теперь мало». В конце концов пациент понял, что сотрудники «сговариваются женить его насильно». «Я вообще не собираюсь жениться, тем более принудительно. Но на меня стали оказывать такое давление, что я не выдержал и

подал заявление на увольнение». К недоумению руководителя учреждения, как тот его не уговаривал его остаться на работе, уволился. Следующие три года он не работал, «убивал свой досуг» за чтением книг и компьютером. С помощью знакомых отца ему он вновь получил работу программиста с зарплатой 1 тыс. долларов США. На этот раз «странно» повёл себя его коллега, однокурсник по университету. Последний стал опаздывать на работу, покидать её раньше времени, откладывать решение вопросов, запускать дела, а на просьбы и замечания пациента раздражаться, грубить. «Через месяц я понял, что он специально ведёт себя так. Ему надо было дискредитировать меня», он определённо вынуждал меня «уволиться, чтобы самому остаться на работе». Спустя три месяца пациент «вышел из терпения» и оставил работу – «ничего другого мне уже не оставалось». Уговоры не увольняться, обещания повысить в должности не помогли. После двух лет безделья пациент решил пойти работать в органы внутренних дел. «Я устраиваюсь на работу сам, по объявлению, значит, тут я буду более нужен». Мотивирует своё решение «соотношением компетенции, зарплаты и возможностей». В данном случае, судя по этой истории, пациент перенёс по меньшей мере два отчётливых приступа болезни с паранойяльным бредом преследования, а по окончании последнего вновь попытался найти работу.

2. Инженер-геолог получил задание пробурить в Н-ске скважину. Расценил задание как «неграмотное и вредное».

Понял его как попытку «привлечь меня к ответственности и упрятать за решётку». Спустя несколько дней пошёл «объясниться» с руководителем. В приёмной он оказался не один, в кабинет начальника его пригласили вместе с двумя другими людьми. Секретарша при этом будто бы сказала: «Василий, вы, Иван Дмитриевич (пациент) и вы, Могилевич, пройдите к Петру Вячеславовичу». Тут он окончательно укрепился в своих подозрениях. Смысл приглашения, понял он, был таков: «Вас, Иван Дмитриевич, теперь уж точно ждёт могила и бесславный конец». Это пример «мышления с выкрутасами», то есть паралогического мышления, когда далеко не глупые пациенты с паранойей изощрённо, казуистически и по-своему остроумно интерпретируют самые обычные и безобидные вещи в угоду своему бредовому убеждению.

3. Больная сообщает, что в последние годы она должна избегать бывать в обществе людей, где она может рассмеяться. Её теория такова. Если она вдруг не выдержит и рассмеётся, а у кого-то из присутствующих есть некий дефект или какая-то болезнь, то этот человек может на неё обидеться. А это, в свою очередь, приведёт к тому, что болезнь или недостаток такого человека перейдёт от него к ней. С ней, говорит она, это уже не раз случалось. В первый раз это было, когда по улице мимо проходил горбатый человек. Кто-то из присутствующих о нём что-то сказал. Все смеялись и она в том числе. Спустя некоторое время ей сказали, что она стала сутулиться. Она тотчас сообразила, что произошло, это

было наказанием за её злорадный смех. В другой раз она посмеялась над очками знакомого своего друга. Это привело к тому, что её зрение вскоре стало падать. Недавно во сне она смеялась над бабушкой. Через две недели после этого знакомые стали ей говорить, что она выглядит старше своего возраста и что её кожа делается сухой и морщинистой. Теперь она опасается не только бывать в чьей-то компании, но боится смеяться и во сне. В данном случае наблюдаются тенденция к формированию ипохондрического бреда и бреда физического недостатка, а также связанные с этой тенденцией паралогические суждения.

Нередко встречаются случаи тенденциозного мышления в науке, особенно часто в истории. Как говорил С. Цвейг в пьесе «Мария Стюард», обычно неизвестно, что происходит в данный момент времени, а о прошлом не стоит и говорить. Подсчитано, сообщает А. А. Зиновьев, что на описание в языке одного только года реальной истории – такой, какой она была на самом деле, то есть со всем множеством событий вплоть до минимальных, – потребовалось бы использовать все компьютеры планеты, превратив всех людей в операторов и работать днём и ночью непрерывно миллиард лет. Упомянем лишь книгу «Архипелаг ГУЛАГа» А. И. Солженицына (1973). По словам философа А. А. Зиновьева, с появлением этого романа «прочно утвердилось представление о сталинском периоде как о периоде злодейства, как о чёрном провале в русской истории, а о самом Сталине – как

о самом злодейском злодее из всех злодеев в человеческой истории». «Архипелаг ГУЛАГ», указывает А. А. Зиновьев, «есть фальсификация истории. Фальсификация особого рода – концептуальная. Факты, приводимые в нём, по отдельности описаны верно. Но они отобраны, скомбинированы и истолкованы так, что получилась в целом ложная концепция… Шолохов правильно назвал Солженицына литературным власовцем». Пример А. И. Солженицина указывает, что образование сверценных идей зависит не только от личной точки зрения пациента, но и от власти, заинтересованной в таких сверхценных идеях.

5. Нарушения динамики мышления

Проявляется изменением скорости течения умственных процессов, а также нарушениями плавности мышления. Здесь представлены ускорение мышления, замедление мышления, неравномерность темпа мышления, торпидность мышления и скачкообразное мышление.

1) **Ускорение мышления**. Ускорение мышления, полёт мыслей, ***тахипсихия*** или ***тахифрения*** (греч. tachis – быстрый, скорый, phren – ум, разум) – ускоренная смена мыслей и представлений, обычно сопровождаемая ***тахифенией*** или ***тахилалией*** (тахи + греч. phemi – говорить, lalia – речь), то есть ускорением речи и многоговорением. Одновременно наблюдается ускоренная смена эмоциональных проявлений

– ***тахитимия*** (тахи + греч. thimos – настроение), а также ускоренная смена и увеличение амплитуды движений, включая акты экспрессии, – ***тахикинезия*** (тахи + греч. kinetikos – приводящий в движение). Ускоренная ходьба обозначается термином ***тахибазия*** (тахи + греч. basis – ходьба), ускоренное чтение – ***тахилексия***. Как правило, ускорение мышления сочетается с повышенной отвлекаемостью внимания. В начале расстройства, указывает В. П. Осипов, преобладает ***внутренняя отвлекаемость***, когда пациенты отвлекаются на случайные мысли и представления. Некоторые пациенты в это время делаются очень наблюдательными, подмечая скрытые для них ранее детали в поведении окружающих. В более тяжёлых случаях расстройства на первый план выходит ***внешняя отвлекаемость*** – переключение внимания на какие-то случайные внешние впечатления (Осипов, 1923). На высоте расстройства отвлекаемость внимания достигает степени ***апрозексии***, то есть полного выпадения произвольного внимания, ускорение мышления – скачки идей, а непоследовательность мышления – бессвязности или ***апрозектической атаксии мышления***, по В. П. Осипову.

Некоторое представление о степени ускорения мышления даёт число произносимых пациентами слов за единицу времени. Оно превышает 80–90 слов в минуту (приблизительный показатель нормальной скорости мышления) и достигает 200 слов и даже более. Пациенты свидетельствуют, что даже при очень скорой речи они не успевают вербализовать

многие свои мысли: «В мыслях я уже в Москве, а в речи всё ещё в Красноярске». Тем самым они как бы указывают на существование ***неречевых феноменов мысли***, то есть на возможность раздельного протекания речевых процессов (во всяком случае, внешней, социальной речи) и процессов мышления. Значительно сокращается время обдумывания ответов на вопросы, укорачиваются паузы между словами и фразами, речевой напор не останавливается порой ни на одну минуту.

Субъективно ускорение мышления сопровождается ощущением особой лёгкости появления и необычайной ясности мыслей, несвойственной им прежде отчётливости, какой-то особенной их глубины и яркости. Многие мысли, которые в обычном состоянии остаются как бы незамеченными, легко всплывают в сознании. Облегчается процесс материализации мыслей в слова, не возникает трудностей в подборе нужных слов, в формировании фраз. Пациентам при этом кажется, что их мысли являются единственно верными, а формулировки безошибочно точными. Теряется способность различать образы реальности и плоды воображения, и даже правдивые пациенты в мании становятся псевдологами, которые «врут» и верят в свои выдумки.

Как правило, теряется способность думать про себя: всё, о чём ни подумают пациенты, они немедленно высказывают вслух – происходит как бы слияние внутренней и внешней речи. Говорят они много громче обычного, иногда почти

срываются на крик. Речь, по мере её ускорения, всё более приобретает форму монолога, навыки диалога редуцируются. Страдает фонематический строй речи, так как не успевают произноситься отдельные фонемы, слоги. У пациентов исчезает заикание, если оно имело место в обычном их состоянии.

Разрушается логический строй мышления, оно становится ***ассоциативным***, так как место логических отношений занимают ассоциации по сходству, смежности и контрасту. Абстрактные и общие понятия замещаются конкретными, то есть уровень мышления существенно снижается. Если в обычном состоянии у пациентов наблюдались какие-то другие нарушения мышления, то при значительном ускорении умственной деятельности они отступают на второй план и делаются малозаметными. Продуктивность мышления по мере его ускорения снижается. Нерезкое ускорение мышления может повлечь существенное повышение продуктивности мышления, так что в относительно короткие сроки пациенты оказываются способными сделать то, на что в нормальном состоянии у них могли бы уйти месяцы, а то и годы. Об этом, правда, приходится судить со слов самих пациентов. Патопсихология ускоренного мышления изучена недостаточно.

Тахифрения свойственна маниакальным пациентам.

2) **Замедление мышления**. Обозначается также терминами ***брадифрения*** (греч. bradys – медленный + ум, ра-

зум), ***брадипсихизм***, ***брадипсихия***, ***брадилогия*** (медленный + греч. logos – слово, речь, разум). Наряду с замедлением темпа течения умственных процессов наблюдаются ***брадифазия*** (брадифразия) – замедление речи, ***брадитимия*** – замедленная смена эмоциональных проявлений, а также ***брадикинезия*** – замедление темпа и ограничение амплитуды движений, включая акты экспрессии. Вариантом брадикинезии является ***брадипраксия*** – замедленность целенаправленных действий. Замедление походки обозначается термином ***брадибазия,*** замедление чтения – ***брадилексия***. Термином ***брадителекинезия*** обозначают замедление движения к концу двигательного акта. Типичные проявления замедления мышления наблюдаются при депрессии. Расстройство проявляется замедленной сменой мыслей и представлений, значительным обеднением общего их числа. Удлиняется время обдумывания ответов на вопросы, растягиваются паузы между словами и фразами, уменьшается число произносимых за единицу времени слов. Считается, что при брадифрении произносится 40–50 слов в минуту и менее. Замедление речи сопровождается нечётким произношением фонем, спотыканием речи, а также усилением заикания, если пациенты страдали ранее логоневрозом. Голос становится глухим, тихим, порой речь приближается к шепотной.

Субъективно брадифрения переживается не только как замедленность течения мыслей, их «заторможенность», но и как тягостное чувство «ватности», «неясности мышления»,

его «притупления», когда мысли осознаются неотчётливо, туманно и кажутся как призрачными, нематериальными. Это указывает, вероятно, на расстройство самовосприятия в виде снижения активности процессов самоосознавания. Мыслей, кажется пациентам, становится намного меньше, чем в нормальном состоянии – «голова пустая, в ней ничего нет, там всё остановилось, появилась какая-то преграда, она мешает думать». Возможно, это связано ещё с тем, что то, что в норме осознаётся как мысли, не достигает порога сознания. В некоторых случаях мышление как бы останавливается совсем, в таком состоянии, по словам пациентов, «не думается ни о чём» – ***идеаторный ступор*** (лат. stupor – оцепенение). Идеаторный ступор возникает, вероятно, в силу аспонтанности мышления, а может быть и потому, что пациенты теряют способность осознавать собственные побуждения к мышлению, интерес к умственной деятельности, потребность в ней. С заторможенностью мышления пациенты связывают утрату способности быстро понимать происходящее: «Меня о чём-то спрашивают, я слышу это, а смысл не доходит, я не сразу понимаю, о чём спросили. Хоть и неудобно, но я бываю вынужден переспрашивать вопросы. Только когда мне их повторяют, до сознания доходит, о чём меня спросили. Отвечать мне легче словами «да» или «нет», нужные слова не вспоминаются, фразы не вяжутся, подворачиваются не те слова, что нужно».

У части пациентов, напротив, наблюдается неуправляе-

мый поток мыслей, когда «мысли наплывают, идут сами по себе» и их течение обычно воспринимается с оттенком назойливости, то есть отчуждения, – ***депрессивный ментизм*** (лат. mens – ум, разум). Депрессивный ментизм не следует смешивать с навязчивыми мыслями, хотя при депрессии могут, вероятно, возникать и подлинные навязчивости. Обычно при замедленном мышлении преобладают мысли мрачного, печального, траурного содержания – «мысли ходят по кругу, перемалываешь одно и то же, на ум не идёт ничего нового» – ***симптом депрессивного моноидеизма*** (греч. monos – один, idea – мысль, образ, представление).

Нарушено внимание – пациенты отмечают, что они не могут сосредоточиться на чём-либо, не в состоянии «додумать до конца ни одной мысли», постоянно отвлекаются, особенно на что-то неприятное, тягостное. Сообщают также, что воспоминаний позитивного содержания стало мало, они неполны, неточны и блёклы, появляются после некоторого усилия, медленно, запаздывают. С этим связана обычная жалоба пациентов на снижение памяти. Внешние впечатления нередко воспринимаются как «поверхностные», «быстро затухающие», «блёклые», порой не оставляющие никакого следа в памяти: «День прошёл, а вспомнить потом, что было, нечего».

Страдает перевод мыслей в речевые формы. С трудом подыскиваются нужные слова, тяжело, неполно и неточно формируются фразы. Рассказать о своём самочувствии па-

циенты обычно не могут без посторонней помощи. Обедняется воображение. Особенно тяжело это переживают пациенты, занятые творческим трудом. Н. В. Гоголь с горечью констатировал, что за шесть лет, которые он провёл в депрессии, он не написал «для света» ни единой строчки. Страдает не только мышление, но и интеллект. Помимо снижения творческой способности, страдают планирование, прогнозирование, находчивость, способность интегрировать разнородные впечатления в целостные структуры. Терпит крах мировоззрение. Оно распадается, отчего мир воспринимается как теряющий цельность, стабильность, всё кажется зыбким, непрочным, не настоящим, а собственная жизнь пустой, бесцельной, наполненной ошибками. В целом продуктивность умственной деятельности существенно снижается, исключая, пожалуй, лёгкие степени брадифрении, когда пациенты компенсируют замедленность мышления упорными усилиями.

Брадифрения наблюдается также при оглушённости сознания, постэнцефалитическом паркинсонизме, в состояниях апатии, адинамии и кататонической заторможенности.

3) **Торпидность мышления** (англ. torpidus – вялый, неактивный, оцепенелый, бесчувственный) обозначается также терминами вязкость мышления, инертность мышления, прилипчивость мышления. Характеризуется снижением подвижности процессов мышления, замедленным переключением мышления с одного целевого представления на

другое. Развивая одну какую-то тему, пациенты как бы увязают в ней, топчутся на одном месте, продвигаются вперёд очень медленно и не могут перевести внимание на другую тему. Нередко, отвечая на следующий вопрос, они неоднократно возвращаются к уже сказанному, по несколько раз повторяются. Попытки собеседника ускорить темп сообщений могут повлечь со стороны пациента обиду на то, что их не хотят слушать, не придают их высказываниям должного значения. Торпидность мышления обычно сочетается с брадифренией, чрезмерной детализацией, громоздкими и тяжеловесными построениями фраз. Типичные проявления расстройства встречаются у пациентов с эпилепсией, паркинсонизмом, травмой головного мозга.

4) **Осциллирующее мышление** (лат. oscillum – качание, колебание) – особенность мыслительной активности, выражающаяся в неравномерности темпа мышления, в резких колебаниях скорости мышления. Темп мышления не остаётся всегда неизменным и в норме, он постоянно меняется в зависимости от разных обстоятельств. Когда эти колебания принимают болезненный характер, можно заметить, как в ходе беседы пациенты говорят то быстро, громко и много, словно куда-то спешат, то вдруг замедляют речь, ограничиваются отдельными высказываниями, говорят тихо, будто для себя, они вроде бы отключаются от беседы и думают о чём-то своём. Затем следует период нового оживления, который сменяется очередным спадом, и так далее. Длительность периодов

оживления и затухания активности мышления ограничивается несколькими минутами. Сами пациенты этого обычно не замечают. Данный феномен иногда касается не только обычного, но и бредового мышления. Описан, например, ***осциллирующий бред*** – нестойкие, то появляющиеся, то исчезающие бредовые идеи. У маниакальных пациентов выявлена *флуктуация внимания* – неустойчивость внимания с его переходами с одного объекта на другой. К. Ясперс упоминает о ***флуктуации сознания*** – колебаниях ясности сознания, «которые иногда переходят в его полное отсутствие». Он сообщает о пациенте, у которого такие флуктуации происходили в течение одной минуты. Автор подчёркивает, что у пациентов с эпилепсией «нормальное сознание, измеряемое реакцией на едва заметные стимулы, выказывает значительно более высокую меру флуктуации, чем у здоровых людей».

5) **Скачкообразное мышление**. Характеризуется быстрой, молниеносной сменой целевых представлений мышления. Одна мысль при этом обрывается на любой стадии её развития и тут же сменяется совершенно другой, которую, в свою очередь, может ожидать та же участь. Расстройство описано у пациентов, страдающих хореей Гентингтона. При этом, как указывается, смена целей мышления связана с гиперкинезами.

6. Симптомы диссоциации мышления

Имеются в виду симптомы, связанные с расщеплением личности пациентов. Далее представлены: обрыв мысли, шперрунг, ментизм, амбивалентность мышления, редупликация мышления, разноплановость мышления, альтернирующее мышление, симптомы вытягивания и вкладывания мыслей, симптомы неузнавания и ложного узнавания своих мыслей, симптом всемогущества мыслей, симптомы отчуждения и присвоения мыслей.

1) **Обрыв мысли, депривация мыслей** (англ. deprivatio – лишение, утрата) или, по П. Жане, «***затмение ума***» – внезапная и не связанная с влиянием объективных помех потеря нити мышления. Внешне проявляется неожиданным умолканием пациента и иногда нелогическим его переходом к другой какой-нибудь мысли. Субъективно переживается как мгновенная потеря нужной мысли в сопровождении лёгкой растерянности. Забывается, что говорилось в развитие этой мысли, а также то, что требовалось сказать в её окончание. Активные попытки вспомнить забытое к успеху не приводят. Спустя некоторое время (минуты, часы, дни) забытая мысль вспоминается как бы сама собой. Провал мысли не мешает воспринимать, вспоминать, думать о чём-то другом. Вот сообщение пациента: «Внезапно теряю мысль, как заклинивает. Напрочь забываю, что перед тем говорил и ду-

мал, что собирался сказать дальше. Всё происходит как-то неожиданно, в один момент – раз, и всё, вылетело из головы, как и не было. Бывает не по себе, неудобно перед собеседником, особенно если он замечает, что со мной что-то не то. Я могу в это время думать и говорить о чём-то другом, что я обычно и делаю. Но мне почему-то кажется очень важным вспомнить, на чём я споткнулся. Самому вспомнить не удаётся, иногда приходится спрашивать, о чём я говорил. Позже забытая мысль всплывает в сознании сама по себе, так же внезапно, как исчезла. О ней уже и не думаешь, и вот она, появляется совсем некстати. Бывает проходит день-два, а то бывает при засыпании. Забывается всё что угодно, обычно что-то такое не очень нужное, и всё-таки это неприятно». Иногда пациенты говорят, что их мысли таким образом «воруют» или «уничтожают, парализуют».

В сходных случаях забывается не мысль, а одно какое-то слово, имя или название чего-то. При этом забывается что-то очень хорошо знакомое, например, имя старого приятеля. Пациент говорит, что из-за этого он иногда бывает вынужден избегать разговора с кем-то из знакомых. Чаще, пожалуй, в таких случаях речь идёт об органическом снижении памяти. Обрыв мысли необходимо отличать также и от внешне сходного феномена забывчивости, обусловленного нарушением внимания: отвлекшись на что-то, пациенты не могут вспомнить забытой мысли. Обычно они возвращаются на прежнее место и на своём пути могут вспомнить забытое. Поте-

ря мысли нередко бывает связана с сильным волнением, при этом также «вылетает из головы, что хотел сказать».

2) **Шперрунг** (нем. sperrung – блокирование, запирание), **психическая задержка** (Крепелин) – временная приостановка умственной деятельности. К. Ясперс определяет расстройство как перерыв способности фиксировать впечатления и реагировать на них, наступающий без видимой причины. Пациенты внезапно перестают реагировать на происходящее, не отвечают на обращённую к ним речь, застывают в неподвижной позе, теряют способность понимать происходящее, сознание при этом остаётся как будто ясным. Болезненный эпизод длится от нескольких секунд до ряда минут и даже часов, затем умственная деятельность так же внезапно восстанавливается. Нередко наблюдается склонность к повторению психических задержек. У ряда пациентов сохраняется способность оценивать их как болезненное явление. Мыслительный процесс в это время полностью блокируется, мыслей, по словам пациентов, «нет совсем», «мысли тают, бесследно исчезают ещё на подходе», «голова пустая, в ней плавают только обрывки мыслей», «от мыслей остаются только их обломки, тени». Одновременно нарушается способность действовать. Действия, совершаемые до этого, прерываются. Пациенты умолкают, останавливаются, застывают на одном месте или беспомощно озираются, крутят в руках предметы, как бы не понимая, для чего они нужны. Э. Крепелин расценивал расстройство как короткие эпи-

зоды кататонического ступора. В некоторых случаях появление психических задержек пациенты объясняют насильственным внешним воздействием.

Е. Блейлер описывает расстройство так: «Задержка представляет внезапную остановку психических процессов под влиянием действия аффекта; сама по себе она не патологична. И у здоровых некоторые аффекты могут остановить и мысль, и движение («экзаменационный ступор», «аффективный ступор»). Поэтому мы можем встретить ясно выраженную задержку у всех нервных людей, особенно у истеричных. Там, где она обоснована психологически неудовлетворительно или обобщается, или слишком долго продолжается, там мы имеем право на основании этого симптома поставить диагноз шизофрении». По мнению ряда авторов (Grule, 1928; Huber, 1976), шперрунг есть достоверный признак шизофрении. Многие авторы относят к шперрунгу и обрыв мысли. Вероятно, это разные степени одного и того же симптома, но обрыв мысли встречается значительно чаще и потому имеет большее диагностическое значение. Полагаем, что обрыв мысли и закупорка мышления, возникающие с ощущением внешнего воздействия на мышление (при синдроме Кандинского-Клерамбо), следует обозначить терминами ***параноидный обрыв мысли*** и ***параноидный шперрунг***.

3) **Ментизм** или **мантизм** (Chaslin, 1914) – непроизвольный и неконтролируемый наплыв мыслей, представле-

ний. Проявляется приступообразными и повторяющимися болезненными эпизодами, длящимися от нескольких секунд до ряда часов и суток. Типичны ускоренная смена мыслей и представлений, а также их бессвязность, бессмысленность. Обычно пациенты не могут сообщить каких-либо подробностей о том, что им в это время думалось или представлялось. Сосредоточиться на чём-то ином, сообщают они, невозможно. Нарушена способность понимать происходящее, обдуманно и целесообразно действовать. Сознание остаётся как будто ясным, обычно пациенты осознают болезненность ментизма. Критическая оценка расстройства теряется, если присоединяются бредовые идеи воздействия.

Иллюстрации. 1. «Мысли вдруг как срываются с цепи, их становится очень много, они будто роятся. Ни за одну из них нельзя зацепиться, обдумать её, она тут же утопает в массе других. Ничего путного на ум не приходит, это мысли ни о чём или что-то странное, абсурдное. Ни запомнить, ни вспомнить потом, что это были за мысли, не удаётся, хотя вроде бы стараешься это сделать». 2. «Мысли быстро летят по голове, бегом, они резко втемяшиваются и резко проходят. Всё это происходит как-то мгновенно, ничего толком не успеваешь сообразить. Это можно сравнить с тем, как если резко ускорить вращение граммофонной пластинки или ленты магнитофона. А у меня бывает и наоборот, когда мысли вдруг теряются, как будто их кто-то отключает». 3. «Мысли появляются обрывками, они тут же рвутся, быстро про-

скакивает одна часть мысли за кусочком другой, будто горох сыплется. Бывает, что эти мысли приходят откуда-то со стороны, они как чужие, не мои, будто кто копошится в моей голове». Нечто подобное наблюдается в «хаотических» сновидениях, когда быстро и бесконтрольно сменяющиеся образы сновидения некоторые пациенты переживают как предвестник безумия.

Ментизм может проявляться столь же быстрой, насильственной и беспорядочной сменой мысленных образов – ***образный ментизм***. 1. «Мелькают кадры, один за другим. Проносятся какие-то лица, морды, части тела, уроды, кошки, рыбы, слоны, цветы, мухи в паутине, вихри пыли, пятна, улицы, круги. Всего не упомнишь, так много разного. Всё это напоминает калейдоскоп, так быстро сменяются образы. Только я успею сообразить, что появилось, как это исчезает, появляется что-то другое. Происходит это само собой, мне остаётся только наблюдать за мельтешением этих кадров. Они бывают чёрно-белые, цветные, окрашенные в один какой-то цвет. Иногда появляются не плоские кадры, а объёмные изображения. Порой стоит только закрыть глаза, как всё начинается. Я при этом не то что думаю или что-то воображаю себе, я как зритель, которому само всё это представляется. У меня бывают такие же точно сновидения, в которых творится такой же ералаш». 2. «В голове крутятся посторонние мысли, будто я ребятишек вижу в мыслях. Они как силуэты, образ появится и тут же исчезнет. А то мелька-

ет всё, что я видела раньше, вроде плёнку прокручивают, показывают, только какими-то кусочками». Эпизоды образного ментизма большей частью возникают при засыпании или при закрытых глазах – *гипнагогический ментизм*. Пациенты уверенно отличают их от сновидений, не смешивают и с чем-то реальным. Иногда, свидетельствуют они, ментизм плавно переходит в сновидение.

Длятся эпизоды ментизма от нескольких секунд до ряда суток. В последнем случае, по словам больных, их «голова всё время находится под напряжением, не отключается ни днём, ни ночью, мысли идут сплошным нескончаемым потоком, они не прерываются ни на одну минуту». Значительно чаще наблюдается ментизм в виде внезапного появления каких-то отдельных, как бы посторонних мыслей, вклинивающихся в более или менее упорядоченный ход мышления и нарушающих его обычное течение, – ***вторжение мысли***. 1. «Вдруг совершенно некстати появляется какая-то мысль, странно, откуда она взялась, я ни о чём таком и не думал» 2. «Внезапно мелькнёт непонятная мысль или что-то такое вспомнится, что меня пугает, я сам так никогда не думаю, это что-то не моё». 3. «Иногда вплетаются какие-то дикие, абсурдные мысли, они неожиданно возникают и тут же пропадают». 4. «В голове ни с того ни с сего появляются как бы чужие мысли, мне кажется, что они не мои, а будто принадлежат кому-то другому». Данный симптом является относительно лёгким вариантом ментизма и встречается много ча-

ще, чем типичные формы последнего.

Оба расстройства, вторжение мысли и ментизм, с одной стороны, а с другой стороны, обрыв мысли и шперрунг характеризуют идеаторный автоматизм – синдром Кандинского-Клерамбо, чаще встречающийся при шизофрении. Следует, полагаем, вторжение мысли и ментизм, характеризующий явления идеаторного автоматизма, обозначить терминами – ***параноидное вторжение мысли*** и ***параноидный ментизм***.

Ранее упоминалось, что встречаются и другие варианты ментизма, в частности ***депрессивный ментизм***. 1. «Думается только плохое, про несчастья, болезни, о смерти. То, думаю, муж умрёт, то мать или сын, или ещё что-то плохое случится. Думы такие идут всё время, они как бы наплывают сами собой, я никак не могу от них отключиться». 2. «Ничего хорошего на ум не приходит, лезет одно плохое, будто сам себя в угол загоняешь». Аналогичным образом проявляется ***ипохондрический ментизм*** – постоянные и угнетающие пациентов мысли о собственной болезни. Достаточно часто наблюдается ***астенический ментизм*** – постоянные мысли, в которых выражается неуверенность в себе. Во всех этих случаях невольные мысли являются психологически понятными, связанными с характерологическими особенностями, изменениями настроения и жизненной ситуации.

4) **Амбивалентность мышления** (лат. ambi – вокруг, с обеих сторон, valens – сильный) – раздельное, как бы изо-

лированное друг от друга сосуществование противоположных понятий, суждений и убеждений, не сливающихся в акте синтеза в нечто единое и целостное. Так, пациент считает своего товарища по палате безнадёжно больным и одновременно с тем абсолютно здоровым человеком, по случайности оказавшимся в больнице; он думает, что и сам совершенно здоров, но в то же время серьёзно болен; или одного и того же человека воспринимает как своего родственника и вместе с тем как чужого незнакомца. Он придерживается полярных, исключающих одна другую самооценок и бывает то вызывающе заносчивым, то скромным до самоуничижения. Или понимает, что он обычный, ничем не замечательный индивид, и ведёт себя сообразно этому, но наряду с этим убеждён, что он бог, и это его бредовое убеждение может проявляться соответствующим поведением.

Термин «амбивалентность» Е. Блейлер предложил для обозначения феноменов двойственности в мышлении, в аффектах и в поведении (1911): «Любовь и ненависть к одному и тому же лицу могут быть одинаково пламенны и не влияют друг на друга – ***аффективная амбивалентность***. Больному в одно и то же время хочется есть и не есть; он одинаково охотно исполняет то, что хочет и чего не хочет – амбивалентность воли, двойственность тенденции – ***амбитенденция*;** он в одно и то же время думает: «я такой же человек, как и вы» и «я не такой человек, как вы». Бог и чёрт, здравствуй и прощай для него равноценны и сливаются в одно

понятие – ***умственная амбивалентность***. И в бредовых идеях довольно часто наблюдается пёстрая смесь экспансивных и депрессивных идей». Амбивалентность указывает на факт раскола личности на две антагонистические субличности, при этом пациент идентифицирует себя то с одной, то с другой из них, не отдавая предпочтения при этом ни первой, ни второй. Характерный признак шизофрении.

5) **Редупликация мышления** (лат. reduplicacio – удвоение), двойной поток мышления – сосуществование двух параллельных и нигде не пересекающихся направлений движения мыслей. При этом один поток мысли является нормальным, обычным для индивида, другой – болезненным, в нём могут быть представлены различные психические нарушения, но обе линии мышления отождествляются с единым Я. Например, пациент как ни в чём не бывало охотно и толково разговаривает с врачом и в то же время столь же внимательно слушает «голос» и отвечает на не относящиеся к реальной ситуации вопросы последнего.

К. Ясперс иллюстрирует расстройство следующим описанием одним из добровольных участников эксперимента своего состояния в гашишном опьянении: «Кажется, я выплываю из бессознательного только ради того, чтобы через некоторое время вновь вернуться в него… За это время моё сознание изменилось. Вместо абсолютно пустых «провалов» у меня возникло нечто новое, как бы второе сознание. Оно переживается как совершенно иной, особый период време-

ни. Субъективно это выглядит так, словно существуют два отдельных ряда переживаний, каждый из которых развивается собственным путём. Экспериментальная ситуация, в которой я оказался, субъективно переживается мною как неизменная, но за этим следует переживание долго длящегося недифференцированного бытия, внутри которого я не могу удержать своё Я как нечто отъединённое от переживаемого мира. И всё же я переживаю это второе состояние не как некое подобие сновидения, а как состояние абсолютного бодрствования. Это перемежающееся сознание может служить объяснением моей преувеличенной оценки времени, мне кажется, что с момента начала отравления прошло много часов. Процесс мышления крайне затруднён, и любая цепочка мыслей прерывается в тот самый момент, когда наступает очередное изменение в сознании».

6) **Разноплановое мышление**. Ему свойственны постоянные и одинаково принимаемые пациентами переходы мысли из одной логической плоскости в другую. Наглядно оно проявляется в толковании значения пословиц и поговорок, при выполнении различных операций мышления. Так, сравнивая два понятия, пациент даёт два разных ответа, один из них является ответом более низкого логического уровня. Камень и кирпич, по его мнению, отличаются по двум признакам: по происхождению, с одной стороны, и по форме или назначению – с другой. Оба ответа пациент считает одинаково верными. Или, в другом случае, в одном из

сравниваемых объектов выделяется адекватный признак, в другом – случайный или операциональный. Так, камень, отвечает пациент, является «природным объектом», а кирпич «легко крошится» или «применяется при строительстве домов». Пословицу «На грех мастера нет» пациент объясняет верно, отвечая фразой «Дурное дело не хитро», но тут же представляет иное толкование: «Мастер, как на грех, не приходит, когда он нужен. Это закон подлости». Особенно демонстративны проявления разнопланового мышления у пациентов с шизофренией.

7) **Альтернирующее мышление** (лат. alter – одно из двух) – чередование разных способов мышления. В типичных случаях наблюдается у пациентов с расстройством в виде множественной личности. Переходя из одного состояния личности в другое, они об одном и том же могут думать совсем по-разному, как совершенно разные люди. При этом пациенты нередко не замечают таких переходов, они как бы забывают, о чём и как думали до перехода в другое состояние. Нечто подобное встречается у пациентов, состояние которых меняется очень быстро и радикальным образом, например при скачкообразных переходах выраженной депрессии в отчётливую манию и обратно. Такой пациент утром чувствует и говорит прямо противоположное тому, что он станет чувствовать и говорить днём или вечером. Вечером ему не верится, что ещё несколько часов назад он считал своё положение совершенно безнадёжным или что он опять станет так

думать немного позднее. Точно так же бред собственной виновности может сменяться бредом обвинения других людей, а бред преследования со стороны окружающих – бредовыми идеями справедливого им возмездия. Столь резкие смены альтернатив мышления, предположительно, более свойственны пациентам с расщеплением личности, когда пациенты последовательно отождествляют себя то с одной субличностью, то с другой. Е. Блейлер указывает, что «подобные состояния могут годами сменять друг друга». При этом чаще бывает так, что будучи в адекватном состоянии индивид помнит то, каким он бывает в болезненном состоянии, но, оказываясь в последнем, он не помнит нормальные переживания.

8) **Симптом «вытягивания мыслей»**. Характеризуется жалобами пациентов, что их мысли «воруют», «присваивают», «вытаскивают», «вытягивают» из их головы: «Не успею ещё подумать, а люди уже это говорят… мои мысли угадывают, знают как бы вперёд меня… крадут мои мысли, я узнаю их в том, что говорят окружающие… я чувствую, что людей заставляют озвучивать мои мысли… Мои мысли читают, я чувствую это по тому, как ведут себя люди, их поступки определённо связаны с моими мыслями, они про них говорят вслух». Существо настоящего расстройства связано с тем, что мысли окружающих людей пациенты воспринимают так, будто они сами перед тем думали о том же и точно таким же образом. Данный симптом может стать причиной

формирования бреда открытости, когда пациенты уверены в том, что их мысли «читают» или кто-то «узнаёт» их.

9) **Симптом «вкладывания мыслей»**. Пациенты жалуются, будто в их сознание «внедряют», «вбивают», «вколачивают» чужие мысли: «В голове посторонние мысли, это мысли других людей… это не мои мысли, я даже знаю, чьи они… мне искусственно навязывают чуждые мне мысли… мои собственные мысли забивают мыслями со стороны, хотят вынудить меня думать под чью-то диктовку». Пациенты, во-первых, считают такие мысли пришедшими к ним в голову со стороны, во-вторых, что это насильственно навязываемые им мысли, и в-третьих, рассматривают содержание таких мыслей как совершенно чуждое себе, иногда прямо противоположное тому, что они думают сами. Это не симптом чтения чужих мыслей, когда пациенты как бы по своему желанию «узнавают» чьи-то мысли.

10) **Симптом всемогущества мысли**. Пациенты считают, что их мысли немедленно или спустя какое-то время с фотографической точностью воплощаются в реальность: «Мысли материальны, я только подумаю о чём-то, как это происходит… Как я думал, так и случилось, один в один… Я боюсь думать о плохом, такие мысли обязательно и в точности сбываются».

11) **Симптом присвоения мыслей**. При этом новые для себя мысли других людей пациенты без всякой критики воспринимают как абсолютно правильные или как собствен-

ные, принадлежащие им изначально. Это расстройство может проявляться как прямо, так отставлено. В *первом случае* оно переживается следующим образом: «Что ни скажут люди, я с ними полностью согласен, мне кажется, что и я сам думаю точно таким же образом… мысли других людей я как бы всасываю в себя, они сразу же становятся моими собственными, будто во мне родились или были такими и раньше… моё мнение может резко меняться на противоположное, стоит мне послушать другого человека… я стала очень внушаемой, что мне скажут, то и кажется мне правильным, даже образы такие появляются. Недавно, например, я потеряла ключи, не могла найти их. Бабушка говорит, что я оставила их у подруги. Мне тут же представилось, что я нахожусь у подруги, кладу там ключи, а затем ухожу без них». В отличие от «уже слышанного ранее» при этом нет ощущения, будто точно такое же воспринималось когда-то в прошлом и теперь только повторяется. Это проявление чрезмерной, болезненной внушаемости, достигающей порой степени сомнамбулизма, но возникающей в бодрственном состоянии. Нечто подобное наблюдается и в сновидениях: «Вижу во сне внучку, только ей не четыре года, а лет десять, она уже большая. Вижу, что рядом находится моя дочь. Я спрашиваю её, неужели это моя внучка. Она отвечает, что да, внучка. Тогда я опять спрашиваю её, а будет ли у меня мужчина. Она говорит, что да, обязательно будет, он уже есть. И я чувствую спиной тепло, будто сзади кто-то есть, вроде пожи-

лой седовласый мужчина». Во *втором случае* чья-то мысль на некоторое время как бы забывается, а позднее вспоминается как собственная. Это криптомнезия в виде ассоциированного воспоминания.

12) **Насильственное мышление и речь**. При этом собственное мышление и речь воспринимаются с ощущением их принуждения извне. В. Х. Кандинский описывает это следующим образом: «Долинину внезапно показалось, что его язык принялся громко и очень быстро произносить всякие вещи, которых не следовало говорить. Мало сказать, что это происходило непроизвольно; это происходило прямо против его воли. Поначалу больной был обескуражен и обеспокоен этим необычным событием. Неприятно, когда чувствуешь себя как какой-то заведённый автомат. Когда он начал осознавать, что же именно говорит его язык, он пришёл в ужас; он обнаружил, что признаёт собственную вину в совершении серьёзного политического преступления, приписывает себе планы, которые он на самом деле никогда не вынашивал. И тем не менее у него не было воли и силы, чтобы сдержать язык, который так внезапно превратился в автомат». Отметим, что ощущения собственно насильственности мышления пациент при этом не отмечает, он говорит лишь о чуждости для себя тех мыслей, которые озвучиваются в насильственной речи. Более того, он вообще не осознаёт факта своего мышления во время болезненного эпизода. Однако едва ли это проявление лишь насильственной речи, а высказы-

ваемые при этом мысли лишь случайный спутник принудительной и депрессивной артикуляции.

13) **Вербигерация** (лат. verbum – слово, generare – создавать, производить), или **персевераторная логорея** (Kahlbaum, 1874) – насильственное, беспрестанное и бессмысленное повторение в разных вариациях одних и тех же слов или нанизывание разных слогов, слов, фраз на другие, нередко сходные по своему звучанию. Один из пациентов В. Х. Кандинского называет эту невольную речь «самоболтовнёй» или «самоболтанием». Зная, о чём он просит, он вынужден тем не менее выражаться странным образом: «Самоболтовня, самоболтовня, простите меня… самоболтовня, самоболтаю, простите меня, самоболтовня… простите меня папироску… не для того, чтобы курить самому… я хочу курить сам… но самоболтовнёй… самоболтание… я самоболтаю вам… дайте курева». Вербигерацию нередко описывают как симптом нарушения речи. То же следует сказать о ***персеверации***, то есть о застревании ответа на предыдущий вопрос, и о ***стереотипии речи***, когда на разные ситуации пациенты реагируют одними и теми же фразами.

7. Нарушения отдельных видов мышления

Представим некоторые нарушения мышления как признаки дисфункции соответствующей когнитивной структуры.

1. **Нарушения наглядно-действенного мышления**.

«Ручное» мышление у детей проявляется элементарными действиями: дотрагивание, хватание, отталкивание, облизывание, кусание, разрушение и др. Появление таких действий у пациентов более старшего возраста означает, что речь идёт о возврате мышления на ранний уровень его функционирования. Регрессия мышления наблюдается при слабоумии и психотических нарушениях, особенно ярко у пациентов с явлениями кататонии. В последнем случае речь идёт о немотивированных, бессмысленных и неадекватных действиях пациентов, которые они автоматически совершают с предметами, которые случайно оказались в поле их зрения. Рассмотрим некоторые из них.

1) ***Оральные действия*** – непроизвольные действия, когда пациенты «тащат» предметы себе в рот, кусают, разгрызают, жуют, облизывают, обсасывают их, пытаются глотать или проглатывают.

2) ***Саморазрушительные действия*** – непроизвольные аутоагрессивные действия, когда пациенты вырывают свои волосы, ресницы, кусают губы, кожу, расчёсывают, расцарапывают кожу, повреждают глаза, уши, гениталии. Такие действия могут совершаться при кататонии, но нередко являются навязчивыми, а также тикозными. Встречаются пациенты, которые столь же непроизвольно совершают опасные для себя действия, как только оказываются в соответствующей обстановке. Они внезапно бросаются под движущийся транспорт, прыгают с моста, с обрыва, с горы, выбрасываются из

окон, из поезда. Действия последнего рода обычно относят к импульсивным, они свойственны пациентам с явлениями кататонического возбуждения.

3) ***Прозектические действия*** (греч. а – частица отрицания, prosexis – внимание) – непроизвольные действия, напоминающие проявления исследовательской активности маленьких детей: дотрагивание до предметов, их поглаживание, ощупывание, похлопывание, потирание, простукивание и т. д.

4) ***Хватательные действия*** – непроизвольные действия, когда пациенты хватают предметы, крепко сжимают их в руке и не дают у себя отнять либо выдёргивают предметы из рук окружающих. Они могут также срывать у окружающих очки, заколки, броши, головные уборы, запонки и др., пытаются их спрятать у себя. Так, больная срывает с головы студента колпак и прячет его у себя под юбкой.

5) ***Действия отталкивания*** – непроизвольные действия, когда пациенты отбрасывают в сторону какие-то предметы, срывают с себя и разбрасывают одежду, выплёвывают пищу, плюются, выкидывают вещи из окон на улицу, как если бы они представляли для них опасность.

6) ***Разрушительные действия*** – непроизвольные и часто внезапные действия, когда пациенты разбивают стёкла, зеркала, рвут книги, газеты, картины, бельё, одежду, ломают мебель и т. п. Так, ступорозный пациент, которого санитары прозвали «стекольщиком», время от времени соскакивает с

кровати и начинает бить оконные стёкла, сбрасывает на пол зеркало и топчет его ногами, срывает со стен обои и рвёт их на мелкие кусочки. Затем он столь же внезапно успокаивается, возвращается на своё привычное место и вновь впадает в состояние ступора.

7) ***Подражательные действия*** – бессмысленное повторение различных действий окружающих людей. Так, пациенты копируют чьи-то позы, движения, походку – ***эхокинезия*;** действия с предметами – ***эхопраксия***; выразительные акты – ***эхомимия*,** слова, фразы, манеру говорить – ***эхолалия*.** Триада симптомов, включающая эхолалию, эхопраксию и эхомимию, обозначается термином **«эхо-синдром» Вернике.**

8) ***Карфология*** (греч. karphologia – собирание клочков) – хватательные движения, посредством которых пациенты как бы ловят что-то в воздухе или собирают с поверхности. Прогностически неблагоприятный предагональный симптом, описанный при аментивном помрачении сознания.

9) Задержка развития наглядно-действенного мышления проявляется ***синдромом детской неуклюжести*** или ***моторной дебильностью*** (Dupre, 1910). Расстройство характеризуют неуклюжие, неловкие, недостаточно координированные движения, лишённые пластики, грации, непринужденности. Относится к специфическим нарушениями развития у детей, если нет иной определённой патологии. Часто сопутствует умственной отсталости, наблюдается также у па-

циентов с ранним детским аутизмом, у шизоидных психопатов. Нередко моторное недоразвитие сочетается с обеднением выразительных актов.

Детскую неуклюжесть не следует отождествлять с неврологическими двигательными нарушенниями – ***синдромом незначительного хронического поражения головного мозга Пейна***. Последнему свойственны: 1. ***паратония*** – затруднение произвольного расслабления мышц, 2. ***синкинезия*** – излишние сопутствующие движения и 3. ***нарушения координации***. Предполагается, что основу нарушения составляет врождённая или приобретённая патология пирамидных путей, сопровождающаяся недостаточностью произвольного торможения двигательных функций (Блейхер, Крук, 1995).

2. **Нарушения наглядно-образного мышления**. Наблюдаются следующие нарушения практического мышления: неадекватные сложные действия с объектами и задержка развития моторных, мануальных навыков. Они таковы.

1) ***Реактивные действия*** – машинальные и бесцельные манипуляции с предметами. Совершаемые действия соответствуют при этом назначению предметов.

Так, пациент с явлениями кататонии, увидев зажигалку или спички, пытается их зажечь, а потом тушить, он это может проделывать и несколько раз подряд. Он распахивает запертые двери или окна или, напротив, закрывает их, если они заперты. Увидев папиросу, берёт её в рот и пытается раскурить или изображает курение. При виде карандаша или

ручки он тут же берёт их в руку и принимается что-то писать, чертить или рисовать. Заметив пишущую машинку, он «печатает», проходя мимо зеркала, непременно посмотрится в него и механически пригладит волосы; найдя расчёску, начинает причёсываться, хотя бы волос у него совсем не было; увидев книгу или таблицу на стене, некоторое время читает вслух текст с любого места. Закрывает и открывает водопроводный кран, заглядывает по пути в чужую тумбочку, достаёт оттуда продукты и тут же их съедает, укладывается на любую подвернувшуюся по дороге постель, садится на оказавшийся по дороге стул, щёлкает выключателем, поправляет косо висящую картину, надевает чью-то одежду, высовывается из окна и мн. др.

Никаких объяснений того, зачем он всё это делает, не даёт, этого не знает и он сам. Таким же точно образом пациенты могут вести себя на улице. Выходя из дома, они садятся в транспорт и едут, куда их везут, непонятно зачем делают при этом пересадки, идут по дороге, куда бы она ни вела, читают по дороге вывески, глазеют на витрины, закрывают или открывают канализационные люки, стучатся или звонят в двери чужих квартир, заходят в магазины и учреждения и т. д. – и всё это делают без цели. Иногда такие действия, сообщают пациенты, совершаются под воздействием «голосов» или «гипноза». Так, больная незадолго перед поступлением в больницу с явлениями онейроидной кататонии добиралась до работы лишь пополудни, так как по дороге

она вела себя описанным образом, – заходила в магазины, примеряла там шапочки, покупала какие-то ненужные ей вещи, разъезжала по городу и т. п. Всё это, по её словам, она делала под каким-то «воздействием». Аналогичным является поведение пациентов с психомоторными припадками эпилепсии. Больные ведут себя внешне будто бы целесообразно, поскольку их бесцельные действия адекватны воспринимаемым объектам. Например, следуя по дороге, такой пациент в состоянии транса может оказаться на другом конце города, а если он пользуется при этом транспортом, то спустя несколько часов может обнаружить себя далеко от дома и в совершенно незнакомом месте.

2) ***Нелепые действия*** – действия с предметами, не соответствующие назначению последних. Такие действия создают впечатление нарочитой дурашливости пациентов и потому являются кататоно-гебефреническими. Например: пациент стряхивает пепел горящей папиросы себе в рот, насыпает в чай вместо сахара соль, выливает компот себе на голову, засовывает подушку себе под рубаху, изображая беременность; ест суп вилкой, в каше ковыряется ножом, ставит ботинки на стол, а посуду – в холодильник или в стиральную машину; наклеивает себе на тело почтовые марки, рисует на постельном белье географическую карту, вместо рубашки одевает брюки, вместо галстука одеваету половую тряпку, засовывает градусник себе в прямую кишку, ставит на бумаге печать не с мастикой, а со своим калом и мн. др.

Е. Блейлер приводит наблюдения, в которых пациенты объясняют свои неадекватные действия совершенно случайным образом. Так, больной говорит, что он нечто сделал, так как в это время мимо него «проходил врач» или врач «как раз вынимал из ящика вещи», кататоник связывает подобные действия со «случайными воспоминаниями». Т. е. неправильные действия ставятся в причинную связь с любыми случайными мыслями и внешними впечатлениями. Такие действия Е. Бжезицкий (1950) определяет термином ***парагномен*** (греч. para – рядом, вблизи, отклонение от чего-либо; gnome – знак, признак). Так, пациент выбрасывает ребёнка с балкона якобы с тем, чтобы «привлечь к себе внимание шедшего по улице человека». Больной распиливает кошку с целью «нарушить единство противоположностей», убивает собаку потому, что он только что «поперхнулся». Один из больных сжёг в печке кота с намерением «органическое вещество превратить в неорганическую субстанцию». Спустя несколько месяцев он оказался на судебно-психиатрической экспертизе, так как «странным образом», по мнению следователя, убил человека. Социально опасные действия, которыми иногда дебютирует заболевание, E.Stransky определяет как ***инициальный деликт*** (лат. delinquo – проступок, правонарушение). Такого рода деликты, как считается, особенно характерны для пациентов в дебюте шизофрении.

3) ***Мимо-действия*** – неправильные предметные действия пациентов с истерическим психозом – ***синдромом Ганзера***.

Нарушение практического мышления проявляется в данном случае тем, что пациенты нарочито неправильно совершают простые предметные действия. Так, они чиркают спичкой другим её концом или по другой стороне коробка, вставляют в замок ключ обратным его концом, прикуривая папиросу, берут её в рот не тем концом; надевают шапку задом наперёд и т. д.

4) ***Импульсивные действия*** – внезапно совершаемые предметные действия агрессивного или аутоагрессивного характера. Так, увидев колющий или режущий предмет, пациент наносит себе порезы, отрезает у себя какую-нибудь часть тела (ухо, нос, половой член) либо причиняет ранения окружающим людям или разрушает вещи (изрезает одежду, картину, книгу и др.). Из попавшейся на глаза верёвки он делает петлю и тут же примеряет последнюю к своей шее либо пытается повеситься. Случайно подвернувшееся оружие тут же пускается в ход против себя или кого-то из оказавшихся в этот момент около пациента людей, животных. Управляя транспортным средством, пациенты могут вдруг направить его на прохожего человека, на здание, памятник, дерево, не осознавая того, что они делают. Импульсивные действия нередко совершаются как бы приступообразно. Например, пациент *с* ***кататоническим ступором*** вдруг приходит в состояние неистового возбуждения и крушит всё, что в данный момент он видит вокруг себя, либо направляет агрессию на самого себя. Сходным образом проявляется

эпилептиформное возбуждение. Импульсивными некоторые авторы предпочитают называть опасные действия кататоников, в том числе предметные действия.

5. ***Подражательные предметные действия*** – феномены эхо-праксии в виде имитации предметных действий кого-то из окружающих, находящихся в поле зрения пациентов. Так, пациент вслед за врачом берёт со стола историю болезни и начинает её листать, вслед за врачём одевает халат, садится на место врача и др. Аналогичные действия могут быть связаны с обманами восприятия. Например, «голоса» заставляют пациента повторять действия окружающих людей, принуждают дотрагиваться до предметов либо разрушать их. Это указываеть на возможность того, что в слуховых галлюцинациях выражаются будущие кататонические нарушения. Нередко неадекватные действия наблюдаются в структуре компульсий, также предвещая появление симптомов кататонии.

Некоторые виды кататонических действий и их субъективное восприятие, а также состояние процесса идеации во время кататонического возбуждения ***иллюстрирует самоописание пациента Кронфельда***: «Моё настроение во время возбуждения нельзя назвать гневом; вообще говоря, никакого особого настроения не было, а было лишь чисто животное наслаждение от движения. Это была далеко не злобная возбуждённость наподобие той, которую испытываешь, когда хочешь кого-то убить; на самом деле это было что-то

вполне безвредное, но импульс оказался настолько неодолим, настолько силён, что я не смог удержаться от прыжков. Я могу сравнить это только с дикой лошадью… Что касается моей памяти во время возбуждения, то она в общем была вполне хорошей, но обычно она не возвращалась к исходному пункту. Вы словно пробуждаетесь под воздействием внешних раздражителей – скажем, таких как холодный пол, – и возвращаетесь к реальной ситуации. При этом вы нормально ориентируетесь и видите всё вокруг себя; но вы этого не замечаете и самозабвенно предаётесь возбуждению. Вы полностью игнорируете других людей, хотя прекрасно видите и слышите их. Впрочем, вы следите за тем, чтобы не упасть… Когда вас останавливают или укладывают в постель, вы изумляетесь, чувствуете себя оскорблённым, защищаетесь. Двигательный эквивалент разряжается уже не в прыжках, а в нанесении ударов направо и налево; но это вовсе не указывает на раздражение… Ваши мысли ни на чём не сосредоточены. Иногда, когда к вам возвращается рассудок, вы это непосредственно осознаёте. Но так происходит не всегда. Вы замечаете, что не можете построить простое предложение… Бывало, что время казалось мне полностью распавшимся… При этом я никогда не испытывал ощущения беспомощности или недостаточности; я не видел непорядка в самом себе, а видел только хаос, начавшийся вне меня, вот что это было. Я вспоминаю также долгие речи, которые я часто произносил по вечерам, но не могу вспомнить,

что же я говорил; подробности совершенно выпали из моей памяти… Мои мысли совершенно бессвязны; все мысли настолько смутны, неопределённы, расплывчаты».

Встречается ***задержка развития предметного мышления***. Это неспособность овладевать тонкими мануальными навыками. Пациенты с младенчества не тянутся к игрушкам, выполняют мало игровых действий с ними, однообразны в плане эти действий. Пациенты медленно осваивают такие действия, как бег, приседание, ходьба вбок или назад, лазание вверх, спускание вниз и др. Позднее выясняется, что они с трудом обучаются навыкам самообслуживания. Их трудно научить одеваться, застёгивать пуговицы, завязывать шнурки, самостоятельно умываться, пользоваться посудой, садиться на горшок, держать карандаш, перелистывать листы книги, держать молоток и забивать гвозди, пилить и мн. др. Подрастая и будучи уже взрослыми, они отличаются тем, что очень неловки, неумелы, мало что умеют делать руками и в быту оказываются несостоятельными, в их комнате по большей части царит беспорядок. Наиболее часто недоразвитие практического мышления свидетельствует об умственной отсталости либо о специфическом моторном недоразвитии. Встречается также в клинике раннего детского аутизма, шизоидной психопатии. Нередко недоразвитие наглядно-образного мышления сочетается с ускоренным развитием более высоких видов мышления. Например, пациент демонстрирует высокие показатели концептуально-

го мышления, но в то же время сильно отстаёт в развитии практического мышления. Встречается и обратная картина, когда пациент обладает развитым практическим мышлением, «всё умеет делать», но не способен с такой же лёгкостью овладеть счётом, пересказом прочитанного, с трудом выполняет несложные умственные операции. В детской психопатологии нередко наблюдаются картины временного или стойкого возврата ручного и практического мышления – *синдромы регрессии* (Ковалёв, 1979).

3. **Нарушения образного мышления**. Сюда относятся патология в сфере воображения (см. впереди), голотимическое бредообразование и нарушения мышления с явным преобладанием ***аффективной логики***. Что касается аффективной логики, то в той или иной мере она свойственна большинству здоровых лиц. Теоретически, речь может идти либо об избыточной аффективности и/или незрелости концептуального мышления. Избыточная аффективность может влиять на процессы мышления столь существенно, что индивид одни и те же ситуации будет интерпретировать в зависимости от своего настроения, порой противоположным образом. С другой стороны, незрелость мышления, лишая индивида способности реалистически оценивать действительность, способна поставить индивида в зависимость от аффектов. Наиболее яркие образцы аффективной логики демонстрируют пациенты с аффективными психозами и психопатические личности тимопатического склада. Другим нарушением об-

разного мышления является ***непрактичность*** пациентов – неспособность быстро и адекватно ориентироваться в разного рода жизненных ситуациях. Такие пациенты не разбираются в людях, их постоянно обманывают, они не готовы к тому, чтобы принимать ответственные решения, удачно выбрать профессию, создать собственную семью, воспитывать своих детей, решать и более простые задачи. Беспомощные в практических делах, они нуждаются в помощи и руководстве со стороны, но в то же время могут быть умными и талантливыми людьми.

Некоторые пациенты, напротив, более чем практичны, – они ловки, пронырливы, хитры и способны, вольно обращаясь с законом и моралью, во всём находить личную выгоду. Нередко они – одарённые мошенники, и проявляют себя в этом качестве с самого детства. Вот что пишет Н. В. Гоголь о прототипе русского буржуа Чичикове: «Особенных способностей к какой-нибудь науке в нём не оказалось; отличался он больше прилежанием и опрятностью; но зато оказался в нём большой ум с другой стороны, со стороны практической. Он вдруг смекнул и понял дело и повёл себя по отношению к товарищам точно таким образом, что они его угощали, а он их не только никогда, но даже иногда, припрятав полученное угощенье, потом продавал им же. Ещё ребёнком он умел уже отказать себе во всём. Из данной отцом полтины не издержал ни копейки, напротив, – в тот же год уже сделал к ней приращения, показав оборотливость почти необыкновенную: сле-

пил из воску снегиря, выкрасил его и продал очень выгодно. Потом в продолжение некоторого времени пустился на другие спекуляции, именно вот какие: накупивши на рынке съестного, садился в классе возле тех, которые были побогаче, и как только замечал, что товарища начинало тошнить – признак наступающего голода, – он высовывал ему из-под скамьи будто невзначай угол пряника или булки и, раззадоривши его, брал деньги, соображаясь с аппетитом… В отношении к начальству он повёл себя ещё умнее… Чичиков вдруг постигнул дух начальника и в чём должно состоять поведение. Не шевельнул он ни глазом, ни бровью во всё время класса…; как только раздавался звонок, он бросался опрометью и подавал учителю прежде всех треух…; подавши треух, он выходил первый из класса и старался ему попасться раза три на дороге, беспрестанно снимая шапку». Первый учитель скажет потом о Чичикове: «Эх, Павлуша! вот как переменяется человек! ведь какой был благонравный, ничего буйного, шёлк! Надул, сильно надул…». Первый начальник на службе повторит о Чичикове то же самое: «Надул, надул, чёртов сын». Двойная жизнь Чичикова продолжилась и далее, во всём великолепии она предстала в момент гениального взлёта его плутовской мысли – скупки мертвых душ. Н. Гоголь показывает, что у Чичикова существует как бы два плана мышления: один – это внешнее мышление, или мышление для других людей, и другой – это внутреннее мышление, мышление для себя. В мышлении для других Чичиков

тщательно обдумывает своё поведение с точки зрения норм морали и права. Ему вполне это удаётся, отчего он, как и все талантливые жулики, производит на окружающих обворожительное впечатление, располагает их к себе. В мышлении Чичиков для себя изобретает одну за другой всяческие и со временем всё более циничные и изощрённые афёры ради осуществления своей мечты разбогатеть.

4. **Нарушения концептуального мышления**. Проявляются описанным выше паралогическим мышлением бредовых пациентов, тенденциозным мышлением пациентов со сверхценными идеями, а также незрелостью понятийного мышления.

8. Нарушения отдельных форм мышления

Эта рубрика даёт возможность уточнить некоторые представления о патологии умственной деятельности.

1. **Патология аутистического мышления**. Характеризуется нарастающим выпадением пациентов из реального мира. Наиболее яркие и многочисленные образцы аутистического мышления обнаруживаются в анормальных сновидениях (см. специальную главу). В бодрственном состоянии к расстройствам данного типа могут относиться бредоподобные фантазии, бред воображения, конфабуляторный бред и состояния конфабулёза. В относительно мягких случаях расстройство проявляется странными интересами, суждениями

и поступками пациентов, которые как бы игнорируют реальную ситуацию или, точнее, как бы на время теряют способность считаться с её требованиями (слово «странный» – это изменённое «сторонний», то есть пришедшее откуда-то с незнакомой, непонятной и чуждой стороны).

Иллюстрации.

1) Пациент во время беседы вдруг спрашивает: «Скажите, доктор, существует ли мир мыслей, которые не успели сказать умирающие?».

2) Водитель автобуса, ничего не объясняя пассажирам, где-то в середине рейса вдруг остановил машину, вылез из кабины, снял обувь, повесил сушить носки на радиатор, а затем, удобно расположившись на лужайке, закурил. Возмущённым людям он спокойно заявил, что «имеет право на отдых».

3) Подросток, вот уже полгода не посещает школу, почти не выходит из дому, занят только тем, что смотрит телевизор и играет на компьютере. Рассказывает, что у него с некоторых пор сложилось «мировоззрение», согласно которому школа для него ничего не значит, она для него стала чем-то вроде «грязной лужи на дороге». Беспокойство родителей по поводу своего поведения он не разделяет, «это, – говорит он, – их проблемы». Мнение других людей о себе его также не волнует: «Я смотрю на людей так, будто это тараканы ползают». В беседе с врачом недоверчив: «Если я всё расскажу вам, вы мне не поверите». Считает, что в разговоре с вра-

чом он, пациент, «зря теряет время». Удалось выяснить, что из его «мировоззрения» вытекает, что он непременно должен уехать жить в США. Он давно присмотрел для себя там маленький городок и теперь собирает о нём сведения. Подробности своего плана не раскрывает: «Вас это не касается». Чем будет заниматься за границей, он также не говорит, произносит лишь многозначительное «я готов на всё». «Но не пойдёте же вы на грабёж и уж тем более на убийство?» – «А почему бы и нет?» Прерывает беседу с врачом на полуслове, молча встаёт и, не прощаясь, выходит из кабинета.

4) Девушка, 19 лет, единственная дочь в семье научных сотрудников. В анамнезе ускоренное психическое развитие. Уже во 2-м классе читала Э. Золя, О. Бальзака, Ж. Санд, Ф. М. Достоевского, в 16 лет пыталась изучать «Капитал» К. Маркса, но «плохо его поняла». До 10-го класса училась отлично. Родители, по её словам, часто из-за неё ссорились. Отец однажды сказал матери, что если бы не дочь, он давно бы развёлся и ушёл из дома. «Я, – говорит больная, – решила развязать им руки». Она не стала сдавать выпускные экзамены в школе, ушла из дома, жила у кого-то из знакомых в соседнем городе. Её искали, находили, возвращали домой, но вскоре она вновь и надолго исчезала неизвестно куда. Позже слышала, как отец будто бы сказал, что оставил бы семью, если бы дочери не было вовсе или она находилась бы в тюрьме. Первая мысль была уйти из жизни, но от неё она отказалась, решив, что сделать это никогда не поздно. Продолжа-

ла исчезать из дома, со случайными уличными знакомыми стала воровать, стоя на страже. «Чистили квартиры», когда это удавалось, она «громко хохотала». Была осуждена на три года, взяв на себя инициативу грабежа квартир. Провела в заключении полтора года. Там ей «особенно нравилось быть в одиночной камере». Дальнейший срок отбывала на стройке. «Не могла находиться в общежитии, отталкивали вульгарность и пьянки» товарок. Сняла квартиру, жила отдельно от всех. К концу срока наказания, «чтобы не возвращаться домой», убила старика – хозяина квартиры, его труп сбросила в подвал. «Старика не было жаль, что он мне». Заявила на себя, но не сразу, а спустя двое суток, – «так как шёл дождь». «Хотела убить следователя за его глупость». В связи с тем что возникло подозрение на психическое расстройство, оказалась на стационарной СПЭ. В контакт вступает неохотно. «О многом я говорить не могу, вы не поняли бы меня, меня всегда влекло к необыкновенному». Сожалеет, что ей «далеко до Раскольникова». На вопросы о возможной работе, любви, замужестве, материнстве не отвечает: «Мы с вами говорим на разных языках». Намерена оставаться в тюрьме «пока не умрут мои родители. Ненавижу их, особенно мать, я убила бы её собственноручно».

В аутистическом мышлении, помимо указанных признаков, выделяются ещё две характерные особенности. Первая состоит в том, что в нём не представлены мысли или суждения, выражающие отношения близости, привязанности, а

также реальный интерес к вещам и ценностям. Вторая особенность касается первенства логики суждений на фактами: пациенты формально сохраняют способность использовать логику, но им не нравится, что её нарушает жизнь.

2. **Патология палеомышления**. Дологическому мышлению, по К. Ясперсу, свойственны «такие качества, как образность, наглядность, насыщенность конкретными и символическими значениями. Дологическое мышление допускает замену одних вещей другими и объединение образных представлений; в итоге гетерогенные феномены сливаются в единую картину, а эмпирические целостности расщепляются на гетерогенные связи и смыслы. Такой протеический взаимообмен форм и образов становится истинной реальностью, замещая в этой функции эмпирические пространство и время, – или, лучше сказать, в системе первобытного мышления пространство и время ещё не существуют как категории действительности и логики». Ряды архаической мысли К. Ясперс уподобляет сновидениям, ссылаясь при этом на Ф. Ницше, который пишет по этому поводу следующее: «Во сне все мы подобны дикарям… В снах и грёзах мы вновь и вновь идём по пути, уже пройденном человечеством до нас». Сопоставление мифов и психозов, в основном шизофрении, – тема исследований фрейдовской школы, отмечает К. Ясперс. Предлагавшиеся при этом теории, прежде всего теории К. Юнга, исходят из того, что при психическом расстройстве, как и во сне, устраняются некоторые «тормо-

за», вследствие чего первобытные содержательные элементы могут снова «всплыть» из глубин бессознательного на поверхность сознания. Данный способ мышления сам построен по принципу подобия, когда некоторое внешнее сходство между разными явлениями приравнивается к их тождеству. В этом смысле весь психоанализ с его многочисленными и не имеющими абсолютно никаких доказательств аналогиями является продуктом дологического мышления, и в том, что касается понимания механизмов шизофренического мышления, он, подчёркивает К. Ясперс, не оправдал возлагавшихся на него больших надежд.

К. Ясперс, подводя итоги своего анализа проблемы соотношения первобытного мышления и мышления пациентов с шизофренией, указывает, что в этом плане возникают следующие вопросы: 1. являются ли шизофренические переживания источником первобытных воззрений и представлений? Иначе говоря, является ли палеомышление продуктом творчества шизофреников эпохи неолита? Ответить на этот вопрос, полагает он, невозможно; 2. что представляет собой первобытное мышление в сравнении с мышлением больного шизофренией? Автор считает очевидным, что первобытное мышление есть здоровая разновидность мышления, оно не имеет характерного первичного шизофренического переживания или признаков шизофренического процесса; 3. гипотеза о сходстве первобытного мышления и мышления при шизофрении «сама по себе великолепна», но имеет ли она

шанс быть доказанной? К. Ясперс полагает, что таких шансов она не имеет; «её можно сколько угодно испытывать на новом материале, но наших знаний от этого не прибавится».

В настоящем тексте имеется в виду следующее. 1. Феномены, описанные как проявления палеомышления, сохранились в культуре до настоящего времени. Они в разной степени свойственны значительному числу людей. В каждом веке, говорят, есть своё средневековье. Нет оснований считать, что данный факт вызван генами палеомышления, их скорее всего, не существует. Вероятно, что существование древних структур мышления у современного человека связано с культурной традицией, «социальной наследственностью». 2. Во время болезни структуры палеомышления могут проявлять себя в разных формах. При этом не обязательно, чтобы такой болезнью была исключительно шизофрения. 3. Анализ палеомышления является безусловно полезным для того, чтобы идентифицировать и тем самым каким-то образом систематизировать некоторые проявления патологии мышления, имеющие черты ***сходства*** с дологическим мышлением. Отметим только, что сам термин «дологическое мышление» является результатом сгущения архаического мышления, аутистического мышления и образного мышления, отчего, собственно, и возникают некоторые неясности в словоупотреблении. Само палеомышление является как бы наследником более древнего предшественника – протомышления, которому человечество в первую очередь обязано тем,

что оно существует по сей день.

Далее представим нарушения мышления, которые могут быть связаны с влиянием болезни на структуры палеомышления.

1) ***Суеверие*** – «ложная, неправильная вера», предрассудок, основанный на вере во что-то сверхъестественное. По В. И. Далю, суеверие «есть ошибочное, пустое, вздорное верование во что-либо; вера в чудесное, сверхъестественное, в ворожбу, в гадание, приметы, знаменья; вера в причину и последствие, где никакой причинной связи не видно». Едва ли самым распространённым суеверием – это вера в приметы будущего, и в то, что будущее можно отвратить колдовством. Вот, например, суеверие, связанное со сновидениями: «С понедельника на вторник сны не сбываются… чтобы забыть сон, нужно потереть виски или лоб… чтобы сон не сбылся, надо посмотреть вдаль и сразу же идти после этого умываться… после неприятного сна нужно посмотреть в окно и три раза перекреститься». Поэтому суеверный индивид чувствует себя немного колдуном. Потребность колдовать издавна лежат в основе индустрии гадания. Ф. Рабле (1496–1553) с добросовестностью учёного описал суеверия своего времени, в их числе он называет: *пиромантия* – гадание по огню, *аэромантия* – по ветру, *гидромантия* – по воде, *леканомантия* – по блюду, *катоптромантия* – по зеркалу, *коскиномантия* – по решету, *альфитомантия* – по муке, *астрогаломантия* – по костям, *тиромантия* – по сыру,

стерномантия – по грудине, *либаномантия* – по ладану, *гастромантия* – по желудку, *кафалеономантия* – по ослиной голове, *керомантия* – по воску, *капномантия* – по дыму, *оксиномантия* – по топору, *онимантия* – по ногтям, *тефрамантия* – по пеплу, *ботаномантия* – по растениям, *сикомантия* – по плодам фигового дерева, *ихтиомантия* – по рыбам, *хэромантия* – по поросёнку, *клеромантия* – по жребию, *антропомантия* – по частям тела человека, *стихомантия* – по стихам, *ономатомантия* – по имени, *алектриомантия* – по петуху, *гаруспиции* и *экстиспиции* – по внутренностям жертвенных животных, *некромантия* – по мертвецам, *скломантия* – по теням усопших, *хиромантия* – по ладони, *гиромантия* – по вращающимся кругам.

Число суеверий со времён Ф. Рабле не убавилось, скорее всего, оно существенно возросло, особенно в период бурного развития науки и техники в XX столетии. На ум приходят слова Мефистофеля: «Всё в мире изменил прогресс. Как быть – меняется и бес!» Широко распространилось, например, *гадание по фотографиям*. Выяснилось, что можно таким образом узнать, чем болен человек, умер он или всё ещё жив, где он находится и в каком он состоянии в данный момент, почему он вдруг куда-то исчез и удастся ли его отыскать. По сообщениям СМИ, этот метод заинтересовал даже спецорганы, которые стали нанимать прорицателей для выполнения особо сложных заданий и даже включать в штатное расписание ставки для таких колдунов. Возникли гада-

ния по морщинам, по цвету роговицы, по языку, по знакам в тексте, по показаниям валюты и др.

В основе суеверия лежит способ рассуждения по принципу «после этого – значит, вследствие этого». Кроме того, суеверия связаны в основном с тревогой, страхами, паническим настроением. Именно поэтому в клинической практике известные пациентам суеверия, как индивидуальные, так и заимствованные, встречаются, в основном, у пациентов с тревогой или тревожной депрессией. Пациенты с меланхолической депрессией, манией, озлобленностью, апатией редко демонстрируют склонность к суевериям. Суеверие обычно возникает, когда связываются одно с другим два совершенно случайных, но аффективно значимых события, нередко разделённых длительными промежутками времени. Первое такое событие рассматривается индивидом как причина либо как примета наступления второго события. Если пациент образует каузальную связь между ними, то, скорее всего, это будет бред или бредоподобная идея; если же речь идёт о примете, то это и будет суеверием. Для формирования такой связи бывает достаточно небольшого числа совпадений эмоционально значимых событий, тут важно другое – их общий аффективный радикал, тревога. Иногда бывает достаточно однократного совпадения, как эта связь между ними образуется и затем сохраняется до тех пор, пока существует данное нарушение аффекта. В некоторых случаях такая связь формируется ретроспективно, в ходе переработки

травмирующих впечатлений. Например, больная с тревогой ожидает несчастья с кем-либо из близких ей людей, так как недавно обвалилась крыша её дома. То же самое, вспоминает она, произошло несколько лет назад перед тем, как умерла её мать. В другом наблюдении больная чувствует себя виновной в том, что она могла и должна была сделать что-то важное, что спасло бы жизнь её мужу. Она вспоминает, что незадолго до трагедии муж рассказал ей про сон, в котором он видел её, плачущую, на чьих-то похоронах. Теперь, считает больная, она должна была понять, что надвигается несчастье, ведь это было очевидно, но она не придала этому сну никакого значения.

2) ***Нарушения идентификации***. Расстройство, по Conrad (1979), связано с тем, что отдельные детали объектов приобретают решающее значение при их узнавании. При этом разные объекты могут отождествляться, а одинаковые объекты – восприниматься как совершенно разные. Иными словами, тут действуют такие правила палеомышления: а) сходство есть признак тождества и б) отличие есть признак отсутствия подлинности. Например, два разных человека отождествляются потому, что оба имеют одинаковые усы или лысину. В то же время один и тот же человек, дважды появившийся, но в разной одежде, – это совершенно разные люди. Встречаются пациенты, которые сообщают, что в одном человеке они одновременно могут воспринимать несколько разных людей. Одна из больных рассказывала, что «видела

пять разных людей в одном». Таким же образом могут, вероятно, возникать нарушения аутоидентификации. Например, пациент, если он что-то говорит или воспринимает как кто-то другой, некоторое время считает себя этим другим. Собственно восприятие при нарушениях идентификации не страдает, нарушения сознания не наблюдается.

3) ***Мышление по аналогии***. Характеризует склонность индивида воспринимать подобие как идентичность, имитацию явления принимать за его аутентичность. Это нарушение особенно наглядно проявляется ритуальными или магическими действиями пациентов с навязчивостями и бредом. Такие пациенты на самом деле уверены в том, что, имитируя некую защиту, они избавляются от реальной для них опасности. Нередко встречаются пациенты, которые некую сцену в фантастическом фильме прямо отождествляют с действительностью. Данная особенность дологического мышления чрезвычайно широко распространена и среди здоровых людей. Многие из них, например, театральное представление принимают так, будто всё происходит не на сцене, а в реальности. Имитацию борьбы с преступностью, наркоманией и другими социальными бедствиями, которую демонстрируют власти, такие люди расценивают как реальные и эффективные действия, причём сами бывают искренне вовлечены в такие инсценировки. Так, по телевидению показывают конкурс рисунков бомжей. Психолог вполне серьёзно и с использованием терминологии психоанализа комментирует эту акцию

как важный шаг в решении проблемы бездомности.

4) ***Символическое*** **(*предикативное*)** ***мышление***. По Ж. Пиаже, это центральный аспект дооперационального мышления маленького ребёнка; оно представляет собой также элемент «когнитивно сложного символизма и символического мышления». Проявляется нарушением понимания природы символов – знаков, представляющих какие-то объекты, события, явления. Знаки при этом расцениваются как некие эквиваленты того, на что они указывают. Тем самым символ приобретает свойства связанного с ним объекта. Так, цифра «9» имеет для пациента тот смысл, что «всё в порядке» или «всё будет нормально», то есть она обладает свойством его успокоить или обнадёжить. В то же время цифра «3» вызывает у него тревогу и недоверие. Одновременно с новым значением символа на него, как видно, переносится и эмоциональное отношение пациента к соответствующему объекту. Частным случаем символического мышления является особое отношение к собственному имени. Например, больная, 30 лет, около 10 лет не учится, не работает, она вообще никуда не выходит из дому. Считает, что виной всех неудач в её жизни являются её имя и фамилия. Именно с ними, уверена она, «связано всё плохое в моей жизни». Чтобы вернуться в нормальную жизнь, ей нужно только одно: поменять паспорт, в котором значились бы другие имя и фамилия. Её настоящее имя – Ирина – это роковое, как думает она, имя, в беседе она просит её так не называть.

«Зовите пока меня Катей, это имя поможет мне перенести ужасное заточение в больницу». Обижена на мать, которая «прячет мой паспорт и мешает мне его поменять». Не называет и имени матери. «Она красавица, а меня зовёт уродиной». Не говорит о том, какое имя она хотела бы иметь в будущем, так как боится, что ей могут помешать сменить настоящее имя. Отказ от своего имени обозначают термином анонимия. Отторжение собственного имени встречается уже у больных детей. Присвоение себе другого имени по символическим соображениям называют *параонимией*. Символизм мышления может проявляться наречением своих детей именами, от которых, считают пациенты, во многом зависит их будущее. При этом нередко придумываются необычные имена. Например: Ортомар – ортодоксальный марксист, Даздраперма – да здравствует Первое мая, Ревокат – революция катится, Ленар – Ленинская армия, Арлен – армия Ленина, Ревмира – революция мировая, Оюшминаль – Отто Юльевич Шмидт на льдине, Персюстрат – первый советский аэростат, КПРФ – компартия Российской Федерации, Виль – Владимир Ильич Ленин, Рэм – по имени основателя Рима и др. В одной из семей отец пациента, по имени Рево, хотел назвать ожидаемую дочь именем Люция. Родился, однако, сын, которому пришлось дать имя Владилен. В РФ появились мрачные имена, например, Люцифер, аббревиатуры и цифры, и др.

Символом для пациента может быть любой признак,

нередко понятный только ему самому. Например, это «сиреневый цвет», он означает «любовь и стремление к жизни». Иногда символами становятся экспрессивные действия, по ним пациенты судят об отношении других людей к себе либо сами выражают к ним то или иное отношение. Так, пациент жестикулирует только правой рукой. Этим он хочет сказать, что говорит «чистую правду». В качестве символов могут выступать одежда, причёска, рисунки, какие-то особые или новые слова – *неологизм*; и мн. др. Некоторые пациенты создают собственный язык – *криптолалия*, тайные шифры – *криптография*, изобретают особые графические знаки – *неоморфизм*.

5) ***Анимистические представления*** – склонность наделять качествами жизни неодушевлённые объекты. Например, пациент разговаривает с холодильником или считает живым матрац, на котором он спит.

3. **Патология религиозного мышления**. Обычно это болезненное обращение в религиозную веру либо утрата такой веры в силу психического расстройства. Иногда вера принимает у больных необычные формы. Например, это бредовые идеи самоидентификации с богом, пророком, сатаной, нечистой силой. Случаи болезненного обращения в веру особенно часто бывают связаны с появлением мистических галлюцинаций. Например, пациент слышит «голос с небес» или чувствует, как «бог подсказывает ему, как себя вести». Утрата религиозной веры может быть связана с на-

рушением самовосприятия, в частности с болезненным бесчувствием и утратой способности осознавать религиозные эмоции. Некоторые исследователи считают утрату веры характерным признаком депрессии. Нередко утрата веры наступает в силу эмоционального оскудения. Иногда утрата веры является объектом бреда. Так, больная с тревогой говорит об «ослаблении веры», к которой она несколько лет назад пришла после появления «внутреннего голоса». Она думает теперь, что стала меньше верить под «влиянием сатаны». Те случаи, когда депрессивные пациенты приходят в церковь или уходят в секту в поисках психологической помощи, едва ли могут рассматриваться как проявление патологии религиозного мышления. Точно так же поступают и многие здоровые индивиды в трудных жизненных ситуациях. Встречаются пациенты, вера которых принимает характер фанатизма, причём в некоторых случаях фанатизм делается экспансивным. Поведение и образ их мышления становятся явно неадекватными. Так, образованная женщина, став верующей, пришла к мысли о том, что наука отступает от истины. Она в штыки воспринимает мысль о том, что психиатрия располагает ныне некоторыми сведениями о природе психического расстройства. Она считает за абсурд утверждение о том, что можно лечить болезни души. Душа, по её мнению, не имеет никакого отношения к психике. Психика, по её словам, заключена «в голове, связана с мозгом», душа же помещается в области сердца. Она не принимает ле-

карств, хотя страдает бессонницей, не хочет и слышать об амбулаторном лечении, так как считает себя принципиальным противником научной медицины. Ещё одна больная категорически отказывается от обследования в связи с подозрением на рак желудка: «На всё воля Божья, это мой путь страданий, я не вправе что-то менять в своей жизни». Третья больная рассказывает такую историю. Её муж «после оцерковления» стал проявлять признаки «одержимости». Это выражалось, в частности, в том, что он «чуть ли не насильно тащил всех близких нам людей в церковь». Особенно сильное давление с его стороны испытывала сама больная. «Под его давлением и я приобщилась к вере, но получилось это не так, как хотелось бы сделать мне самой». Муж запретил ей работать в фирме, хотя работа там была основным источником семейного бюджета. «Он говорил, что мне лучше мыть полы, чем работать на богачей. Запретил мне писать стихи, сочинять музыку. Он считает, что надо заниматься общественно полезным делом, а не искушать себя соблазнами. Раньше я учила английский язык, мне хотелось читать в подлиннике любимых мною поэтов. В то время я забеременела. Муж стал возмущаться. Как так, говорил он, ты вынашиваешь моего ребёнка и учишь вражеский язык. Он думал, что мои занятия языком дурно повлияют на развитие плода, а потом и на психологию ребёнка. Когда я стала ему говорить, что плохо себя чувствую, он отвечал, что всё это придурь, она идёт от того, что я сама себе внушаю болезнь, а думать надо только

о хорошем. Он запрещал мне принимать назначенные врачом лекарства, считал, что лучший способ исцеления – это молитвы и посещение храма. Теперь он настаивает на рождении второго ребёнка, не слушает ни меня, ни врачей, которые советуют пока этого не делать. Он вообще не верит в медицину. Кроме того, он категорически отвергает всё, что не согласуется с традициями русской культуры и нормами православия».

Встречаются столь же нетерпимые к реальности служители культа. Некоторые пациенты рассказывают, что их обращение за помощью к психиатрам иногда встречает в церкви неодобрительное отношение. Сами служители культа, сталкиваясь с проблемами психического здоровья в своей личной жизни, ведут себя не адекватно. Так, священник, жена которого перенесла острый психоз после родов, игнорировал предупреждение врачей не допустить от повторение беременности. Вторые роды спустя три года стали причиной рецидива болезни, протекавшего в более тяжёлой форме. Искусственное насаждение религиозной веры и тем более поощрение религиозной нетерпимости грозят ещё и тем, что атеистам будет небезопасно отказываться от веры.

У верующих людей встречается иногда ***феномен расщепления религиозного сознания***, когда в одном сознании господствуют несовместимые религиозные идеи. Например, индивид является ревностным христианином и одновременно принимает идеи языческого культа. Так, он регулярно посе-

щает храм, молится, постится, но в то же время обращается к целителям, чтобы «снять порчу», «исправить ауру» и вдобавок к этому верит астрологическим прогнозам. Не всегда, разумеется, это признак душевного расстройства. Чаще всего это бывает связано с незрелостью мышления. Но в тех случаях, когда упомянутое расщепление свойственно не новичку, а индивиду, осознанно, глубоко и искренне верующему, могут возникать подозрения в том, что он нуждается в обследовании.

Примером нарушения религиозного мышления *сатанинские культы*. В основном, по-видимому, такие культы есть протест части верующих людей против официальных культов и общественного устройства в целом. Основатели таких культов являются, вероятно, пациентами с негативистическим бредом, подобно тому, как в своё время, по свидетельству В. П. Осипова, наблюдались больные с «каэровским синдромом» («контрреволюционным бредом»).

4. **Патология эгоцентрического мышления**. Расстройство эгоцентрического мышления характеризуется триадой следующих признаков: 1) склонность к оценочным суждениям, 2) сенситивные идеи отношения и 3) тенденциозное мышление. Наиболее ярким признаком нарушения являются сверхценные образования в виде паранойяльных реакций и параноического развития личности.

1) ***Оценочные суждения*** – высказывания, в которых содержательный аспект суждения подменяется категорической

оценкой того или иного явления или сочетается с такой оценкой так, что последняя образует основное содержание суждения. Например, индивид говорит, что «тут холодно», «это плохая мысль», «это дурацкая затея» или «это глупо», «это поверхностный взгляд на вещи» и т. п. В подобных суждениях выражается сугубо личное отношение индивида к чему-либо и одновременно с тем уверенность, что такой же точно должна быть точка зрения и других людей. Эмоциональный тон оценочных суждений может быть разным, но чаще он выражает недовольство тем, что индивиду кажется ему неприемлемым. Вот как, к примеру, выглядит надпись на книге врачу от больного: «Лариса Фёдоровна! Я считаю, что психически «здоровый» человек в наше время, это: наглый беспринципный человек, без малейших угрызений совести. Такой человек вызывает чувство омерзения. Лариса Фёдоровна! Ваши пациенты заслуживают сострадания. Психически «здоровые» люди – это просто мерзость». Можно предполагать, что причиной негодования «здоровым человеком» стало известное отношение к самому индивиду.

2) ***Сенситивные идеи отношения*** – склонность приписывать собственные суждения о себе окружающим людям. Обычно это касается суждений о самом себе. Например, мысль о своей физической непривлекательности, о своей очень приятной наружности. У больных нередко встречаются сенситивные идеи отношения о состоянии собственного психического здоровья: им кажется, будто другие знают, что

с ними, пациентами, происходит что-то неладное, это видно по их словам, мимике, жестам. Существует ли связь между сенситивными и бредовыми идеями отношения, не установлено.

3) ***Тенденциозное мышление*** – мышление, в котором логические отношения искажены в угоду чрезмерному самолюбию. Некоторые исследователи отождествляют тенденциозное и паралогическое мышление. Считается возможным, что тенденциозное мышление способно трансформироваться в паралогическое. Это происходит, если: 1) если сверхценная идея превращается в первичный систематизированный бред, что представляется достаточно спорным; 2) бредовая идея в начале своего развития ничем не отличается от сверхценной идеи. Тенденциозность мышления в той или иной степени свойственна едва ли не большинству лиц с недоразвитием или снижением критического мышления.

В целом расстройства мышления изучены достаточно плохо, особенно у детей. В значительной степени этому мешает недостаточная систематика умственной деятельностие и многообразие расстройств мышления.

Глава 9. Язык, речь. Нарушения речи

1. Общие сведения

1) **Язык** (общеславянское, восходит к ezykъ) – система словесного выражения мыслей, обладающая определённым звуковым и грамматическим строем и служащая средством общения людей (Большой толковый словарь русского языка, 2000). Язык представляют следующие социальные формы конкретных языков: 1) ***идиолект*** – индивидуальный язык конкретного носителя языка (греч. idios – свой, своеобразный, особый; lexis – слово, выражение); 2) ***говор*** – множество идиолектов территориально ограниченной группы людей. Например, говор жителей удалённой или изолированной от центра культуры части населения. Разновидностью говора является ***жаргон*** или ***арго*** – язык обособленной группы лиц (жаргон дворян, программистов, филателистов и т. п.), а также деклассированной части населения (воров, уголовников, проституток, наркоманов и т. п.), в последнем случае чаще употребляется термин «арго»; 3) ***диалект*** – разновидность данного языка, употребляемая в качестве средства общения большими группами населения, связанными тесной территориальной, социальной или профессиональной общностью (греч. dialektos – разговор, говор, наре-

чие). Иными словами, это множество говоров, в котором сохраняется значительная внутриструктурная общность (территориальная непрерывность не имеет обязательного значения), при этом говорящие на разных диалектах одного и того же языка иногда могут не понимать друг друга; 4) ***наречие*** – наиболее крупная единица диалектного членения языка, сохраняющая основные общие его признаки, т. е. ряд, группа диалектов. Любой национальный язык в этом смысле – это, в конечном счёте, множество диалектов и групп диалектов, глубокие различия между которыми не лишают их качеств, определённо указывающих на общий источник происхождения. Число современных языков колеблется от 3 до 7 тысяч, сколько языков погибло, неизвестно; 5) на определённом этапе некоторые языки вступают в высшую стадию своего развития и ***приобретают форму литературного языка***, который отличают социально регламентированные нормы.

2) **Язык, функции.** Функции языка – проявления его назначения. Базовыми традиционно считаются коммуникативная и когнитивная функции языка. ***Коммуникативная функция*** состоит в том, чтобы «служить средством человеческого общения» (В. И. Ленин), передавать информацию другим индивидам, социальным институтам, самому себе. К этой функции относят ***контактоустанавливающую*** (фатическую), ***конативную*** (функцию усвоения получаемой информации), ***волюнтативную*** (функцию воздей-

ствия на кого-либо) и функцию ***сохранения преемственности поколений*** (хранения и передачи национального сознания, традиций культуры, истории народа и некоторые другие). ***Когнитивная*** (***гносеологическая***) функция (иногда говорят «экспрессивная) выражает деятельность сознания, т. е. назначение языка – это «быть непосредственной действительностью мысли» (К. Маркс), т. к. мысль не может являться в сознание иначе, как выраженная в словах. С когнитивной функцией совмещаются некоторые другие. Например, язык – это ***средство сохранения культурного опыта***, норм поведения, знания и технологий, орудие познания и овладения общественно-историческим опытом и знанием, которое запечатлено в письменных текстах; ***средство оценки*** (аксиологическая функция, посредством которой осуществляется осознание ценностей существования), а также функция ***денотации*** (номинации, обозначения), функция ***референции*** (отнесённости имён и именных выражений к объектам действительности), функция ***предикации*** (актов соединения независимых предметов мысли) и др. ***Эмоциональная функция*** состоит в том, чтобы выражать эмоции и чувства, отношение к действительности (***модальная функция***), творческие потенции (наиболее полно реализуемые в художественной литературе – ***поэтическая функция***).

Метаязыковая или ***металингвистическая функция языка*** – это быть средством исследования и описания языка в терминах самого языка. Живым язык называют пото-

му, что он развивается или деградирует, умирает или развивается далее. Отсюда проистекает множественность языков, например, диалект какого-то языка рано или поздно может превратиться в самостоятельный язык. Крах какой-то цивилизации приводит к исчезновению языка. Например, покорение Римской империи вандалами привело к гибели латинского языка. Наряду с голосовым существует ***язык жестов***, который строится на кинетической (жестикуляторно-мимической) основе, – единственный язык глухих от рождения людей. Распространён он и у слышащих, в основном у аборигенов Австралии и Северной Америки. Его широкое распространение у австралийцев связано с ритуальным молчанием юношей во время обрядов инициации и вдов в период траура, длящимся у некоторых племён до года и более. Используется он также во время охоты, для общения на расстоянии. Границы языка глухих не определяются родством соответствующих общенациональных языков. Например, ***амслен*** (язык глухих в США и большей части провинций Канады) близок языку глухих Франции, но он не родственен языку глухих Англии. Фонемы в жестовом языке заменяются ***херемами*** – минимальными билатеральными движениями руками (греч. heiros – рука), число их варьирует: 53 (у французов), 55 (в амслеме), 56 (у глухих шведов). Важное значение имеют также взгляд, выражение лица, положение головы, издаваемые при общении звуки и т. п.

Хотя потребность в едином языке существует давно и, ка-

жется, она постепенно усиливается, ныне отмечается всё же тенденция к укреплению множественности языков, вызванная в том числе стремлением разных этносов к самостоятельности, национальной самобытности, причём это стремление искусственно культивируется усилиями националистов. Не утратила своего значения и политика по принципу «разделяй и властвуй», скорее, напротив, поэтому роли языка в разделении этносов придаётся важное и даже первостепенное значение. Языковеды, в свою очередь, объясняют тенденцию к множественности как самим устройством языка, образованным из ряда удаляющихся друг от друга диалектов, так и функциональным механизмом его использования в разных сферах жизнедеятельности человека: в быту, искусстве, науке и т. п.

3) **Язык, развитие.** Развитие естественного человеческого языка или ***глоттогенез*** (греч. glotta – язык, genesis – развитие) неразрывно связано с историей существования человека. Предполагается, что зарождение звукового языка в его членораздельной форме происходило около 100 000 лет назад, – в период, разделяющий неандертальцев и первых общин людей современного типа. Неандертальцы анатомически не были способны к голосовому языку – они не располагали ещё фарингеальной полостью, которая была достаточной для произношения многих звуков (в первую очередь гласных фонем). Но гораздо ранее у гоминидов возник язык жестов и параллельно с этим формировалась специализация

левого полушария для организации трудовой деятельности (с началом этого процесса около 500 000–400 000 лет назад). Левая гемисфера у большинства гоминидов постепенно стала ответственной за координацию движения обеих рук, без чего был бы невозможен прогресс в развитии сложных действий, необходимых для выживания. Предполагается также, что принципы построения последовательности жестов рук в «языке жестов», служившего главным способом передачи сложных значений, из двигательной области этого полушария были перенесены позднее на другие его отделы – на звуковые последовательности. У антропоидов (горилл и шимпанзе), имеюших с человеком общих предков около 6–5 млн лет назад, на воле существует, как известно, система жестов, которые совпадают с жестами детей в доречевой стадии психического развития. Антропоиды способны в неволе при общении с человеком усвоить значительное количество жестов (от 200 у шимпанзе до 1 000 – у горилл) и употреблять их в конструкциях, построенных по синтаксическим правилам.

Предполагается, что подобные системы жестовых знаков наряду с ограниченным количеством (около 20–40) коротких звуковых сигналов были основным средством общения гоминидов на протяжении около 3 млн лет, и только в самый поздний период эволюции человека (100 – 40 тыс. лет назад) начинается глоттогенез в собственном смысле слова. Упомянутые 3 млн лет филогенеза сжаты в несколько месяцев онтогенеза психического созревания у нормально развивающе-

гося ребёнка. По мере усложнения биологического вида его эволюция ускоряется в геометрической степени. Повидимому, представительство языка жестов и сопровождающих жесты звуковых сигналов, находится в правом полушарии большого мозга. На это указывает, в частности, тот факт, что оно раньше формируется в дородовом периоде и раннем детстве. Несколько позднее, но уже в левой гемисфере формируются задние (затылочно-теменные) зоны, отвечающие за словесное обозначение предметов, и только затем височно-лобные зоны левого полушария, занятые построением синтаксически сложных структур. Вероятно, эта последовательность развития мозга отражает и эволюционные стадии глоттогенеза. Поэтому, полагают, что периодом, когда жестовая сигнализация сосуществовала со звуковой (с несколькими десятками звуков, как у антропоидов) следует долгий период эволюции способов называния предметов последовательностью фонем (их число во всех языках близко к числу звуковых сигналов антропоидов). А вот синтаксис раннего звукового языка, когда из первичных звуковых сигналов образовались потом фонемы – составные части слов), долгое время оставался ещё очень простым.

Описанные периоды ранней эволюции языка, повидимому, предшествовали появлению homo sapiens sapiens (кроманьонца, непосредственного предка современного человека), которому свойственно развитие височно-лобных зон доминантного по речи полушария и дальнейшее развитие пе-

редних лобных зон, связанных со сложными синтаксическими структурами левого полушария. Гибель неандертальцев до сих пор является загадкой, но какое-то отношение к этому имело, скорее всего, устройство его мозга, препятствующее быстрому развитию речи и мышления (более массивный мозг неандертальца, достигавший 2 кг, отличался развитием преимущественно тех его структур, которые отвечают за память и другие, более простые психологические и моторные функции). Язык первых поколений человека в основных чертах уже не отличался от последующих языков мира. Он, согласно ***теории моногенеза языка***, и был родоначальником всех последующих языков. Этот праязык возник в одном месте, где человек и появился. Вероятно, произошло это в Африке. По мере расселения человека из Африки по территории Евразии, а затем далее, от первого человеческого языка произошли диалекты, из которых постепенно развилось несколько групп родственных языков – языковых макросемей числом не более 10, существовавших ещё сравнительно недавно (порядка 20–10 тыс. лет назад). Затем, в фантастически короткие сроки (около 10 тыс. лет назад), появились праязыки отдельных языковых семей, выделившихся каждая из соответствующей макросемьи. Эти языковые семьи и послужили источником развития современных языков.

Различия между современными языками тем не менее велики, но не настолько, чтобы был невозможен перевод с од-

ного языка на другой, – все они имеют общий источник происхождения и изобретены с одной целью – для того, чтобы фиксировать знание о действительности и обмениваться информацией. Правда, делают они это с разным успехом. Например, перевести «Евгения Онегина» А. С. Пушкина на язык какого-нибудь бразильского племени достаточно сложно, – в языке этого затерянного в джунглях племени не найдётся ни нужного количества слов, ни грамматических структур, чтобы передать без искажения и в понятной форме и малую часть содержания поэмы. Но не менее сложно сделать и обратное, т. к. язык этого племени, приспособленный для описания сферы его обитания, отражает и совершенно непонятные современному человеку особенности мышления и представления о мире его членов. Давно начавшаяся в связи подобными ситуациями дискуссия о роли языка в развитии и функционировании мышления не прекращается поэтому до сих пор. Бедный лексикон племён джунглей приводит к многословию – мысль, выражение которой требует на развитом языке 5 слов, на языке племени требует в 10–20 раз больше слов. Следовательно, во столько же раз предки человека думали медленнее. Теория моногенеза языка (его происхождения из одного источника) предлагает схему иерархии праязыков, состоящих из многих ступеней, конечным звеном которой являются современные языки. Альтернативой теории моногенеза является теория ***креольского праязыка***, возникшего путём слияния нескольких языков в

условиях двуязычия.

Возникновение языка, как считают крупнейшие философы-материалисты, непосредственно связано с возникновением общества, развитием трудовых и общественных отношений. «Развитие труда по необходимости способствовало более тесному сплочению членов общества, так как благодаря ему стали более часты случаи взаимной поддержки, совместной деятельности и стало ясней сознание пользы этой совместной деятельности для каждого отдельного члена. Коротко говоря, формировавшиеся люди пришли к тому, что у них появилась потребность что-то сказать друг другу» (Ф. Энгельс)). К. Маркс и Ф. Энгельс указывают также, что «язык возникает лишь из потребности, из настоятельной необходимости общения с другими людьми». Консолидирующую роль языка в образовании наций отмечал и В. И. Ленин. Если бы это действительно было так, не произошло бы Вавилонского столпотворения – многоязычия, после которого люди перестали понимать друг друга. Очевидно, что одновременно с упомянутой потребностью к общению, сближению и сотрудничеству существовала другая, противоположная, – тенденция к изоляции, замкнутости и враждебности.

Выявляется и другая проблема. Большинство людей лишь пользуются готовым языком, в лучшем случае не искажая его. Похоже на то, что если таким людям предоставить право определять судьбу своего языка, то, скорее всего, язык станет всё более примитивным и, в итоге, деградирует, исчез-

нет, как и сами эти люди, неспособные к языкотворчеству. Как говорил Конфуций, исчезает язык, погибает и народ. Но, в отличие от т. н. потребителя, индивида с преобладанием дефицитарных потребностей, существует особый тип людей, пассионариев лингвистики, способных не только к сохранению, но и к языковому творчеству. Именно они делают язык всё более совершенным, богатым, гибким и тем самым сохраняют народ, его будущее. Среди таких людей особенно много, вероятно, поэтов, писателей и исследователей. Они способны обнаруживать, открывать в происходящем нечто новое, ранее неизвестное и отмечать их оригинальными словосочетаниями или даже изобретают новые слова – неологизмы. Любое подлинное творчество – это и языковое творчество. Вклад каждого из таких людей в развитие языка может быть на первый взгляд незначительным. Например, Ф. М. Достоевский придумал всего одно новое слово – стушеваться. И будто бы очень этим гордился. Любой мировой язык – это результат творчества десятков, если не сотен тысяч безымянных гениев языка. В русском языке, к примеру, содержится около 100 000 слов (включая говоры, диалекты). Их создало, вероятно, огромное число людей. Не считая тех многих тысяч, кому мы обязаны правилами языка.

Внутренняя структура языка, а именно его грамматика, стилистика и т. п., стала известной сравнительно недавно – развитие языкознания относится ко второй половине 18 века. Тем не менее она была изобретена, совершенствовалась и

существовала всегда после появления языка, проявлялась в речевой деятельности людей – десятками тысяч лет они общались, понимали друг друга, пользуясь в особых случаях переводчиками, не имея ни малейшего понятия о том, как устроен их язык. Как и дети 2–3 лет, уже способные неплохо говорить, но даже не подозревающие о том, что такое язык и каким образом он устроен. Звуковая материя языка рассматривается как первичная, системы письменности производны от неё, вторичны. Письменность возникла много позднее звукового языка, приблизительно 4–6 тыс. лет назад. Как она появилась и кто были изобретавшие её люди, неизвестно. Репертуар звуков и составляющих их признаков ограничен возможностями речевого аппарата человека, и сказать, что он как-то изменился за последние 10–20 лет, повидимому, нельзя. Этот репертуар звуков материализовался позднее в письменной речи в виде графем, слов, предложений.

Знаковая сущность языка состоит в том, чтобы установить соответствие между значениями, знанием действительности, с одной стороны, и языком, с другой. Иными словами, язык устроен так, чтобы человек, располагая относительно скромными средствами речи, мог запечатлеть, понять и передать безграничное количество информации о действительности. Знание в каждом языке членится на смысловые блоки. Их, полагают, два, и они тесно друг с другом связаны. Первый смысловой блок содержит знания о действительности, в том числе и о внутреннем мире человека, и

обозначающие их словесные эквиваленты («вербальные оболочки»). Это т. н. ***лексические значения***. Носителем значений являются ***лексемы*** (слова) и ***фразеологизмы*** (несвободные сочетания слов). В свою очередь, этот блок распадается на ряд других, – в зависимости от того фрагмента действительности, информацию о которых он содержит (например, одушевлённые и неодушевлённые объекты, материальные и психологические явления и т. п.). Второй смысловой блок относится к самому языку – это грамматические структуры, их представляют служебные ***морфемы, синтаксические конструкции*** (словосочетания, предложения) и ***операции с ними*** (грамматические правила). Оба эти блока сосуществуют в единстве. Лексические значения, с одной стороны, и грамматика, с другой, позволяют отобразить значительную часть того, что существует в действительности, поскольку не хватило бы никакого количества одних слов и фраз для того, чтобы зафиксировать всё время увеличивающийся объём знаний о мире.

4) **Язык и мышление.** Язык и мышление – неразрывно связанные виды общественной деятельности. Они, однако, отличаются друг от друга по своей сущности и специфическим признакам, и тут понятного намного больше, чем неизвестного. «Мышление – высшая форма активного отражения объективной реальности, целенаправленное, опосредствованное и обобщённое познание существующих связей и отношений предметов и явлений. Оно осуществляет-

ся в различных формах и структурах (понятиях, категориях и теориях), в которых обобщён и закреплён познавательный и социально-исторический опыт человечества» («Философия. Энциклопедический Словарь», 1983). Процессы мышления проявляются в 4-х основных формах, выступающих в сложном взаимодействии: наглядно-действенном, наглядно-образном, образном и абстрактном или словесно-логическом формах мышления. При этом на первой ступени развития мышление является неречевым – ребёнок «думает» телом, осваивая определённые движения, и руками, научаясь оперировать предметами социального назначения (ложкой, обувью, одеждой и т. п.). В настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой указанные генетические формы мышления развиваются одна за другой, они как бы наслаиваются друг на друга и тем самым внутренне не связаны между собой.

Так это или нет, вопрос этот, скорее философский, относится он к природе развития вообще. Одни исследователи полагают, что развитие происходит путём постепенной эволюции от элементарного, простого по направлению во всё более сложному. Из неорганической природы в определённых условиях появились органические химические соединения, белки, простейшие организмы и, в итоге, возник человек, обладающий сознанием. Другие исследователи считают, что этот путь нереален: не может камень превратиться со временем в цветок, а собака никогда не станет прекрасной

английской леди. Т. е. возможности и направление развития предопределены изначально и проблема состоит лишь в том, чтобы узнать, каким образом они могут быть предопределены и как об этом можно узнать (или можно ли вообще об этом узнать). Согласно второй точки зрения, уже в раннем мышлении ребёнка имеют место зачатки более высоких его форм. Этим мышление ребёнка отличается от мышления приматов, которое далее развивается, но за свои пределы выйти никогда не сможет. «Орудием мышления, – продолжает упомянутая энциклопедия, – является язык, а также другие системы знаков (как абстрактных, например, математических, так и конкретно-образных, например, язык искусства)».

Упомянутые смысловые блоки разных языков сильно отличаются друг от друга: знание какого-то африканского племени и его речь несопоставимы с объёмом знаний и сложностью языка европейского народа. Этот момент представляется чрезвычайно важным. Дело в том, что отсутствие словесного обозначения какого-то явления и слов, посредством которых оно связано с другими явлениями, лишает индивида способности замечать соответствующее явление, а также связать его с какими-то другим. Иными словами, отсутствие словесного обозначения не позволяет осознать соответствующие явление, его как бы нет в сознании индивида. А для него это может означать, что такого явления не существует. Человек не осознаёт, например, того, что меняется атмо-

сферное давление, вокруг него кружат радиоволны и проносятся гигантские потоки информации, часто он не осознаёт даже того, что его поведение кто-то извне контролирует. Ребёнок, в свою очередь, может видеть тучи, вспышки молнии, звук грома и шум дождя. Но для него все эти явления будут отделены друг от друга, и то, что называется гроза, он долго ещё понять не сможет.

Связь языка и мышления – это одна из центральных проблем теоретического языкознания и философии языка. Решается она по-разному: от прямого отождествления языка и мышления (Ф. Э. Д. Шлейермахер и др.) или их чрезмерного сближения с преувеличением роли языка (Л. Леви-Брюль, бихевиоризм, неогумбольтианство, неопозитивизм), или, чаще, игнорирования роли языка в мышлении (формализм, дескриптивизм). В диалектическом материализме язык и мышление представляются в единстве, но лишь в той степени, что язык рассматривается в качестве материальной опоры словесно-логического мышления. Между тем роль языка в наглядно-действенном (ручном) мышлении даже взрослого человека, например, трудовых мануальных манипуляциях минимальна, так как на работе от него требуется лишь воспроизводить заученные ранее последовательности действий. Относительно невелика эта роль в практическом (наглядно-образном) мышлении, когда приходится действовать по ситуации. Практичному человеку не надо знать истории, философии, логики – он действует в ситуации «здесь и

теперь», по опыту зная, как следует поступить в конкретной жизненной ситуации. Не требуется высокий уровень отвлечённого мышления и в образном, метафорическом мышлении, при котором эмоции часто преобладают над рассудком. Образное мышление породило пословицы, легенды, мифы, священные тексты, предрассудки, поэзию, художественную литературу.

Только словесно-логическое мышление, нацеленное на поиски первопричины, нуждается в языке понятий и логики, свободном от эмоций, пристрастности, субъективизма. Достижения мыслящего человека – это твёрдые суждения о сущности вещей. И язык этот внешне ничем не выделяется: всё те же слова, одни и те же правила грамматики. Отличие тем не менее есть, оно является внутренним и состоит в том, что слова, используемые отвлечённым мышлением, обозначают не предметы и их образы, а понятия – сущностные качества объектов действительности. А понятия, в свою очередь, соединяются по правилам логики, точнее, правилам соединения сущностей вещей.

Первобытный человек сущностями вещей, считал, как известно, духов, а о логике не имел ни малейшего представления. Его лексикон был ограничен малым числом слов, а правила его мышления не имели ничего общего с законами отвлечённого мышления. С одной стороны, он верил в магию, чудеса и уделял ритуальным занятиям немало времени. С другой стороны, он умел делать очень многое, не осозна-

вая того, что именно позволяет ему это делать. Иными словами, в тот период существования человека он следовал принципу «вначале было дело». Язык и речевое мышление имели второстепенное значение. Но, по мере накопления знаний, развития образования, а тем самым развития мышления и языка, ситуация радикально изменилась. Роль сознания стала первостепенной. Развитие сознания без языка не было бы возможным, как и развитие мышления. Но, с другой стороны, такое представление роли речи в развитии мышления совершенно не учитывает значения обратного процесса, – роли мышления в развитии и функционировании речи. Можно считать доказанным тот факт, что механическое усвоение языка практически невозможно. Об этом свидетельствуют результаты обучения языку высших приматов (шимпанзе и орангутангов), а также детей, которые до 7–8 лет были лишены возможности общаться с людьми. И в том, и в другом случае мышление в своём развитии не поднималось выше наглядно-действенного – операций с предметами.

Для овладения языком необходимо иметь развитым в достаточной степени наглядно-образное мышление – способность оперировать представлениями – образами предметов. И сделать при этом может быть самое важное открытие в своей жизни: понять, что каждый предмет имеет своё название. Дети делают это открытие на 2-м году жизни. Полагая при этом, что название от природы свойственно предмету. Ещё не научившись говорить слова, он уже начинает по-

нимать значение некоторых из них. Это значит, что он может представлять себе не только чувственный, но и словесный образ предмета. А немного позднее получает возможность оперировать со словесными образами предметов. Но для овладения языком недостаточно и этого. Ребёнок, когда он учится говорить, не просто подражает взрослым, как попугай. Он не станет разговаривать, если не осознает, что для общения ему нужно говорить самому. Это осознание приходит к нему очень рано – к возрасту около 1,5 лет. В это время он сопровождает свои впечатления об увиденном и свои действия звуками будущей речи – фактически он уже общается. Детские психологи указывают, однако, что признаки коммуникации появляются у младенца уже на стадии лепетной речи. Иными словами, у ребёнка к возрасту около 1,5 лет уже существует мотивация овладеть речью – без самостоятельных усилий говорить он никогда не научится. В последующие 1,5–2 года он научится не только говорить слова, но научится составлять фразы по правилам грамматики. Никто специально не учит его этим правилам, некоторые родители не знают этих правил или даже не подозревают об их существовании. Следовательно, ребёнок сам открывает эти правила и в последующем уверенно пользуется ими, но имплицитно, без участия сознания. Для того же, чтобы овладеть правилами грамматики, недостаточно наглядно-образного и даже образного мышления, т. е. способности свободно оперировать словесно-мысленными образами. Необходимы

структуры отвлечённого мышления – способности выделять в потоке речи правила речи. Например, правил употребления личных местоимений, диалога. Вышеупомянутая схема развития мышления отказывает детям в способности к отвлечённому мышлению вплоть до подросткового возраста, но они всем ходом развития речи убедительно опровергают эти укоренившиеся научные представления. Ещё более убедительно это делают дети с ранним развитием речи, когда, например, фразовая речь появляется в возрасте около года.

Обсуждая проблему связи мышления и речи, обычно не упоминают о том, что и мышление, и речь являются лишь средствами (механизмами, орудиями) самого человека, его личности, которая наделена потребностями, чувствами, волей, интеллектом. Упускается из виду также такой всё ещё загадочный факт, что помимо психологических функций и знания языка, у человека есть ещё Я – то действующее лицо, которое осознаёт себя личностью, или точнее, структуру, которая созидает его личность. Все попытки дать исчерпывающее определение человеку зашли в тупик. И чем больше накапливается знаний о природе человека, тем призрачнее становится надежда это сделать. Пока же приходится ограничиться определением, согласно которому человек – это то, кем он осознаёт себя в тот или иной момент его жизни. Не личность или человек вообще, а как раз это действующее в человеке начало определяет его активность: ставит перед собой определённые цели, стремится к их осуществлению,

оценивает деятельность человека, решает, что для него важно, а что – нет. И именно это Я пользуется знанием языка и использует интеллект человека. Я человека формируется в раннем детстве, – ребёнок в возрасте около года уже ясно даёт понять, что это Я у него есть, это оно чего-то хочет, чем-то интересуется, к кому-то привязано. И, повидимому, все вопросы, связанные с развитием языка, мышления и связи между ними должны рассматриваться не абстрактно, в отрыве от личности индивида, а именно с учётом центральной роли Я человека в том или ином периоде существования человека.

5) **Речь**. Речь – использование индивидом языка в процессах общения с другими людьми и с самим собою. Посредством речи происходит кодирование информации о том, что индивид думает, чувствует, знает, намеревается и умеет делать и которую в языковой форме он запечатлевает в своей памяти, использует в своей умственной деятельности и передаёт окружающим в устной или письменной форме. Речь тем самым ассоциирована не только с мышлением. Речь неразрывно связана со всеми другими проявлениями психического, но в первую очередь с Я индивида как интегральной и функционально активной частью его личности. Речь, это следует подчеркнуть, является важнейшим инструментом функционирования сознания индивида, с одной стороны, а с другой – само формирование сознания человека невозможно без участия в этом процессе целенаправленной

речи, начиная с детского возраста. «Овладение языком… – указывает Г. Крейг, – более чем любое другое (достижение – В. А.) характеризует безграничные человеческие возможности». Язык – система знаков, код для обозначения значений и смыслов, а также правила применения этого кода. Психические и речевые процессы (при всей относительности их разграничения) протекают как бы параллельно один другому. Психические процессы обеспечивают адекватное отражение действительности. Речевые процессы в то же самое время обеспечивают более или менее объективное представление этой информации в структурах речи и в понятной форме могут быть переданы кому-то другому. Как известно, неточности употребления даже отдельных слов, порождая ненужные коннотации (лат. connoto – имею дополнительное значение), то есть дополнительные оттенки значения, могут исказить движение мысли в сторону от магистрального его пути, повлечь двусмысленность либо неопределённость высказывания. Даже самые верные суждения о происходящем, выраженные неудачными фразами или грамматически неправильными предложениями, могут потерять всякий смысл либо изменить его до неузнаваемости.

Оба упомянутых плана событий внешне вроде бы не зависят друг от друга подобно тому, как не зависят друг от друга информация и процессы её кодирования в компьютерном процессоре. В патологии, впрочем, встречаются симптомы, в которых отчётливо выявляются признаки расщепле-

ния речевых и умственных процессов. Это, предположительно, разорванность мышления, при которой процессы наглядного отражения действительности протекают вполне удовлетворительно, но в то же самое время отвлечённое мышление распадается и бывает представлено бессмысленным калейдоскопом значений, с одной стороны, и логически неупорядоченным потоком слов, то есть автономной, неуправляемой и ставшей независимой от логики речевой активностью, – с другой.

Тем не менее аналогия с компьютером не вполне уместна, если имеется в виду человеческая психика. Дело в том, что речь является не только результатом, но и проявлением психического, и потому она находится в теснейшей связи с психикой индивида в целом.

Сказанное может означать, **во-первых**, что психическое расстройство может не только проявляться нарушениями речи, как проявляются, например, многие нарушения мышления, когда собственно патологии речи вроде бы не выявляется. Например, бредовые значения возникают обычно без того, чтобы этому способствовали нарушения речи, чаще бредовые идеи, внешне проявляясь многословием, изменением семантики слов и выражений, собственно патологией речи тем не менее не сопровождаются. Это то, что можно бы обозначить как сопутствующие нарушения речевого процесса. К. Ясперс указывает, что в таких случаях «средствами нормального речевого аппарата выражается нечто аномаль-

ное», при этом речь сама по себе «не повреждена». О расстройстве речевой деятельности, подчёркивает К. Ясперс, то есть о собственно патологии речи, следует говорить только при изменениях, «которым подвергся сам речевой аппарат».

Психическое расстройство, может, **во-вторых**, порождать определённые нарушения речи аналогично тому, как депрессия неизбежно влечёт снижение способности свободно пользоваться речью, в частности конвертировать значения в словесные конфигурации и превращать воспринимаемые словесные структуры в определённые значения. Это то, что можно бы обозначить как вторичные или симптоматические нарушения речи. Таких нарушений речи из известных в настоящее время в психопатологии, по-видимому, едва ли не большинство.

В-третьих, следует предположить, что существуют и первичные нарушения речи, то есть собственно расстройства кодирования информации, когда определённые значения представляются в неадекватной речевой форме и, наоборот, речевые конфигурации при их восприятии приобретают в сознании индивида совсем иной смысл, чем они на самом деле имеют.

Следует при этом иметь в виду, что информация о действительности обычно представлена в сознании человека не в чистом, непосредственном её виде, а в опосредованной языком форме, иного ему, по-видимому, не дано. Речевые единицы в этом смысле являются материальной оболоч-

кой значений и смыслов, то есть материальным носителем циркулирующей в сознании индивида информации. Обычно считается, что иерархические пирамиды речи и такие же пирамиды значений в норме образуют нерасторжимое единство, но это единство в условиях патологии способно распадаться. Нормальному индивиду известны, вероятно, состояния, в которых он будто бы знает, что ему следует сказать, когда он отчётливо осознаёт факт определённой мысли, но при этом долго не находит нужных слов для её выражения. Поиск адекватных слов и выражений, по словам В. Маяковского, является порой поистине каторжной работой. С другой стороны, само воспоминание слов не обязательно сопровождается актуализацией соответствующего знания. Индивид нередко встречает и распознаёт неизвестные ему слова, которые воспринимаются им лишёнными всякого значения. Кроме того, он может забывать значение каких-то слов и потому воспринимать их как ставшие для него бессмысленными сочетаниями фонем или букв. Психопатологии известны клинические факты, когда у душевнобольных с очевидными нарушениями речи (дизартрия, заикание, трудности в подборе нужных слов и др.) наблюдаются вербальные галлюцинации, при которых «голоса» не обнаруживают никаких отклонений в своей речевой активности или разговаривают на «иностранном», неизвестном пациенту языке. Из сказанного вытекает, что значения и словесные формы их представления связаны не механически, а каким-то иным, не слиш-

ком понятным образом. Остаются, в частности, неизвестными те отличия в представлении значений, которые связаны соответственно с социальной и внутренней, личной формами речи, не слишком понятно вообще, есть ли какие-то параллели в нарушениях внешней и внутренней речи.

Вероятно, в силу существования этой неопределённости К. Ясперс характеризует подлинные нарушения речи как «некие необъяснимые явления, анализ которых помогает нам понять, что же представляют собой расстройства речевой деятельности в собственном смысле». Если первичные нарушения речи действительно существуют, то они, в свою очередь, не могут не оказывать существенного влияния на психические процессы, в частности на содержание сознания. Как указывает Л. С. Выготский, мысль не выражается в слове, она «совершается в слове». Иными словами, информация о чём-либо может, предположительно, кодироваться неадекватно, являясь затем в сознании в таких формах речи, которые не соответствуют информации о происходящем в действительности, или выражаться также в виде психопатологических феноменов.

Приведённые разграничения расстройств речи на три категории имеют, разумеется, гипотетический характер, хотя их правомерность косвенно подтверждается не только теоретическими рассуждениями, но и некоторыми данными психопатологии. Таких данных пока что недостаточно для построения естественной классификации расстройств речево-

го процесса.

Проявления вторичной патологии речи известны ныне в основном в том, что касается мышления и памяти. Например, это утрата способности вспоминать или узнавать слова, многословие при обстоятельности мышления, обеднение речи при заторможенном мышлении, витиеватость высказываний при резонёрстве и др. Несколько хуже изучены нарушения речи у пациентов с аффективной патологией, нарушениями воли, патологией сознания, расстройствами в сфере ощущения и восприятия, нарушениями в сфере самоосознавания. Что касается собственно нарушений речи, то есть первичной патологии речи и влияния этой патологии на психологию индивида, то за исключением локальных нарушений высших корковых функций, в первую очередь афазии, эта проблема остаётся практически неисследованной.

6) **Характеристика речи**. Различают следующие аспекты речи: фонология, грамматика, лексика, семантика, гнозис речи, просодия, а также паралингвистика.

1. ***Фонология*** (греч. phone – голос, звук; logos – слово; понятие, учение; мысль; определение; отношение), применительно к отдельному человеку более точным является термин фонетика (греч. phonetikos – звуковой, голосовой) – продуцирование звуков речи (фонем, слогов, слов, синтагм или словосочетаний, высказываний или предложений). Включает такие процессы, как фонация и артикуляция.

1.1. ***Фонация*** (греч. phone + лат. facere – делать) – звуко-

образование, совместная работа произносительных органов во время производства звуков речи, а также результат такой работы – голос, звучание речи. Различают до 10 типов фонации, в том числе: звонкость или нейтральный голос, то есть обычные периодические колебания голосовых связок; скрипучий голос – низкочастотные колебания сведённых напряжённых голосовых связок; придыхательный голос – добавление ***фрикативного*** (лат. fricare – тереть), то есть гортанного шума, возникающего в результате прохождения ***турбулентного*** (лат. turbulentus – беспорядочный) потока воздуха через широко открытую голосовую щель; шёпотность – шум, возникающий при сужении голосовой щели; громкость – амплитуда колебаний звуковых волн; особенности фонации в зависимости от пола, возраста, и др. Фонация может значительно меняться под влиянием психического состояния индивида, его настроения, активности.

1.2. ***Артикуляция*** (лат. articulo – расчленяю, произношу членораздельно) – совокупность произносительных действий органами речи при образовании звуков речи. Органы речи делятся на две группы: а) органы дыхания (лёгкие с бронхами и трахеей), создающие необходимую для образования звуков струю воздуха, и б) органы, непосредственно участвующие в звукообразовании. Последние распадаются на активные и пассивные.

Активные или подвижные органы речи способны менять объём и форму речевого тракта и создавать в нём препят-

ствия для выдыхаемого воздуха. Ими являются такие образования. 1) ***Гортань***, состоящая из перстневидного, щитовидного и двух пирамидальных (черпаловидных) хрящей и двух пар мышечных складок, из которых нижняя пара называется истинными голосовыми связками или складками, а верхняя пара – ложными голосовыми связками. Задний конец каждой из истинных голосовых связок соединён с одним из черпаловидных хрящей, передние концы этих связок сходятся во внутреннем углу щитовидного хряща. Пространство между голосовыми связками называется голосовой щелью. Благодаря колебаниям голосовых связок под воздействием выдыхаемого воздуха возникает тон, именуемый голосом. Голосовые связки иннервируются блуждающим нервом. 2) ***Глотка,*** которая может сужаться и расширяться. Мышцы глотки иннервируются языкоглоточным и блуждающим нервами. 3) ***Язык,*** способный выполнять разнообразные движения; в зависимости от того, какая часть языка принимает участие в образовании звуков, различают переднюю, среднюю и заднюю его части. Мышцы языка иннервируются подъязычным нервом. 4) ***Губы***, способные выполнять различные артикуляции. Мышцы губ иннервируются лицевым нервом. 5) ***Нёбная занавеска*** (мягкое нёбо) с так называемым ***маленьким язычком*** (увулой, от лат. uvula – язычок), которая, поднимаясь, закрывает ход в нос и отделяет полость носа от глотки. При опускании мягкое нёбо оставляет проход в эту полость открытым. Мышцы мягкого нёба иннерви-

руются языкоглоточным нервом.

К ***пассивным органам речи*** относятся зубы, твёрдое нёбо, полость носа. Все активные органы речи могут, сближаясь или соприкасаясь с пассивными, а также между собой, создавать преграду для выдыхаемой струи воздуха. В месте преграды создаётся источник шума, необходимого для образования звуков согласных фонем. Зубы и твёрдое нёбо являются только местом действия активных органов чувств. Полость рта служит резонатором, который, будучи включённым, сообщает звуку носовой характер.

Различают несколько этапов артикуляции: а) построение программы произнесения (высший уровень двигательного управления); б) сокращение мышц в результате нейростимуляции (уровень периферической реализации моторной программы); в) движение органов речи, приводящее голосовой тракт в состояние, необходимое для произнесения данного звука. Термин «артикуляция» применяется либо к процессу в целом, либо к последнему его этапу. В памяти носителя языка хранятся, по-видимому, целевые артикуляционные положения для звуков и альтернативные наборы моторных программ для разных контекстных и темповых условий. Контроль артикуляции осуществляется за счёт кинестезической чувствительности и слуховой обратной связи.

1. 3. ***Грамматика*** (греч. gramma – буква, написание) – словообразование, морфология (греч. morphe – форма + логия) и синтаксис (греч. syntaxis – составление), то есть спо-

собы образования слов и их соединения в словосочетания и предложения, как простые, так и сложные. Как система правил образования и связывания форм речи в предложения и высказывания грамматика развивается по мере того, как повышается уровень требований к адекватному выражению содержаний психического. Люди могут быть мотивированы грамматической компетентностью в разной степени. Безупречное владение нормами грамматики свойственно сравнительно небольшому числу лиц умственного труда, особенно поэтам и писателям. Так, подсчитано, что во всех текстах А. С. Пушкина содержится всего четыре грамматические ошибки. Правила грамматики также хранятся в памяти, поэтому нарушения последней могут повлечь различные аграмматизмы речи.

1.4. ***Лексика*** или ***лексикон*** (греч. lexis – слово, выражение) – совокупность слов, словарный запас языка, слов текста какого-либо автора или какой-нибудь сферы деятельности. В лексиконе А. С. Пушкина насчитывается около 30 000, У. Шекспира – 20 000 слов. Средний человек в России обладает лексиконом в 10 000–20 000 слов. Различают активный и пассивный лексиконы. ***Активный лексикон*** – запас слов и выражений, которые индивид активно использует в своей речи. ***Пассивный лексикон*** – запас слов и выражений, значение которых индивид понимает в достаточной мере. Пассивный лексикон обычно превышает активный в 1,3–1,5 раза. Нормальный объём лексикона вариирует от языка,

которым пользуется индивид с нормальным интеллектом и который позволяет ему полноценно адаптироваться к требованиям действительности.

Различают определённые стилистические системы: обиходно-бытовая, газетно-политическая, производственно-техническая, официально-деловая и научная. В зависимости от источника принято разграничивать следующие стили устной и письменной речи: ***высокий*** (книжный, литературный), имеющий своим источником в русском языке старославянский (церковнославянский) язык и язык летописания. Любопытно, что наибольший расцвет упомянутых двух последних языков приходится в России на время нашествия татаро-монголов (Фоменко, Носовский, 2005); ***нейтрально-разговорный или средний стиль*** восходит к общенародному языку, в особенности к языку городской части населения; ***простой или фамильярно-простой стиль*** имеет своим источником язык городских низов, крестьянские диалекты, а также языки профессиональных групп, диалекты и жаргоны (солдат, студентов и др.). Лица, хорошо владеющие языком, обычно чётко разграничивают речевые стили, в зависимости от обстоятельств и ситуаций они говорят и пишут очень по-разному, поскольку они способны к стилевой гибкости. Существуют и низшие формы речи, в которых выражаются агрессивность, враждебность, жестокость, нравственная деградация или моральная несостоятельность.

Ж. Л. Л. Бюффон (1753) так характеризует стиль речи:

«Знания, факты и открытия легко отчуждаются… эти вещи вне человека. Стиль – это сам человек. Стиль не может ни отчуждаться, ни преобразовываться, ни передаваться». Стиль речи – это одна из важнейших характеристик личности, её интеллекта, характера, отношения к ценностям существования. Согласно А. И. Соболевскому (1909), стиль речи рассматривается как переменная величина, как языковое приспособление человека к общественной среде. Отсюда разные стили речи индивида в разных социальных контекстах (речь пациента в беседе с врачом, речь бытовая, речь в публичных выступлениях, речь в интимной обстановке и мн. др.). Существует также понятие «стиль мышления, миропонимания», о котором М. Борн (1953) говорит следующее: «…существуют общие тенденции мысли, изменяющиеся очень медленно и образующие определённые философские периоды с характерными для них идеями во всех областях человеческой деятельности, в том числе и в науке… Стили мышления не только в искусстве, но и в науке».

Лексикон языка и отдельного индивида не является неизменным. Постоянно идёт его пополнение, а в болезни – и обеднение, деформация, непрерывно совершается дифференциация слов и их значений или, напротив, их синкретизация. Новые слова в языке и лексиконе отдельных индивидов называются ***неологизмами*** (греч. neos – новый + логизм). Образование новых слов осуществляется по-разному: 1. при помощи грамматических (словообразовательных мо-

делей); 2. путём образования у слов новых значений; 3. путём конверсии (лат. conversio – превращение, изменение) – выражениями, передающими двусторонние субъектно-объектные отношения (например: сестра старше брата и брат моложе сестры); 4. путём заимствования слов иного языка; 5. по правилам аналитического наименования и сокращения слов; 6. искусственным путём («газ», «лилипут»). Патологические неологизмы создаются и другими способами (например, слиянием ряда слов в одно, разделением слова на самостоятельные в смысловом отношении части, символическим толкованием каких-то слов и их частей, выделением второстепенного аспекта значения слов и превращением его в главное и др.).

1.5. ***Семантика*** (греч. semantikos – обозначающий) – 1. всё содержание, которое язык способен передать; русский язык является одним из немногих, способных запечатлеть и передать всю известную человечеству информацию; 2. смысловая сторона единиц языка (частей слов, слов, словосочетаний, предложений и высказываний). Слово, с одной стороны, есть последовательность звуков (фонем) или букв (графем), связанная с объектом (***денотат***, ***референт*** – имеется в виду название, обозначение словом наглядного образа объекта, позволяющего опознать последний), а с другой стороны, оно связано с понятием, мысленным представлением объекта, то есть определённым знанием о нём, обозначаемым терминами ***сигнификат*** или ***интенсионал***. В патоло-

гии денотату соответствует название, которое пациент присваивает, например, своей иллюзии, галлюцинации, а сигнификату – обозначение того содержания, которое пациент приписывает ложному образу. У слабослышащих детей чувственный образ слова и наглядный образ обозначаемого им объекта нарушены в том плане, что слово относится к части объекта, смежному ему объекту или общей ситуации, с которой этот объект ассоциируется. Многие слова, а также другие единицы языка являются многозначными – ***полисемия*** или ***полисемантизм*** (греч. polysemos – многозначный). Так, слово «поле» имеет шесть разных значений. Выбор актуального значения определяют другие единицы языка, с которыми связано слово или выражение, а также ***контекст*** (лат. contextus – тесная связь, соединение) – законченная в смысловом отношении единица текста. В каждом языке существуют ***идиомы*** (idioma – своеобразное выражение) – устойчивые словосочетания с неким условным смыслом, понятным в контексте определённой культуры: пословицы, поговорки, крылатые выражения. Дети и даже подростки обычно не вполне понимают значение глубоких по содержанию поговорок и пословиц, это понимание может быть нарушено и в силу расстройства умственной деятельности.

1.6. ***Гнозис языковых форм*** (греч. gnosis – знание, учение) – узнавание, идентификация устных и письменных единиц языка, а также их последовательностей. Именно по этому признаку, наряду с экспрессивной речью, выделяют речь

импрессивную. В патологии имеется в виду утрата способности узнавать единицы языка – ***агнозия*** устных и письменных знаков языка. Нередко наблюдается диссоциация этого расстройства, когда, например, нарушение узнавания единиц устной речи не сопровождается нарушением узнавания единиц письменной речи и наоборот. Перевод значения письменных знаков речи в значение устных знаков речи и обратно обозначают термином ***спеллингование*** (англ. spell – spelling – писать, произносить слово по буквам). Наблюдается также локальное расстройство гнозиса, избирательно касающееся отдельных единиц речи (фонем, слогов, слов). Часто встречается, кроме того, нарушение узнавания элементов собственной речи.

1.7. ***Просодия*** (греч. prosodia – ударение, припев) или ***интонация*** – система фонетических смыслоразличительных средств: речевая мелодия, ударение, темпоральные и тембральные характеристики речи, её ритм, словесные тоны. Например, темп речи указывает на важность высказывания – второстепенные детали проговариваются обычно скорее, нежели существенные. Некоторые авторы добавляют такой элемент просодии, как пауза. Интонация, в отличие от ударения, – это тон на уровне фразы. Интонация в высказывании выполняет ряд функций: 1. различение коммуникативных типов высказывания: побуждение, вопрос, восклицание, повествование, импликацию (подразумевание); 2. различение части высказывания соответственно их смысловой важ-

ности, выделенности; 3. оформление высказывания в единое целое с одновременным расчленением его на ритмические группы и синтагмы; 4. выражение конкретных эмоций; 5. указание на подтекст высказывания; 6. характеристика говорящего и ситуации общения.

Появление и развитие мелодики речи у первобытного человека и породили, вероятно, музыку как весьма важный, а в последующем и относительно независимый способ информирования об эмоциях и чувствах с его особой знаковой системой и своеобразной грамматикой звуковых сообщений. Дети, как указывает К. И. Чуковский, очень поэтичны и музыкальны, они рано научаются воспринимать, воспроизводить музыкальные тексты и выражать пением, музыкальными интонациями речи своё настроение. Влияние музыки на сознание человека состоит, по-видимому, в том, что она существенно меняет тот контекст, в котором понимается значение вербальных воспоминаний и сообщений. Отнюдь не случайно появление не только вдохновляющей, облагораживающей, очеловечивающей, но и так называемой психоделической музыки, при восприятии которой массы людей, в особенности подростки и молодые люди, буквально «сходят с ума». В длинном ряду разных форм зависимости музыкальная зависимость в пубертатном возрасте занимает далеко не последнее место.

Глобальным переменам общественной жизни обычно предшествует появление новой музыки, которая как исподт-

воль готовит людей к самоотверженной созидательной деятельности, так и заставляет их забыть свой человеческий облик. Музыка может служить и средством арт-терапии, но эта сторона дела известна сравнительно узкому кругу специалистов. Она может служить и куда более важным делам, как, например, «Марсельеза», которую называли пушкой, прикрытой музыкальными цветами, или «Вставай, страна огромная», без которой трудно представить победу советского народа над гитлеризмом. Но гораздо чаще, зная о психоделических свойствах музыки, целенаправленно используют негативные стороны влияния музыки на человека.

Лучше всех об этой стороне функции музыки пишет, пожалуй, Л. Н. Толстой, вкладывая следующие слова в уста трагического героя «Крейцеровой сонаты»: «И вообще страшная вещь эта музыка. Что это такое?.. Говорят, музыка действует облагораживающим душу образом – вздор, неправда!.. Она действует ни возвышающим, ни принижающим душу образом, а раздражающим душу образом… Как вам сказать? Музыка заставляет меня забывать себя, моё истинное положение, она переносит меня в какое-то другое, не своё положение: мне под влиянием музыки кажется, что я чувствую то, чего я, собственно, не чувствую, что я понимаю то, чего не понимаю, что могу то, чего не могу… Она, музыка, сразу, непосредственно переносит меня в то душевное состояние, в котором находился тот, кто писал музыку. Я сливаюсь с ним душою и вместе с ним переношусь из од-

ного состояния в другое, но зачем я это делаю, я не знаю… И оттого музыка так страшно, так ужасно иногда действует. В Китае музыка государственное дело. И это так и должно быть. Разве можно допустить, чтобы всякий, кто хочет, гипнотизировал бы один другого или многих и потом бы делал с ними что хочет. И главное, чтобы этим гипнотизёром был первый попавшийся безнравственный человек».

1.8. ***Паралингвистика*** (греч. para – возле, при, вне; лат. lingua – язык) – совокупность невербальных средств, которые индивид использует в речевой коммуникации, а иногда и в качестве самостоятельного средства общения. Различают три вида средств паралингвистики: а) ***фонационные*:** тембр речи, её темп, громкость, типы заполнителей паузы (э" э, м" м и др.), мелодика, особенности произношения звуков речи (диалектные, социальные, идиолектные или индивидуальные – греч. idios – свой, своеобразный, особый + | diallectos – разговор, говор, наречие). Фонационные средства включают в себя, как видно, и просодию; б) ***кинетические*** (греч. kinetikos – относящийся к движению) – жесты, тип выбираемой позы, мимика, взгляд; в) ***графические*** (греч. grapho – пишу) – тип написания букв и пунктуационных знаков, наклон букв (почерк), а также способы графических дополнений к буквам, заменители последних. Различаются универсальные, этнолингвистические и идиолектные компоненты паралингвистики. Средства паралингвистики не только дополняют значение вербального сообщения. Они явля-

ются важным источником информации о говорящем и пишущем, его социальных, возрастных чертах, о поле (сумме лексических единиц с общим содержанием), о свойствах характера индивида, его психическом состоянии, в том числе о психопатологии. Паралингвистические средства, комбинируясь с вербальными, могут выполнять три функции: а) ***дополнять*** вербальное сообщение, придавать его содержанию тот или иной оттенок значения; б) ***отрицать*** содержание вербального сообщения; в) ***замещать*** содержание вербального сообщения. В патологии случается, что вербальное сообщение и паралингвистическое средство существуют независимо одно от другого, указывая тем самым на психическое расщепление. Лексика также может выполнять паралингвистические функции. Например, это отчётливо видно в таком ряду слов: девушка, девица, девочка, деваха, девка, девчонка. Каждое из этих слов выражает определённое отношение говорящего к объекту высказывания. Речь человека заметно меняется с возрастом.

Особый интерес представляет ***детская речь*** – этап онтогенетического развития речи в дошкольном и младшем школьном возрасте (до 8–9 лет). Интенсивное изучение детской речи началось в советской детской психологии в 1920–1930 гг., главным образом в целях обучения родному языку и развития речи в случае патологии. Собственно лингвистическое изучение детской речи началось в психолингвистике развития, рассматривающей детскую речь как рече-

вую деятельность, которой свойственно употребление специфических средств для речевого общения. Общими особенностями детской речи считаются: 1. детерминизм формы языковых знаков, их обусловленность научением; 2. большее число (по сравнению с речью взрослых) звукоподражаний и изобразительных слов; 3. употребление нерегулярных форм по регулярным моделям; 4. окказиональное словообразование (лат. occasionalis – случайный); 5. диффузное употребление лексем; 6. случайности обобщения при номинации (употреблении названий объектов). Детской речи свойственен своеобразный синтаксис. На ранних этапах речевого развития наиболее употребительны однословные предложения, которые вместе с жестом, мимикой и интонацией оказываются достаточными для полного выражения необходимого содержания. Двусловные предложения (следующая ступень развития синтаксиса) знаменуют появление выраженного словесно предиката (сказуемого), а также появление умений ребёнка программировать высказывания. К 3–5 годам детская речь практически не отличается от взрослой ни по грамматическим признакам, ни по лексическому наполнению, ни по структуре предложения. Установлено, что языковая способность является иерархически организованной системой элементов и правил их функционального использования. Динамику развития детской речи важно иметь в виду в патологии речи детей и взрослых пациентов, в особенности если имеет место регрессия речи. Более подробно о

развитии речи см. далее.

Существует также понятие ***прагматики***, то есть практики речи, речевых актов – имеется в виду способ выражения речью того, что индивид намерен с помощью слова сообщить, сделать так, чтобы что-то свершилось, или так, чтобы кто-то что-то совершил. Распространёнными речевыми актами являются следующие.

1. ***Декларатив*** или ***вердиктив***, ***оператив, акт-установление*** (лат. declarativus – провозглашающий) – речевое действие, содержащее некое содержание без его конкретизации, обоснования, но вызывающее к жизни новый набор обстоятельств (например, «вы выписываетесь из больницы», а также высказывания, в которых отображаются назначения на должность, присвоение имени или звания, вынесение приговора, сообщение о диагнозе и т. п.). 2. ***Директив*** или ***прескриптив,*** то есть акт побуждения (лат. dirigere – направлять) – речевой акт, в котором говорящий пытается заставить что-то сделать или получить для себя, обращаясь к слушателю (например, «пожалуйста, постарайтесь запомнить следующие 10 слов»).3. ***Комиссив*** (лат. comissio – поручение) – речевой акт, посредством которого говорящий принимает на себя некое обязательство; это, например, обещание, клятва. 4. ***Репрезентатив*** или ***информатив*** (фр. representatif – представительный, характерный) – отчасти совпадающий с декларативом речевой акт, в котором сообщается некая информация (например, «патологии

мозга на снимке у вас не установлено»). 5. ***Экспрессив*** (лат. exspression – выражение, выразительность) – речевой акт, выражающий эмоциональное состояние, включая формулы социального этикета («извините, пожалуйста»).

7) **Теории овладения речью**. Сложнейшую проблему овладения речью дети решают в первые годы жизни способами, о которых наука (психолингвистика) строит в настоящее время различные предположения.

1) ***Гипотеза бихевиоризма***. Основное значение в научении речи придаётся: 1. подражанию ребёнка речи взрослых людей, то есть «моделированию»; 2. подкреплению, как положительному (поощрению тем или иным способом), так и отрицательному (лишение подкрепления, критические замечания и т. п.), а также оперантному научению, благодаря которому случайно, но правильно и к месту сказанные слова или выражения встречают благожелательный отклик у взрослых людей.

2) ***Гипотеза врождённого механизма овладения языком*** (ВМОА). Это одно из направлений в психолингвистике, начало которому в 1930-х гг. положил Л. С. Выготский и которое получило дальнейшее развитие в СССР и за рубежом. Гипотеза врождённого МОА до 1970-х гг. опиралась на порождающую модель Н. Хомского, согласно которой дети, воспринимая речь окружающих людей, самостоятельно и на основе врождённых способностей (когнитивных структур) выводят правила грамматики, которые оказываются за-

печатлёнными в имплицитной памяти и программы которых функционируют автоматически. Эта гипотеза как бы подтверждает справедливость суждения Ж. Пиаже, сказавшего, что дети – это не маленькие взрослые, а маленькие учёные. На существование врождённой способности к овладению языком указывают многочисленные опыты, в которых высших приматов пытались научить человеческой речи методами бихевиоризма, – все эти опыты закончились неудачей. Косвенным подтверждением гипотезы Н. Хомского может служить тот факт, что дети в большинстве своём осваивают язык без того, чтобы взрослые целенаправленно, планомерно и систематически использовали какие-то специальные и эффективные обучающие методики; роль взрослых в лучшем случае сводится к тому, что они лишь помогают детям овладеть языком, демонстрируя различные образцы речи и своё к ним отношение. Данная гипотеза является, пожалуй, единственной, которая хоть как-то помогает понять необъяснимые иначе случаи поразительно раннего и быстрого овладения языком в младенческом возрасте. Нередко встречаются случаи, когда дети с ускоренным психическим развитием в возрасте немногим более 1 года начинают свободно говорить и хорошо понимать речь окружающих людей, а в возрасте 3–5 лет самостоятельно, без помощи взрослых осваивают чтение и письмо.

3) ***Когнитивная гипотеза***. Основана на положении, согласно которому овладению грамматическими структура-

ми предшествует усвоение соответствующих понятий, за которыми стоят эти структуры, то есть понимание, овладение предшествует номинации. Так, согласно Ж. Пиаже (1962), способность концептуализировать представление обычно предшествует появлению способности выразить его словесно. H.Steinthal (1855) утверждал даже, что язык есть мышление, но это языковое мышление, и оно опирается на внутреннюю форму языка, то есть на представления представлений. В свою очередь использование слов существенно облегчает развитие словесно-логического мышления, так что когнитивная и речевая формы развития являются взаимосвязанными (Выготский, 1934; Bruner, 1983). Когнитивная гипотеза есть один из вариантов психологического направления в языкознании – совокупности течений, школ и отдельных концепций, рассматривающих язык как феномен психологического состояния и деятельности человека и народа.

4) ***Деятельностная теория*** (Леонтьев, 1969; Лурия, 1979 и др.). Основана на положении о том, что процессы порождения речи – это особый вид деятельности индивида, при котором происходит переход от речевого намерения (речевой интенции) к звучащему (или письменному) тексту. Сказанное означает, ***во-первых***, что последовательные (сукцессивные) акты порождения речи являются осуществлением таких фаз любой деятельности, как ориентировка, планирование, реализация плана, сопоставление результа-

та действий с поставленной целью. ***Во-вторых***, порождение речи суть осуществление иерархической системы процессов, представленной следующими тремя уровнями: акты деятельности, акты действия и акты операций. ***В-третьих***, процесс порождения речи предполагает обязательную мотивированность и целенаправленность речевой активности. ***В-четвёртых***, порождение речи носит эвристический, то есть творческий, характер (греч. heuristiko – нахожу), когда индивид из всех способов выражения какого-то содержания сознательно или бессознательно выбирает наилучший. Самым важным выводом из деятельностной теории, дополняющим гипотезу Н. Хомского, является, полагаем, тот, что ребёнок, побуждаемый унаследованной потребностью в общении, с самого начала и в значительной степени самостоятельно овладевает языком, то есть обладает врождённой потребностью в развитии своей речи, каковую он успешно и реализует в последующем. Дети, лишённые в силу врождённой патологии речевых центров или слуха – необходимых условий для овладения словесной речью, упорно стремятся к овладению иными знаковыми системами, например языком жестов.

5) ***Палингенетическая гипотеза***. Высказывается предположение о том, что индивидуальное развитие речи в сокращённой форме повторяет длившуюся сотни тысяч лет эволюцию человеческой речи.

8) **Развитие речи**. Развитие речи осуществляется в двуедином процессе: а) в понимании устной и письменной ре-

чи – ***импрессивная речь*** (фр. impression – впечатление); б) в активном использовании речи в ходе общения – ***экспрессивная речь*** (фр. exspressio – выражение, выразительность). Понимание речи обычно значительно опережает развитие активной речи, это касается как устной, так и письменной речи. По-видимому, главные события в развитии речи происходят в первые 1,5–2 года, то есть в дословесном периоде развития мышления и сознания. В последующем наблюдается столь стремительное развитие речи, что спустя короткое время ребёнок научается представлять в своей речи огромное число как внешних, так и внутренних впечатлений. Порождение речи начинается с рефлекторного крика новорождённого. Вскоре крик становится коммуникативным, он дифференцируется на разные формы крика и плача, по которым мать может узнавать его причины. С первого дня дети реагируют на речь, быстро научаются распознавать просодические аспекты речи матери, на 2–3-м месяце оказываются способными различать фонемы «б» и «п», «д» и «т», то есть демонстрировать факт фонематического слуха, звукоразличения. Далее нормальное развитие речи происходит в следующей последовательности.

1) ***Гуление*** и ***лепет.*** Почти сразу после рождения дети пытаются издавать разные звуки, начиная обычно с гласных и губных согласных фонем: «а-ба-ба» и т. п. – гуление, выражая им удовольствие, благодушие, хорошее настроение (термин производится от разговорного словосочетания «гуль-

гуль», которым обозначается воркотание голубей). Количество продуцируемых фонем быстро растёт в течение первого полугодия, причём издаётся множество звуков, которых нет в родном языке (булькающие, щёлкающие звуки, звуки типа хрюкания и мн. др.), – лепет, появляющийся предположительно на 2-м месяце. Предпочтение тех или иных фонем, как предполагают, зависит от настроения, возникающих потребностей: например, это «пищевые» фонемы, фонемы «удовольствия» и т. п. В лепетной речи дети варьируют звуки, играют их высотой и ритмом, они растягивают звуки или вдруг резко прерывают звукопроизводство, как бы осваивая прототипы будущих сложных форм речи и разговаривая с самими собой. Намеренное повторение звуков, их растягивание и обрывание – это имитация устной речи, она обозначается термином ***итерации*** (лат. iteratio – повторение). Реакция на речь других людей появляется на 2-м месяце жизни. Вначале ребёнок улыбается, слушая речь взрослых. Позднее он начинает различать звуки, выражающие удовольствие или, напротив, чувство дискомфорта.

2) Во втором полугодии в лепете появляются интонации, мелодический рисунок и звукосочетания, что в фонетическом плане напоминает речь взрослых, – ***экспрессивный жаргон*** (фр. jargon – характерная речь какой-либо социальной или профессиональной группы людей; то же что арго, сленг). По-видимому, дети в этот период осваивают произношение звуков родной речи. Лепет становится средством

коммуникации младенцев с окружающими – лингвистический лепет, хотя дети могут лепетать и наедине с собой, как бы играя органами речи и демонстрируя тем самым зачатки внутренней речи. Лепет сохраняется длительное время и продолжается даже после появления первых слов, которые, в свою очередь, влияют на характер лепета, усложняют его. Со своей стороны лепет оказывает влияние на предпочтение звуков, из которых позднее составляются первые слова. Дети способны различать фонемы из разных языков, обнаруживая тем самым способности полиглотов. У слышащих детей лепет всё более приближается к звучанию родной речи, чего не наблюдается у глухих детей. У последних активность лепетной речи во втором полугодии снижается, а поощрение речевой деятельности со стороны взрослых не оказывает на таких детей никакого влияния. Более бедным является лепет детей, растущих в холодной социальной среде. На 8–9-м месяце, иногда раньше, младенец начинает осознавать, что звуки и жесты родителей, воспитателей имеют определённое значение. Он прислушивается к этим звукам, пытается их имитировать. Имитация делается всё более точной, появляется отсроченая имитация – ***металалия*,** обычно предшествующая появлению эхолалии. К году дети усваивают достаточно сложные невербальные аспекты коммуникации: подают знаки собеседнику, соблюдают очерёдность в диалоге, используют жесты, удерживают говорящего в поле активного внимания, поддерживают контакт глаз, определёным об-

разом реагируют на эмоциональные проявления взрослых, обнаруживают способность к эмпатии.

3. ***Раннее детство***. Первые слова появляются к концу первого года, в среднем к возрасту 60 недель. Приблизительно 3/4 детей в возрасте 12 месяцев располагают несколькими простыми словами. В возрасте 15 месяцев выявляются от 12 до 22 осмысленных слов. Первые слова – это обычно названия людей, животных, предметов. Существует мнение, что первые слова – это ***холофразы*** (греч. holos – целое, phrasis – выражение, оборот речи), то есть неразвёрнутые предложения. К 18 месяцам лексикон детей достигает 50 слов. Выявляются определённые стилевые предпочтения детей. Согласно Н. Нельсон (1981), при ***референтном стиле*** (лат. referre – сообщать, греч. sthylos – стерженёк для письма) дети употребляют преимущественно имена существительные, при ***экспрессивном стиле*** – глаголы активного залога (строит, ходит и т. п.), пассивного или страдательного залога (строится, делается и др.), а также местоимения. Обычно дети охотно придумывают новые слова, образуя их по образцу им уже известных, то есть по аналогии. Трудность понимания значения слов детьми во многом зависит от того полисемантизма, с которым они сталкиваются в речи взрослых. Так, значение слова «отец» ребёнок открывает с немалыми для себя усилиями, вначале считая, что «отец» может иметь значение собственного имени. То же касается местоимения «я». Его появлению в речи детей до сих пор многие

психологи придают несоразмерно большое значение, полагая, что именно с этого момента дети разграничивают себя и внешний мир. Фихте, например, отмечал не день рождения своего сына, а день, когда тот впервые сказал о себе «я».

Двусловные предложения появляются к концу второго года. Их изучение привело к открытию ряда базовых моделей используемых детьми грамматических структур:

– ***телеграфная речь*** (Браун, 1965). Содержит наиболее информативные слова – контетивы – имена существительные, глаголы и прилагательные. При этом мало используются или опускаются малоинформативные слова – функторы (предлоги, вспомогательные глаголы, флексии или окончания слов и др.);

– ***стержневая грамматика*** (Брейн, 1963). Дети используют стержневые или опорные слова (глаголы действия, служебные слова, притяжательные местоимения), часто они это делают в сочетании с «открытыми» словами, в первую очередь с именами существительными;

– ***падежная грамматика*** (Fulmore, 1968). Дети выражают отношения с помощью порядка слов: 1. агент – кто делал или делает, 2. пациент – кому делали или делают 3. инструмент – чем делали или делают, 4. местонахождение – где делали или делают; и т. п. В этом возрасте слова начинают связываться с их фразеологическим контекстом – так зарождается такое грандиозное новшество, как освоение синтаксиса. Появляется способность разграничивать вокальные еди-

ницы в потоке речи (***лексикализация***) и определённым образом связывать их друг с другом. В речи детей до 15 месяцев преобладают имена существительные, затем появляются глаголы. К 23 месяцам доля имён существительных сокращается до 63 %, глаголы составляют 23 %, остальные части речи – 14 %. Местоимения появляются позднее глаголов и в возрасте до 2 лет редко используются правильно. По данным Muntz, из 50 детей в возрасте 2 года 48 % адекватно употребляют «я», «мой» и «ты», а 38 % не пользуются ни одним из местоимений. По Gesel (1925), способность использовать местоимения указывает на «умственный возраст»: два местоимения соответствуют 2 годам, три – 3 годам, четыре или пять – 4 годам. Множественное число и прошедшее время вызывают затруднения до 3-летнего возраста практически у всех детей. Большинство детей научается говорить «нет» раньше, чем «да», это может означать, что они рано делаются «самостоятельными» и часто демонстрируют признаки физиологического негативизма, если им что-то не нравится. Дети даже в более старшем возрасте нередко выражают отрицание утвердительными предложениями. По данным Watts (1944), порядок появления различных частей речи в словаре детей приблизительно таков: 1. имена собственные; 2. существительные; 3. простые слова, служащие для связи; 4. глаголы и отглагольные формы, относящиеся к чётко очерченным событиям; 5. предлоги и простые слова, обозначающие отношения; 6. местоимения; 7. прилагательные, обозначаю-

щие легко определяемые качества; 8. абстрактные существительные повышающейся степени сложности и 9. наречия.

5. В ***дошкольном возрасте*** (3–6 лет) грамматические структуры активной речи существенно усложняются и приближаются к взрослой речи. Быстро расширяется лексикон (по 2–3 слова и более в день), достигая к 5–6 годам 3 тыс. слов, обогащаются коммуникативные навыки. Дети научаются формулировать просьбы, требования, обещания, оценки, сообщение сведений, выражать свои потребности, желания и др. По словам К. И. Чуковского, каждый ребёнок становится в этом возрасте «лингвистическим гением», позднее этот талант начинает угасать. Маленькому ребёнку свойственно рифмовать, напевать, повторять слова; все дети поначалу «рифмоплёты», прозой они научаются говорить позднее.

В этом возрасте, как и ранее, преобладает социальная речь, то есть речь, обращённая к кому-либо из окружающих людей. Однако дети 4–8 лет, предоставленные самим себе, 20 % времени, которые они проводят в детских и учебных учреждениях, говорят сами с собою, ни к кому при этом не обращаясь. Этот феномен впервые описал Ж. Пиаже, обозначив его термином ***эгоцентрическая речь*** (лат. ego – я, centrum – центр). Иными словами, имеется в виду личная речь или речь для себя, которая, по мнению Ж. Пиаже, связана с эгоцентрическим мышлением – когнитивной установкой, согласно которой индивид ощущает себя в центре про-

исходящего и не способен поставить себя на место другого человека. Личная речь, по Ж. Пиаже, выполняет функцию простой игры, она стремится исчезнуть на пороге децентрации мышления. Проявления такой речи нередко встречаются и у вполне нормальных взрослых людей. В сознании многих людей личная речь ассоциируется с помешательством по той, вероятно, причине, что им известно о том, что пациенты с вербальными галлюцинациями обычно разговаривают вслух со своими «голосами».

Ж. Пиаже различает три вида эгоцентрической речи: эхолалию, монолог и коллективный монолог. При ***эхолалии*** (греч. Echo – нимфа в древнегреческой мифологии, которая в наказание за болтливость потеряла дар речи и могла лишь повторять окончания слов; lalia – речь) ребёнок повторяет слова речи окружающих, иногда несколько раз подряд – ***палилалия*** (греч. palin – вновь, снова, опять + lalia). Дети могут неоднократно повторять и некоторые слова собственной речи. Повторение слов может сопровождаться их изменением, коверканием, растягиванием, добавлением других сходных по звучанию слов – ***вербигерация*** (лат. verbum – слово, gerere – говорить). Оно может быть также отставленным. ***Монолог*** (греч. monos – один, logos – речь) – это речь, которая сопровождает действия ребенка, появление у него желаний, намерений, новых впечатлений. ***Коллективный монолог*** – речь для себя в присутствии других людей. Существуют и другие формы личной речи: констатации действий кого-то

из окружающих, разговор с воображаемым персонажем или от его имени и т. п.

Социализированная речь состоит, по Ж. Пиаже, из: 1. упрощённой информации; 2. критики; 3. команд, требований и угроз; 4. вопросов и 5. ответов. Ж. Пиаже полагает, что такой свойственный эгоцентрическому мышлению признак, как синкретизм (греч. synkretismos – соединение, объединение), проявляется и в речи детей, которые в первую очередь постигают общие схемы и только потом составляющие его элементы и связи между ними. Синкретизм в мышлении и речи свойственен не только детям, но и взрослым людям. В качестве одного из примеров синкретизма можно привести сообщения, что ацтеки во времена нашествия алчных и чрезвычайно агрессивных испанских конкистадоров принимали лошадей и одетых в грозные воинские доспехи всадников за одно целостное, странное и пугающее их существо.

Гипотеза Ж. Пиаже, согласно которой личная речь имеет своим источником эгоцентрическую речь, доказательств не получила, и возникла она, в сущности, на основе игры слов. Другая гипотеза состоит в том, что личная речь, по словам Л. С. Выготского, есть «зеркальное отражение социальной речи взрослых, помогающее ребёнку развивать внутренний план мышления и управлять своим поведением». С этой гипотезой согласен и Ж. Пиаже, он указывает, что размышления детей есть их спор друг с другом, позднее переведённый во внутренний план сознания. Иначе говоря, внутренняя речь

суть более поздний аналог внешней речи, как собственной, так и воспринимаемой ребёнком у взрослых людей. Показано, что внутренняя речь сопровождается движениями мышц речи. Вероятно, это же происходит у пациентов с вербальными галлюцинациями. Внутренняя речь, как считается весьма вероятным, существует и у пациентов с врождённой или рано приобретённой глухонемотой. Предполагается, что их внутренняя речь представлена ***дактилологическими образами***, посредством которых они осуществляют коммуникации друг с другом, и она также сопровождается движениями мышц, осуществляющих жестикуляцию. Вербальные галлюцинации у таких пациентов имеют, скорее всего, вид мнимых дактилологических образов.

Может быть выдвинута, однако, и третья гипотеза, весьма умозрительная. Суть её состоит в том, что общение по своему существу есть процесс коммуникации индивида не с другими людьми как таковыми, а с их представительством в его сознании. Если индивид общается с наглядным образом другого человека, он разговаривает с ним вслух, если же общается с воображаемым образом этого человека, то предпочитает разговаривать с ним про себя, мысленно. И в том и в другом случае индивид общается, и это очевидно, с самим собой, с собственным представлением кого- или чего-либо (аутичные дети, например, нередко разговаривают вслух с неодушевлёнными объектами). Точно таким же образом он разговаривает и с самим собой, причём делает это

то вслух, то про себя. Прямое общение с самим собой осуществляется с того момента, когда ребёнок в ходе развития самоосознавания начинает воспринимать своё собственное Я в двух планах: изнутри, как действующий агент, и как бы извне, как некий объект, наблюдаемый со стороны. Отчётливые признаки разграничения этих двух относительно инвариантных комплексов ощущений появляются к 4–6 месяцам жизни. В этом возрасте младенец, например, фиксирует взгляд на предметах, хватает игрушку и тащит её в рот, тянется к матери. Он тем самым не только разграничивает свою «душу» и собственное тело. Если внешний мир до этого момента был для него как бы продолжением его тела, затем этот мир распадается в сознании ребёнка на собственное тело и то, что находится за его пределами. Поначалу, издавая звуки, играя своим телом, голосом, языком, он фактически общается с самим собой: его психическое, внутреннее Я «разговаривает» на некоем понятном только ребёнку праязыке с Я физическим. И только позднее, где-то к полугодию жизни практику и потребность такого общения он начинает переносить вовне, на мать, других людей. Это может означать, что генетически первичной является внутренняя речь, вернее, тот её зародыш, прототип, который принимает собственно речевую форму лишь к 2–3 годам. Иными словами, речь внешняя, социальная есть более поздний, как бы отчуждённый вариант интрапсихического общения, то есть продолжение последнего на область коммуникаций с объек-

тами окружающего мира.

Установлено, что в развитии личной речи существует три стадии: а) на первой она следует за действиями ребёнка; б) на второй она сопровождает действия ребёнка; в) на третьей она предшествует действиям ребёнка, направляет и контролирует их. Личная речь, как показал Л. С. Выготский, со временем превращается во внутреннюю речь, которая становится неразрывно связанной с мышлением. Линии развития социальной и личной речи впоследствии сильно расходятся, настолько, что серьёзные нарушения социальной речи могут не сопровождаться патологией мышления, а следовательно, и личной речи. Косвенным подтверждением этого является тот факт, что у пациентов с нарушениями социальной речи вербальные галлюцинации таких нарушений чаще всего не имеют.

6. ***В среднем детстве*** (6–12 лет) развитие речи главным образом характеризует формирование навыков осмысленного чтения и письма – грамотности. Предыдущий опыт освоения устной речи исподволь к этому готовит, создавая, по определению Л. С. Выготского, зону ближайшего развития. Согласно Л. С. Выготскому, освоение грамотности более успешно происходит в ***релевантной*** (англ. relevans – существенный) социальной среде, где господствует не «муштра», не натаскивание, не система бонусов и другие бихевиористические методики, но развивается внутренняя мотивация стать грамотным, осознанное стремление учиться и

овладевать знаниями. Многие взрослые знакомы с феноменом позднего появления речи у ребёнка, который в дальнейшей жизни иногда даже превосходит других в сфере языка, становится писателем, поэтом, публичным оратором или блестящим собеседником. Некоторые выдающиеся учёные также имели в детстве речевые проблемы, например А. Эйнштейн, по некоторым сведениям, не разговаривал до трех лет.

М. Критчли (1974) указывает, что существует несколько необычных форм запоздалого развития речи, завершающегося в общем-то благоприятно, в отличие от стойкой патологии речевого развития.

1) Ребёнок начинает говорить относительно поздно, речевое развитие продвигается медленно; артикуляция при этом чистая и в конце концов достигается нормальный лингвистический уровень.

2) Ребёнок начинает говорить поздно, дальнейшее речевое развитие медленное; артикуляция неправильная, иногда бывают дислалия, запинки или заикание. Эти дефекты речи в конце концов могут исчезнуть, но могут и остаться.

3) Ребёнок может оставаться без речи на протяжении неопределённо долгого времени, однако рано или поздно артикулированная речь появляется и затем созревает с необычной быстротой.

4) Ребёнок может оставаться молчащим неопределённо долгое время, а затем неожиданно произносит совершен-

но правильные фразы. После такого поразительного дебюта речь быстро развивается. Более частый, но сходный феномен касается бранной речи. Известно, что маленький ребёнок может неожиданно произнести непристойность или грубость.

М. Критчли не упоминает как патологический феномен необычайно раннее начало речи, считая его, видимо, нормальным или близким к нормальному явлением, и не приводит критериев разграничения нормальных и анормальных вариантов ускоренного речевого развития. Тем не менее он касается этого вопроса и приводит впечатляющую иллюстрацию редкого феномена преждевременного лингвистического созревания. В 4 месяца ребёнок начал произносить отдельные слова, а в 6 месяцев он неожиданно, но адекватно сказал: «поставь другую пластинку». В 12-месячном возрасте он прочитал букварь. В 22 месяца он играл по слуху Вторую венгерскую рапсодию Листа. Когда ему было 6 лет, он поступил в 6-й класс школы. Два года спустя закончил свою первую симфонию. Отличившись по математике и химии, в возрасте 10 лет он поступил в университет, а когда ему было 14 лет, окончил учёбу и получил диплом.

А. Р. Лурия и Э. А. Юдович обнаружили, что развитие речи замедляется и у монозиготных близнецов (МБ). Их понимание речи окружающих, несмотря на нормальные показатели умственного развития, было, тем не менее, несовершенным: они понимали в основном смысл простых выра-

жений и только если последние были обращены непосредственно к ним и сопровождались соответствующими жестами («синпраксиями»). Автономная речь МБ является отрывистой, часто сопровождается жестами и в присутствии посторонних нередко прекращается. Наблюдаются искажения произношения фонем, многие звуки долго не произносятся вообще. Часто один и тот же предмет называется близнецами по-разному, в зависимости от обстоятельств, слова близнецов не имеют устойчивого точного смысла, одно и то же слово может означать предмет, действие или свойство. Изоляция близнецов и ликвидация «близнецовой ситуации» приводит к заметному улучшению их речи.

7. Ко времени ***достижения взрослости*** индивид осваивает множество навыков устной и письменной речи, если это требуется ему для успешной адаптации, внутреннего и социального роста. Тут многое зависит также от той культурной среды, в которой он вращается, и от государства. Культурная политика последнего, если она воспроизводит социальное расслоение, имеет целью возведение препятствий к формированию мотивации к грамотности у большинства населения, естественно, при одновременной декларации гуманных побуждений. Именно поэтому во многих развитых странах мира всё меньше людей читает серьёзные книги, а среди тех, кто их всё же читает, преобладают любители развлекательной или сомнительной литературы. Плохое владение речью – один из признаков задержки интеллектуального

развития, включая пограничную умственную отсталость. В экспертной практике, в особенности в практике профессионального отбора (например, отбора на службу в армию, в органы внутренних дел), очень часто возникают трудности разграничения олигофрении и пограничной умственной отсталости, а ситуация в целом выглядит достаточно тревожной, так как набор достойных кандидатов на ответственные должности нередко наталкивается на большие проблемы. Возникают сложности и в обычной клинической практике. Например, немалое число пациентов из-за недостаточного владения языком оказывается неспособным сколько-нибудь внятно описать свои болезненные переживания, отнимая тем самым массу времени для уточняющих расспросов ещё и потому, что в каждой следующей беседе пациенты могут рассказывать о своих нарушениях совершенно по-разному, порой сбивая врача с толку своими противоречивыми формулировками. Вообще говоря, массовый характер речевой деградации угрожает не только интеллектуальному потенциалу нации и существованию самого языка, оно чревато распадом национального сознания и гибелью культуры целых народов.

2. Нарушения речи

1. Общие вопросы

Существует множество нарушений речи разного типа: в зависимости от их причины, локализации мозгового повреждения, возраста. Многие нарушения речи имеют определённое диагностическое значение в плане выявления топики повреждения мозга, распознавания болезни, личностных качеств. Психопатология речевой деятельности разработана недостаточно. Симптоматика расстройств речи описывается фрагментарно, приемлемой клинико-психопатологической их классификации не существует.

Предлагаемая ниже систематика включает: 1. локально-органические расстройства речи, 2. нарушения развития речи, 3. невротические нарушения речи, 4. расстройства речи при аффективной патологии, 5. психотические нарушения речи, 6. расстройства речи при отдельных болезненных формах. Ряд нарушений речи представлен отдельно.

2. Локально-органические расстройства речи

Имеется в виду органическая патология головного мозга с повреждением т. н. нервных центров речи и связываю-

щих их нервных проводников. Речевая функция латерализована. У правшей функция речи связана преимущественно с левым (доминантным) полушарием, у левшей – с правым (субдоминантным). Известно, однако, что повреждение правого полушария у левшей приводит к менее грубым нарушениям речи и лучшей их компенсации, нежели это бывает у правшей при поражении доминантной гемисферы. Иными словами, доминантность правого полушария не столь абсолютна, как левого полушария у правшей. Кроме того, показано, что повреждение субдоминантного полушария у правшей может повлечь некоторые расстройства речи, такие как преходящее или стойкое нарушение артикуляции, снижение высокоразвитого уровня лингвистических способностей, запинания и задержки при подыскивании слов, задержки зрительного опознавания словесных символов, ухудшение усвоения нового речевого материала, запинки и неточности в речи при обуждении с пациентом его речевого расстройства, трудности в глубоком понимании смысла сюжетных картин и некоторые другие.

1) ***Афазия*** (греч. a – приставка отрицания; phasis – высказывание, речь) – утрата навыков продуцирования и понимания устной и письменной речи, вызванная повреждением определённых зон головного мозга доминантного полушария. Синоним: афемия (греч. a – приставка отрицания; phemi – говорю). Предполагается, что до появления афазии функционирование речи не нарушалось, хотя, несомненно,

существуют и смешанные формы патологии речи, когда развитию афазии предшествуют иные нарушения речи. Следует помнить, что афазия у полиглотов несколько отличается от афазии моноглотов. Речь у полиглотов может повреждать языковые системы неравномерно, причём в большей мере страдают, как правило, языковые системы, которые индивид освоил позднее или пользовался ими много реже, чем другими. Похоже на то, что редко используемые полиглотом языки были связаны с активностью некоей периферии речевых зон мозга. Необходимо упомянуть, что проявления афазии и других расстройств речи варьируют от системы языка, принятой пациентом. Например, в тональных языках (тайский, китайский и др.) большее значение имеет расстройство просодической стороны речи; афатические расстройства у таких пациентов находятся, видимо, в большей зависимости от повреждения субдоминантного полушария. У пользователей такими сложными системами языка, как русский, при афазии выявляется значительно больше симптомов, чем у носителей более простых языков. Повреждение доминантного полушария у праворуких людей, не умеющих писать, обычно приводит к менее значительным нарушениям речи. Имеются также указания на то, что повреждение доминантной гемисферы у детей, которые ещё не научились писать, не приводит к развитию афазии.

В отечественной нейролингвистике афазия рассматривается как системное расстройство, имеющее иерархическую

структуру (Лурия, 1947). Непосредственное повреждение нервной ткани речевой зоны мозга влечёт так называемый ***первичный дефект речи.*** В силу неврологического расстройства всей речевой системы мозга возникают ***вторичные системные нарушения речи***. Наконец, к упомянутой патологии речи могут присоединяться ***другие органические, а также психогенные речевые нарушения***, отчего клиническая структура афазии становится достаточно сложной и не привязанной к определённой области мозга. Афазии проявляются фонологическими, грамматическими, лексическими и семантическими нарушениями.

А. Р. Лурия различает три типа первичного дефекта речи. 1. ***Динамическая афазия*** – а) нарушение построения смысловой схемы собственных высказываний и/или б) воссоздания её в процессе понимания. 2. ***Синтаксическая афазия*** – а) нарушение грамматической организации высказываний, замещение высказываний отдельными номинациями или цепочкой последних – аграмматизм типа «телеграфного стиля» («вот взрыв… и вот… ничего…») и/или б) затруднение понимания сложных грамматических конструкций. 3. ***Эфферентная моторная афазия*** (лат. efferentis – выносящий, направленный от центра, центробежный) – нарушение моторной организации речи, утрата памяти на программу двигательных речевых действий: неспособность воспроизвести целостную «кинетическую мелодию» слова и синтагмы (греч. syntagma – нечто соединённое), малый объём или от-

сутствие активного словаря, произнесение слова или слога отдельно, как бы вместо высказывания; изменение интонационно-просодических характеристик речи. Понимание речи при этом страдает в меньшей степени, хотя и затруднено. Указанные нарушения связаны с синтагматической организацией высказывания, обеспечивающей программирование речевых актов на трех уровнях: смысловом, синтаксическом и моторном. Поэтому целостная речевая структура распадается на изолированные элементы и принудительные повторения этих элементов, вызванные патологической инертностью в речевой сфере.

При поражении задней речевой зоны нарушаются операции ***парадигматического*** выбора речевых единиц, производимые на основе одновременного синтеза двигательных, акустических и пространственных элементов речи (греч. paradeigma – пример, образец; в данном случае обозначается любой класс лингвистических единиц, противопоставленных друг другу и в то же время объединённых некими общими признаками). Расстройство выглядит по-разному при повреждении теменной коры, затылочной коры и коры височной доли мозга.

При поражении нижних отделов теменной доли возникает ***афферентная моторная афазия*** (лат. afferentis – приносящий, направленный к центру, центростремительный), вызываемая первичным дефектом кинестетической организации движения или утратой памяти на чувственные образы еди-

ниц языка. Она характеризуется утратой активного словаря (забыванием того, как двигательные образы слов и других единиц языка представляются в сознании) при сохранении понимания речи, обилием замен звуков речи (парафазией) и поиском артикуляций, нередко осложнённых трудностями управления произвольными движениями губ и языка.

Поражение височных отделов доминантного полушария ведёт к дефектам выбора звуков и слов на основе их акустических признаков – ***сенсорная*** или ***акустико-гностическая афазия*** (лат. sensus – чувство, греч. akustikos – слуховой, gnosis – знание, познание). При этом страдает ***фонематический слух*** – различение фонем. Больные не понимают обращённой к ним речи, часто повторяют слова, не понимая их значения; подменяют одни слова другими, сходными по звучанию. Наблюдается распад собственной речи – в тяжёлых случаях она представляет собой нерасчленённый звуковой поток. Грамматическая сторона речи нарушена в меньшей степени, нежели словарь, где искажаются низкочастотные слова с конкретным их значением.

При повреждении теменно-затылочной области наблюдается ***семантическая афазия***, связанная с дефектами пространственного синтеза значений. У пациентов возникают трудности понимания так называемых логико-грамматических конструкций типа «бочка за ящиком». Кроме того, они не могут вспомнить адекватных названий объектов, заменяя номинации описанием функционального назначения пред-

метов, – амнестическая или оптическая афазия, вызванная первичным расстройством зрительных представлений.

В настоящее время различают следующие клинические варианты афазии (см. впереди: Системная амнезия).

2) **Нарушения речи при абиотрофических процессах** (греч. a – частица отрицания, bios – жизнь, trophe – питание), то есть процессах преждевременного угасания жизнеспособности клеток и тканей организма при ряде врождённых, генетически детерминированных заболеваний (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона, болезнь Вильсона, старческое слабоумие; в ряду этих заболеваний упоминают и шизофрению). Кроме афазии при атрофических и иных органических процессах могут возникать другие нарушения речи.

1. ***Палилалия*** (Brissaud, 1899; Souques, 1908; Pick, 1921) – стереотипное повторение пациентом два раза и более фразы, слова, части слова, чаще расположенных в конце только что произнесённого им вслух фрагмента речи (греч. palin – вновь, снова, опять; lalia – речь). Палилалии во внутренней речи, по-видимому, не наблюдается. Громкость голоса при повторении обычно не превышает таковую при произнесении его оригинала или прототипа, по мере повторения она может уменьшаться, становиться шёпотной и даже беззвучной – ***афоническая палилалия***. Темп повторения, напротив, может возрастать, так что слова к окончанию повторения частично «проглатываются». Так, на вопрос о том, ка-

кое сегодня число месяца, пациент отвечает: «Не знаю. Численника нет». Затем, не останавливаясь, выражение «численника нет» он повторяет шесть раз подряд с теми же интонациями и с той же громкостью голоса. При этом не видно, чтобы он пытался себя остановить, как если бы он не осознавал факт расстройства. Он правильно перечисляет дни недели, но затем в том же темпе, с прежними интонациями и таким же по громкости голосом он продолжает перечисление ещё два раза. Он не может объяснить, почему или зачем повторяет уже сказанное, о чём он думает в это время и что именно останавливает его от продолжения повторения. Палилалия, как считается, обычно не сопровождается феноменом ***палиграфии*** (см. далее), но может комбинироваться с явно выраженной ***палинпраксией*** – многократным повторением поначалу произвольного действия. Так, пациент с постэнцефалитическим паркинсонизмом и окулогирными кризами (насильственным закатыванием глаз) склонен чрезмерно долго повторять такие действия, как забивание гвоздя, причёсывание волос или чистка зубов (Критчли, 1974). Палилалия в отношении одной или нескольких фраз обозначается также терминами ***симптом граммофонной пластинки*** (Майер-Гросс, 1931), ***симптом курантов***, ***стереотипия речевая***, в отечественной литературе – чаще *стоячие обороты речи*. Как правило, палилалия не касается оборотов автоматизированной речи, произносимых машинально, она возникает в отношении других форм речи, причём

самых разных, как интеллектуальных, так и эмоциональных (восклицания, оклики, брань). Число повторений иногда достигает 20 и более. По мере прогрессирования расстройства характер повторений может изменяться: подменяются слова, слоги и фонемы, что-то из них упускается, какие-то фрагменты речи добавляются, плохо проговариваются. В итоге повторения искажаются до такой степени, что их содержание делается бессмысленным, а сами повторения всё больше напоминают вербигерацию.

Особенно характерна палилалия для пациентов с болезнью Пика. Кроме того, она наблюдается при стриарной патологии, постэнцефалитическом паркинсонизме, псевдобульбарном синдроме. Встречаются речевые припадки эпилепсии в виде эпизодов палилалии. Палилалия наблюдается также в структуре истинных вербальных галлюцинаций; при психических галлюцинациях, вербальных псевдогаллюцинациях и вербальных галлюцинациях с внутренней проекцией её, по-видимому, не бывает. Иногда повторы слов возникают у лиц, говорящих в состоянии сильного волнения, а также при потере нити рассуждения, но собственно палилалией это не является.

От палилалии следует отличать ***палилогию*** – ораторский приём в виде повторения фрагментов речи с целью подчеркнуть их особую значимость. Палилогия может быть вербальной привычкой, при которой говорящий ad nauseam (до тошноты) повторяет избитые фразы вроде: «А вы знаете…

послушайте… это точно… понимаете… я должен сказать» и т. п. Подобные словесные пустышки постепенно переходят в явные вербальные тики. Палилогия нередко используется и в практике «семантического терроризма» – использовании языка не для информирования о чём-либо, а для воздействия на эмоции человека с целью изменить состояние его сознания. Это, например, «разрушенная» конструкция фраз с монотонным повторением не связанных между собой утверждений и заклинаний (Кара-Мурза, 2008).

2. ***Персеверация*** (лат. persevere – продолжаться, упорно держаться) – застревание однажды начатой деятельности, касающейся речи, мыслей, представлений, чувств, реакций, движений и действий (Neisser, 1894). Различают речевые, моторные, эмоциональные и сенсорные персеверации, но чаще выявляются и потому имеются в виду персеверации речевой активности. Типичным проявлением персеверации в устной речи служит застревание реакций, включая речевые, когда пациенты в ответ на новые вопросы точно таким же или несколько видоизменённым образом повторяют ответ на вопрос, прозвучавший первым. Например: «Как вас зовут? – Сергей Павлович. – Сколько вам лет? – Сергей Павлович. – Где вы живёте? – Сергей Павлович» и т. д. Число таких повторений достигает 3–4 и более, прежде чем пациент получает возможность переключиться на другое содержание сознания. Повторы касаются обычно высказываний из 1–3 слов в ответ на простые вопросы. Персеверация встречается

также в письменной речи под диктовку, при этом пациенты вместо очередной фразы полностью или частично повторяют уже написанную ими предыдущую. Персеверация наблюдается при органической патологии мозга, атрофических процессах, афазиях, слабоумии, однако она может иметь место в состоянии аффекта, при оглушении сознания, у пациентов с кататонией (в последнем случае чаще возникают ***двигательные персеверации*** или ***палинергии***). Аналогичное персеверации явление, когда в сознание пациента «въелось» какое-либо слово, может быть выражено «в терминах преобладающих интересов, эмоциональных комплексов и т. д.» или возникает «в состоянии усталости» (К. Ясперс). ***Сенсорные персеверации*** проявляются повторениями образов восприятия в ответ на новые сенсорные стимулы (ср. с нарушениями типа эхомнезии, палинопсии), ***эмоциональные персеверации*** – повторениями аффективных реакций в ответ на появление новых объектов отношений (в состоянии патологического аффекта появление посторонних воздействий влечёт, по-видимому, те же эмоции, как и психотравмирующий фактор, в результате чего аффективные реакции суммируются). Нечто подобное свойственно эмоциональной вязкости (см. Нарушения эмоций).

3. ***Вербигерация*** (лат. verbum – слово, gerere – создавать) или ***персевераторная логорея*** (лого + греч. rhoia – течение, истечение) – речевой напор или «натиск речи», черпающий свой материал из психического содержания, «задержав-

шегося» вследствие персеверации (К. Ясперс). При вербигерации наблюдается повторение или «нанизывание» сходных по звучанию, но разных по значению слов или словосочетаний, причём звуки речи растягиваются, коверкаются каким-то иным образом, нередко произносятся бессмысленные сочетания звуков речи и слов (Kahlbaum, 1874). Какие образы, кроме речевых, и какие мысли существуют при этом в сознании пациентов, установить невозможно, во всяком случае, об этом они сами ничего сказать не в состоянии. Понимание болезненности расстройства обычно отсутствует. Расстройство имеет разные причины. Вербигерация наблюдается при номинативной и, возможно, сенсорной афазии, встречается в том числе и при атрофических процессах, но чаще она бывает у пациентов с шизофрений и в этом смысле является психотическим симптомом расстройства речи (кататония, синдром психического автоматизма). Так, пациент В. Х. Кандинского называет эту «невольную» речь «самоболтовней» и «самоболтанием». К. Ясперс называет данное расстройство ***автоматической» вербигерацией –*** судя по иллюстрации, у пациента в одно и то же время имеют место два потока речевой активности, которые накладываются друг на друга: один является автоматическим, бессмысленным и собственно речевым, а другой имеет источником сознательную активность пациента, но он в разной степени перекрывается вербигерацией. Некоторые виды вербигерации, характеризуются, по К. Ясперса, определённой аффек-

тивной окраской и обусловлены в первую очередь чувством страха, имеют иную, нежели собственно органическую, природу.

4. ***Феномены эхолалии*** – непроизвольное, однократное и ничем не мотивированное повторение пациентами вслух фрагментов обращённой к ним устной речи (Wernicke, 1900). Обычно повторяются последние услышанные фразы, окончания фразы, отдельные слова. Повторения совершаются голосом, громкость которого сопоставима с услышанным, и с теми же интонациями. Эхолалию с указанными признаками называют истинной. Повторение вопросов собеседника или части вопросов обозначают термином ***эхология***. Так, при альтернативной их формулировке («…, да или нет?») пациенты отвечают словом «нет» или словом «да», если именно оно завершает вопрос. Повторение услышанной речи может быть неоднократным. Многократные и спонтанные повторения слов из собственных высказываний или слов услышанной речи окружающих, равно как и речи письменной, нередко обозначают термином ***речевые итерации***. Эхолалия считается свойственной болезни Пика, в меньшей степени – другим атрофическим процессам.

Встречаются другие, не слишком понятные случаи речевой итерации. Критчли приводит такое наблюдение. Ребёнок, речевое развитие которого в раннем детстве протекало нормально, в возрасте 5 лет начал проявлять лёгкие расстройства поведения и речи. Постепенно он говорил всё

меньше и меньше, но как будто понимал всё, что ему говорили. Затем последовал период полного мутизма, пока, наконец, к нему не вернулся голос. В возрасте 8 лет афазия сменилась состоянием, когда речь мальчика была ограничена одним бессмысленным словом «тииза», которое он повторял снова и снова, отвечал им на обращённые к нему вопросы, произносил его во время игры. Критчли, повидимому, имеет в виду синдром Ландау-Клеффнера, чаще проявляющийся припадками и афазией у детей, нормально развивающихся до 3–6 лет, но в отдельных случаях припадков может не быть или они протекают субклинически. Повторение одного какого-то слова в самых разных речевых ситуациях наблюдается иногда у взрослых пациентов с афазией, это явление Джексон обозначил выражением «случайное высказывание». Так, пациент без речи или почти без речи может при определённых обстоятельствах совершенно неожиданно хорошо произнести слово, восклицание или даже понятную фразу. Например, больная с афазией однажды, во время разговора о завтраке, вдруг внятно произнесла слово «каша», а затем повторяла его в самых разных обстоятельствах. Повидимому, это то же самое, что «периодически возвращающееся выражение» (см. далее).

Эхолалия наблюдается и при других болезненных состояниях, особенно у пациентов с кататонией и кататоноподобными состояниями органического генеза. Кататонические пациенты могут, кроме того, повторять также или только

слова речи, обращённые к другим людям. Иногда, обычно это присуще пациентам с синдромом Каннера и детской шизофренией, эхолалия бывает отставленной на неопределённое время (часы, дни, даже недели). При этом дети дословно, с теми же интонациями и независимо от текущей ситуации спонтанно повторяют высказывания взрослых, часто совершенно не понимая значения услышанного, что обозначают не совсем точным термином ***фонографизмы*** (греч. phone – звук, grapho – чертить, писать), более адекватным было бы выражение ***металалия***. A.Pick (1902) описал ***митигированную*** или ***облегчённую эхолалию***, при которой пациенты в несколько видоизменённом виде повторяют только обращённые к ним вопросы. В настоящее время принято считать, что митигированная эхолалия является ранним вариантом истинной эхолалии у пациентов с болезнью Пика. Эхолалия может быть признаком регрессии речи, это считается свойственным пациентам с различной патологией в детском возрасте (физиологическая эхолалия наблюдается в возрасте до 2 лет). Эхолалия нередко обнаруживается в структуре истинных вербальных галлюцинаций, когда «голоса» повторяют что-то сказанное пациентом или окружающими его людьми. Иногда «голоса» просят пациента или даже требуют от него повторять всё, что он говорит сам или что говорят ему другие «голоса» либо окружающие его люди. Наблюдаются также «голоса», которые повторяют, точнее, озвучивают мысли пациента тотчас после того, как осо-

знаёт их сам пациент, а иногда делают это с некоторым опережением. Это относительно редкое явление, указывающее на различия в патологии внутренней и социальной формы речи.

5. ***Эхография*** – письменный вариант некоторых видов эхолалии, преимущественно кататонической. Например, пациент пишет речевые инструкции задания врача, а не диктуемый ему текст. Или в ответ на просьбу написать своё имя он записывает и просьбу, и имя. Эхография может проявляться механическим копированием текста, предъявленного в качестве образца, но вовсе не для его переписывания.

6. ***Логоклония*** (лого + греч. klonos – беспорядочное движение) – ритмическое неоднократное и непроизвольное повторение слогов собственной устной речи (Крепелин, 1904). Повторение может происходить до 3–4 и более раз без перерыва. Логоклония, распространяющаяся с начальных слогов слова на промежуточные, а затем на конечные слоги, считается характерной для болезни Альцгеймера. Расстройство наблюдается, кроме того, при болезни Пика, некоторых формах энцефалита, а также при афазиях.

7. ***Периодически возвращающееся выражение*** или ***recurring utterance*** (Джексон, 1864) – речевые стереотипии у пациентов с грубой сенсорной афазией, когда речь пациентов бывает ограничена каким-то звуком, одним словом или единственной фразой на протяжении длительного времени. В разных ситуациях, отвечая на разные вопросы, пациенты

произносят один и тот же фрагмент речи. Например, слово «помогите!». Пациенты, похоже, и не предполагают, что окружающим такая речь непонятна. Это расстройство отличается от упомянутых «случайных высказываний» тем, что такие ***речевые эмболы*** (греч. embalio – вталкиваю) возникают с самого начала болезни, а не много позднее. Джексон предполагал, что в части случаев возвращающиеся выражения связаны с соответствующей мыслью, возникшей непосредственно перед моментом наступления острой мозговой катастрофы (кровоизлиянием, ЧМТ) и надолго застрявшей в речи.

8. ***Акайрия*** (греч. a – приставка отрицания, kairos – мера, надлежащая норма) – повторение пациентами одних и тех же вопросов, просьб, жалоб, причём в прежних выражениях и с теми же интонациями, по многу раз в течение длительного времени без какой-либо к тому необходимости, поскольку всю информацию пациенты получали и даже не раз. Пациенты помнят, что им уже отвечали на их вопросы, но её они как бы не учитывают. Это симптом назойливости, прилипчивости пациентов с паркинсонизмом, эпилепсией, последствиями перенесённого энцефалита. Синонимы: симптом Аствацатурова, симптом Турзо, симптом навязчивых ламентаций (итал. lamento – жалоба). Назойливость может быть и иного рода, будучи связанной с тревогой, нарушениями внимания, бредом и другими причинами.

9. ***Акатаграфия*** (греч. a – приставка отрицания,

katagrapho – записывать) – перестановка слогов в словах, слов в предложениях в письменной речи. Чаще наблюдается при органической патологии головного мозга с вовлечением в процесс лобных его отделов.

10. ***Акатафазия*** (греч. a – приставка отрицания, kataphasis – утверждение, согласие) – 1. аграмматизм в экспрессивной речи, нарушение грамматической и синтаксической организации речи; 2. использование в речи фонологически близких слов вместо адекватных по смыслу, напоминающее вербигерацию.

11. ***Ангофразия*** (греч. angst – страх + фразия) – засорение речи различными и не имеющими смысловой нагрузки заполнителями пауз между словами и высказываниями (а-а, э-э, вот, да, ну, енг, анг, так сказать, так-то, и так далее, и всё такое и др.) до такой степени, что это затрудняет восприятие речи пациента. Движение его мысли не прерывается, хотя и существенно замедляется. Ангофразия нередко встречается в речи пациентов с эпилепсией, но значительно чаще наблюдается в качестве невротического расстройства, возникающего по типу «дурной привычки» или речевого тика, а также в состоянии сильного волнения и страха публичных выступлений, снижающего контроль речи, откуда и производится сам термин.

12. ***Брадилалия*** (греч. bradis – медленный + лалия) – замедленный темп речи, симптом заторможения мышления. Наблюдается у пациентов с паркинсонизмом и паркинсоно-

подобными состояниями, при торпидном мышлении пациентов с эпилепсией, при оглушении сознания, в состоянии опьянения алкоголем и барбитуратами, при других органических поражениях мозга, характеризует мышление пациентов с тоскливой (меланхолической) депрессией. Синонимы: брадифразия, брадифазия, брадилогия.

13. ***Брадилексия*** – замедленный темп чтения у пациентов с явлениями двигательного торможения различного генеза и заторможенностью в сфере умственной деятельности: при экстрапирамидной патологии, эпилепсии, кататоническом субступоре, лёгком оглушении сознания, депрессии, а также при истерии (такие пациенты демонстрируют нарушение чтения, оно имеет для них определённое значение).

14. ***Дизартрия*** (греч. dys – приставка, обозначающая разделение, отделение, отрицание; arthroo – членораздельно произносить) – нарушение артикуляции, вызванное повреждениями центральной и периферической нервной системы, имеющее следствием дисфункцию мышц органов речи (нарушения мышечного тонуса, парез, паралич, судороги, атаксия мышц, участвующих в звукопроизношении). В зависимости от топики повреждения принято различать корковый, псевдобульбарный, бульбарный, экстрапирамидный и мозжечковый варианты дизартрии. Нарушения артикуляции, возникающие при повреждении речевых областей мозга, дизартрией не являются. Расстройства звукопроизношения, обусловленные местными повреждениями активных и

пассивных органов речи, иногда обозначают термином ***косноязычие***. Характер дизартрии зависит от её причины (рассеянный склероз, мышечная гипертония, атония мышц, неврит и др.). Нередко она возникает в состоянии опьянения седатиками как замедленная и смазанная речь. Ранее расстройство особенно часто упоминалось при описании прогрессивного паралича. Лёгкие формы дизартрии выявляются в том, как пациенты произносят скороговорки (типа «тридцать третья артиллерийская бригада», «сыворотка из-под простокваши» и т. п.). Дизартрия обычно противопоставляется анартрии, хотя существует и мнение о том, что это разные степени дисартикуляции. Некоторые авторы термином «дизартрия» обозначают также специфическое нарушение развития артикуляции у детей. Синоним: азафия (а + греч. saphes – ясный).

15. ***Идиоглоссия*** (греч. idios – свой, собственный, glossa – язык) – 1. нарушение речи, при котором некоторые общепонятные слова заменяются лишёнными смысла звуками или их сочетаниями (Perri). Описана про олигофрении; 2. неспособность издавать горловые и нёбные звуки при отсутствии органической или функциональной патологии аппарата речи.

16. ***Ксенолалия*** (греч. xenos – чужой + лалия) – изменение просодической стороны речи таким образом, что она напоминает интонации чужого языка. Наблюдается при сенсорной афазии, экстрапирамидной патологии. Вариант диспро-

содии.

17. ***Макрография*** (греч. makros – большой + графия) – письмо столь крупными буквами, что на странице умещается не более 2–3 десятков слов. В части случаев связана, по-видимому, с микропсией, когда воспринимаемые объекты кажутся пациенту уменьшенными в размерах. В некоторых случаях указывает на повреждение одноимённого полушария мозжечка, когда движения приобретают чрезмерный размах и темп, – *дисметрия* (дис + греч. metron – мера, размер). Встречаются пациенты, которые так пишут вследствие общего моторного недоразвития, проявляющегося нарушениями координации. К макрографии не относятся психологически обоснованные особенности такого письма. Так, девочка пишет глухому деду письмо крупными буквами с тем, чтобы ему было легче его прочесть.

18. ***Микрография*** – письмо чрезвычайно мелкими буквами. Наблюдается при паркинсонизме, депрессии, иногда встречается при макропсии, когда воспринимаемые объекты кажутся пациентам увеличенными в размерах. Встречаются индивиды, которые так пишут в силу особенностей своего характера, – чаще это эпилептоиды, шизоиды. Иногда так пишут пациенты с шизофренией; возможно, для них такая манера письма имеет какой-то особый смысл.

19. ***Макрофония*** – чрезвычайно громкая вокализация. Наблюдается у пациентов со сниженным слухом, в маниакальном состоянии, в состоянии кататонического возбужде-

ния, у психопатических личностей возбудимого круга.

20. ***Микрофония*** – чрезвычайно тихая, едва слышная вокализация. Наблюдается при парезах голосовых связок (голос при этом может становиться беззвучным – ***афония***), в состоянии депрессии, апатии, при органической патологии головного мозга. Встречается также у истерических пациентов.

21. ***Олигофазия*** (греч. oligos – малый + фазия) – чрезмерное, болезненное обеднение лексикона. Впервые описана А. Н. Бернштейном у пациентов, страдающих эпилепсией. Олигофазия может быть при этом проявлением эпилептического слабоумия, нередко она наблюдается также в состояниях послеприпадочного оглушения сознания. В последнем случае пациенты способны произносить небольшое число слов, понимать значение всего 1–2 десятков слов и простых выражений. Нарушается и грамматическая структура речи: высказывания состоят из 1–3 слов, обычно это глаголы, имена существительные. Темп речи при этом замедлен, артикуляция нечёткая, голос теряет звучность, исчезают интонации. ***Острая послеприпадочная олигофазия*** обычно является преходящей афазией, как амнестической, так и сенсорной. ***Прогрессирующая олигофазия*** характеризует развитие эпилептического слабоумия. Олигофазия свойственна, кроме того, другим формам деменции. Олигофазия является типичным признаком умственной отсталости. Даже при лёгкой отсталости лексикон пациентов ограничен названиями наглядных

впечатлений. Термин «олигофазия» был бы уместен и для нередко встречающегося обеднения речи.

22. ***Палиграфия*** – письменный вариант речевой итерации. Например, пациент, начиная писать, останавливается на первых словах и фразах, повторяя их в неизменном виде много раз подряд Так, больной исписал четыре страницы выражением «фе-те-те-ре-фе-те-те». В других случаях стереотипия проявляется однообразным повторением одного какого-то рисунка, иногда совершенно бессмысленного (квадраты, крестики, кружки и др.).

23. ***Палинграфия*** – обратное или зеркальное письмо. В лёгких случаях касается обратного написания отдельных морфем, в более серьёзных – слов, словосочетаний. Встречаются пациенты, которые предпочитают писать справа налево, как это свойственно навыкам письма в некоторых языках. Аналогичным палинграфии является *палинлексия* – зеркального чтения. Термином зеркальная речь обычно обозначают расстройство устной речи, когда слова произносятся с их конца. Зеркальные формы речи чаще упоминаются при описании речевой патологии при раннем детском аутизме, развитии чтения у детей, шизофрениии. Возможно, она встречается и при других расстройствах.

24. ***Паралексия*** – нарушение восприятия письменной речи, при котором правильное чтение не сопровождается пониманием смысла текста.

25. ***Парафазии вербальные*** – достаточно часто встреча-

ющееся расстройство речи, напоминающее оговорки, оно не связано с афазией и иным очевидным речевым нарушением. Так, больная эпилепсией сообщает, что она часто «заговаривается». Так, вместо слова «холодильник» она почему-то произносит «телевизор», словом «книга» подменяет слово «печь» и т. д. «Я, – продолжает она, – заговариваюсь, понимаю, что говорю не то, что вылетают не те слова, которые нужны, а такие, о чём я совсем в это время не думаю». Другая пациентка (с предварительным диагнозом «шизотипическое расстройство») сообщила, что она часто говорит слова и фразы, которые совершенно не соответствуют тому, о чём она в это время думает. «Сама я этого не замечаю, мне дочь говорит, что я заговариваюсь».

От этого расстройства следует отличать ***оговорки*** в сказанном, в письме (***парапраксии***) – в последних выражаются не какие-то ничего не значащие слова или фразы, а определённые мысли, отличные от тех и даже противоположные тем, которые индивид намеревался высказать; вместо них он невольно произносит нечто такое, что отвечает его скрытому желанию, при этом сам не всегда замечая свои обмолвки. Такие оговорки указывают на факт диссоциации личности, нередко проявляющейся при определённых обстоятельствах и у нормального индивида: в конкуренции между Я-долженствующее, с одной стороны, и Я-желающее, с другой стороны, верх берёт почему-то второе из них. Так, индивид сообщает: «Я рад тому, что вы уйдёте», когда ему надо бы

сказать «Я рад встрече с вами». Или председатель заседания открывает его словами: «заседание объявляется закрытым». Оговорки, впрочем, бывают разными. Когда священник благодарит газету за «освящение» темы, он делает это скорее по привычке чаще произносить именно это особенно важное для него слово. Если оратор, не отрываясь от написанного текста, заявляет, что он намерен подчеркнуть «это предложение» (а не эту мысль, как ему следовало сказать), это происходит потому, что наглядный образ замещает в данный момент скрытое за ним значение словесного выражения из-за волнения и недостаточной распределяемости внимания. Но если ребёнок называет отца «мамой», это означает, скорее всего, что он в этот момент думал о матери, поэтому и обращается к её мысленному образу, хотя видит перед собой отца и т. д. При этом совсем не обязательно, что за каждой из них скрывался фрейдовское бессознательное желание или конфликт.

26. ***Речь монотонная*** – вариант диспросодии, при котором речевая мелодия делается невыразительной, утрачивается, а голос немодулирован, звучит на одной ноте. Наблюдается при паркинсонизме, свойственна также состояниям апатии, эмоционального обеднения.

27. ***Речь реактивная*** – автоматические речевые реакции на звуки посторонней и не относящейся к пациенту речи. Понимание смысла последней обычно отсутствует. Впервые расстройство описано А. В. Снежневским у больных сениль-

ной деменцией, когда пациенты как будто ведут диалог, соблюдают некую очерёдность в разговоре, но при этом они не слушают и не понимают друг друга. Аналогичное расстройство наблюдается у пациентов с белой горячкой. Врачам этот феномен хорошо знаком. Стоит обратиться с каким-то вопросом к одному из пациентов, как остальные его товарищи по палате чуть ли не хором отвечают на этот вопрос, причём каждый из них говорит что-то своё.

28. ***Речь скандированная*** (лат. scandere – читать, отчётливо выделяя единицы речи) – расстройство, при котором речь делается как бы рубленой на отдельные части, при этом слова чаще всего разделяются на слоги. Такая речь обычно тугоподвижна и бывает взрывной, резко меняясь в своей громкости; последнее часто, хотя и не всегда, указывает на мозжечковую дисметрию. Считается наиболее типичной для повреждения мозжечка при рассеянном склерозе. Скандированная речь является одним из симптомов, образующих пентаду признаков рассеянного склероза Марбурга (1936), включающую также битемпоральное побледнение дисков зрительных нервов либо их атрофию, выпадение брюшных рефлексов, нистагм и интенционный тремор. Такая речь включается и в триаду Шарко (1865) наряду с нистагмом и интенционным тремором.

29. ***Речь слащавая*** – речь с вкрадчивыми интонациями, грубой лестью и отталкивающим подобострастием, а также со склонностью употреблять уменьшительно-ласкательные

обороты или ***эвфемизмы*** (греч. eu – хорошо, phemi – говорю). Чаще встречается у пациентов с эпилептоидной психопатией и эпилепсией. Рассматривается как проявление тенденции накапливать раздражение с последующими взрывными, эксплозивными реакциями. В конституциональной теории расценивается как ***дефензивный*** радикал эпилептоидной пропорции темперамента (фр. defensive – охранять, обороняться).

30. ***Речь спастическая*** – беспорядочная по ритмике, скачкообразная речь при спастическом состоянии речедвигательной мускулатуры. Наблюдается при органической патологии головного мозга, при нейролептическом синдроме.

31. ***Речь эксплозивная*** – диспросодия в виде взрывов громкого голоса и одновременного ускорения речи после периодов относительно спокойной и размеренной вокализации (лат. explodo – извергать с шумом). Эти взрывы прямо не связаны с содержанием высказываний, а скорее представляют собой вспышки гнева по отношению к собеседнику или тех людей, которые подразумеваются. Наблюдается у психопатических личностей, психоорганическом синдроме, при повреждении мозжечка.

32. ***Ринолалия*** (греч. rhinos – нос + лалия) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, вызванные дефектами речевого аппарата и его иннервацией. При ***закрытой ринолалии*** нарушается произношение носовых звуков из-за местной или функциональной патологии органов речи.

При ***открытой ринолалии*** звуки приобретают носовой оттенок, как это бывает при заложенном носе – *прононс* (фр. prononcer – произношение). ***Функциональная форма открытой ринолалии*** возникает вследствие недостаточного подъёма мягкого нёба при фонации и звукопроизношении (парез мышц мягкого нёба). ***Органическая форма открытой ринолалии*** обусловлена анатомическим дефектом (перфорация твёрдого и мягкого нёба, последствия воспаления и др.) либо врождёнными дефектами органов речи (расщелины, укорочение мягкого нёба и др.).

33. ***Синдром Ландау-Клеффнера*** – быстрая (в течение нескольких месяцев и меньше) утрата навыков рецептивной и экспрессивной речи у детей с нормальным умственным и речевым развитием до 3–7 лет. У большинства пациентов появляются эпилептические припадки. Около 1/3 детей спустя несколько лет полностью выздоравливает, у остальных сохраняется более или менее серьёзный дефект речи. Природа расстройства не установлена.

34. ***Фонастения*** – затухающая в своей громкости вокализация, переходящая порой в шёпотную и беззвучную. Может быть вызвана нервно-мышечной патологией, астеническими состояниями, встречается также при истерии, у депрессивных пациентов.

3. Нарушения развития речи

Имеются в виду ***дизонтогенетические расстройства***, вызванные нарушениями биологического созревания речевых мозга во время беременности и в раннем детском возрасте. Эти расстройства не связаны с очаговыми повреждениями головного мозга и влиянием средовых факторов, не вызваны невротическими нарушениями и умственной отсталостью, не являются признаками раннего детского аутизма, тревоги, депрессии и иной определённой психиатрической либо неврологической патологии. Имеются данные о существенной роли генетических и/или конституциональных факторов в развитии данной патологии. Значительная часть таких пациентов по мере взросления достигает нормального или удовлетворительного уровня речевого развития, но происходит это значительно позже возрастной нормы и даже позднее, чем это наблюдается у «поздно говорящих» нормальных детей. Исследования (электроэнцефалография, эхоэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) выявляют ряд повреждений на разных уровнях головного мозга различного генеза (нарушения мозгового кровообращения, атрофия и др.).

Помимо проблем с устной речью типичными являются трудности в овладении чтением, письмом, коммуникативными навыками, а также темпом интеллектуального развития,

поскольку существует значительный риск формирования пограничной умственной отсталости. Одновременно возникают различные эмоциональные и поведенческие проблемы. Характерно регредиентное течение, собственно ремиссий и рецидивов расстройства не бывает. Невербальные аспекты коммуникации обычно не страдают, потребность в общении, пытливость, способность формировать интересы и привязанности у большинства детей сохранены в полном объёме.

Аналогичные нарушения, как симптомы основного расстройства, могут выявляться при олигофрении, раннем детском аутизме, врождённых или рано приобретённых сенсорных расстройствах (понижение слуха и глухота, понижение зрения и слепота), дефиците внимания, аффективных расстройствах, неврозе, регрессии, синдроме Ландау-Клеффнера. Нарушения развития речи нередко возникают также в условиях социальной депривации. Различаются следующие расстройства развития речи.

1. ***Специфическое расстройство развития артикуляции речи.*** Наблюдается задержанное развитие звукопроизношения, не связанное с неврологической и иной определённой патологией. Встречается приблизительно у 10 % детей младше 8 лет и 5 % детей старше 8 лет, у мальчиков в 2–3 раза чаще, чем у девочек. Причина развития неизвестна. В основе его может быть задержка в созревании неврологических функций – снижение активности постцентральных отделов доминантной гемисферы. Более высокий пока-

затель распространённости расстройства обнаруживают дети из больших семей и семей с низким уровнем жизни. В тяжёлых случаях расстройство впервые распознаётся в возрасте около 3 лет, в менее тяжёлых оно не кажется очевидным и до 6 лет. В очень лёгких случаях дизартикуляция касается всего 1–2 наиболее трудных фонем. Считается, что ***пропуски фонем*** являются наиболее серьёзным типом нарушения, следующими по тяжести являются соответственно ***замена*** и ***искажение*** произношения фонем.

В норме произношение большинства фонем дети осваивают к 6–7 годам, в 11–12 лет их звукопроизношение становится практически безупречным. В речи появление гласных звуков обычно предшествует появлению звуков согласных. Некоторые гласные фонемы являются более лёгкими для ребёнка, ими он овладевает относительно легко. Так, длинные и короткие гласные, по Sheridan, появляются в речи несколько раньше дифтонгов (греч. di – двойной, дважды; phthongos – голос, звук). Нередки «*ошибки смешивания*»: «е», «и», «о» могут перейти соответственно в «а», «и», «о». Дифтонги иногда тоже смешиваются. Из согласных звуков в детской речи ранее других появляются «п», «б», «м». Немного позже появляются «передние взрывные согласные» («д»), позже – более трудные «задние взрывные согласные» («к», «г»), ребёнку часто бывает трудно сочетать в одном слове и те и другие. Особенно трудно даётся произношение звуков «р», «л», «в» и «у», дети часто их пропускают или заменяют, хотя,

будучи младенцами, дети могли произносить их достаточно отчётливо. Многие дети, уже став взрослыми, проявляют ***ротацизм*** – несовершенное произнесение фонемы «р» в разных его вариантах. Существуют и долго могут сохраняться другие дефекты выговаривания фонем: ***сигматизм*** – касается свистящих и шипящих фонем, ***ламбдацизм*** – фонемы «л»; ***каппацизм***, ***гаммацизм, хатизм*** и ***йотацизм*** – произношения нёбных звуков; наблюдаются также ***дефекты озвончения*** – трудности произношения звонких и глухих согласных звуков, ***дефекты смягчения*** – недостатки артикуляции мягких звуков, замена их парными твёрдыми звуками и наоборот. Различные комбинации согласных звуков могут представлять для детей ещё большие трудности. Указанные дефекты артикуляции чаще всего и наблюдаются у пациентов с задержанным звукопроизношением.

В норме речь детей 4 лет легко понимается незнакомыми ему людьми, дизартикуляция делает речь детей трудной для понимания и после 4 лет. В наиболее лёгких случаях расстройство к 9–10 годам проходит спонтанно, этому весьма способствует речевая терапия. После 8 лет спонтанного выздоровления чаще всего не бывает. В случаях значительного и серьёзного расстройства речевая терапия должна проводиться по возможности в более раннем возрасте. Дети с нарушением развития артикуляции могут обнаруживать ряд сопутствующих расстройств социального, эмоционального и поведенческого характера, многие дети, в частности, тяже-

ло переживают дефект своей речи. У трети пациентов выявляются, кроме того, дефицит внимания с гиперактивностью, расстройство в виде тревожности при разлуке с близкими, избегающее расстройство поведения, депрессия, нарушение адаптации. Дети с тяжёлым расстройством артикуляции и/или хроническим, безремиссионным течением составляют группу риска в отношении развития психического заболевания.

Для распознавания расстройства важно, чтобы: 1. дефект артикуляции был достаточно серьёзным по прошествии возраста нормального нарушения произношения; 2. он не был связан с физической патологией, дизартрией, нарушением слуха и умственной отсталостью и 3. экспрессивный язык был нормальным, исключены расстройство развития экспрессивной и рецептивной речи, а также первазивные («обширные») расстройства (синдромы раннего детского аутизма). Основными методами лечения являются речевая терапия (логопедические занятия, логоритмика), психотерапия. В комплекс лечения включаются также массаж, лечебная физкультура, при необходимости – психофармакотерапия. Синонимы: расстройство артикуляции, функциональное расстройство артикуляции, лепетная речь, младенческая речь, дислалия, инфантильная персеверация, расстройство фонологического развития и др.

2. ***Специфическое расстройство экспрессивной речи***. Наблюдается задержанное развитие в использовании средств

устной речи, не связанное с неврологической, иной определённой патологией, дефектами обучения, значительным снижением слуха. Патологией считается расстройство в той степени тяжести, которая существенно мешает школьной успеваемости, общении и адаптации к требованиям повседневной жизни. Вокализация, артикуляция и понимание чужой речи могут не нарушаться, потребность в общении и невербальные аспекты коммуникации не страдают, хотя задержка или нарушение звукопроизношения встречается часто. Частота расстройства колеблется от 3 до 10 % у детей школьного возраста. У мальчиков оно встречается в 2–3 раза чаще, чем у девочек. Предполагают, что причинами его развития могут быть задержка созревания нервных структур, лёгкое повреждение головного мозга, генетические и конституциональные факторы, неблагоприятная речевая среда обитания.

При тяжёлой степени нарушения оно проявляется обычно до 3 лет. Адекватный до этого ребёнок (гуление, лепет, отдельные слова, понимание речи были нормальны) *перестаёт произносить* или даже ***повторять отдельные слова и звуки.*** В активном лексиконе могут отсутствовать даже такие слова, как «папа» и «мама». Для выражения своих желаний ребёнок предпочитает использовать мимику и жесты. В 18 месяцев ребёнок может самое большее понимать простые команды и указывать на бытовые предметы, когда их ему показывают. К возрасту появления речи дефицит лекси-

кона становится очевидным – к 3 годам в речи пациентов всё ещё отсутствует фразовая речь, составленная из высказываний с двумя словами. Наблюдаются многочисленные, хотя и непостоянные ошибки артикуляции, преимущественно в отношении звуков «т», «р», «с», «з», «уай» и «ай», которые либо пропускаются, либо заменяются другими фонемами. К 4 годам большинство детей может говорить короткими фразами, но, по мере выучивания новых слов, старые они вскоре забывают. Учатся говорить они обычно значительно медленнее своих нормальных сверстников, с большим трудом и при этом далеко не полностью осваивают грамматические структуры. Расстройству часто сопутствуют нарушения развития координации, функциональный энурез. Тяжёлые формы расстройства проявляются ***алалией*** **–** утратой побуждений к устной речи.

Менее тяжёлые формы нарушения могут не распознаваться до подросткового возраста, когда требования к речи сильно усложняются. Им свойственны: 1) ограниченный активный лексикон; 2) избыточное использование небольшого набора общих слов; 3) трудности в подборе нужных слов и синонимов; 4) сокращённое произношение, то есть «проглатывание» слов, неполное их произношение; 5) незрелая структура фраз; 6) ошибки синтаксиса, особенно отсутствие приставок и флексий; 7) дисграмматизмы в виде отсутствия или неправильного использования предлогов, местоимений, прилагательных, числительных, спряже-

ний глаголов и склонений имён существительных; 8) чрезмерно обобщённое употребление правил грамматики; 9) отсутствие плавности произношения предложений; 10) трудности в последовательном пересказе впечатлений прошлого.

У детей с настоящим расстройством в школьном возрасте могут развиваться низкая самооценка, депрессия, ***фрустрация*** (лат. frustracio – обман, неудача, тщетная надежда; в данном случае имеется в виду состояние внутреннего дискомфорта, что ребёнок волнуется, сердится, тяжело переживает свой дефект). Нередко обнаруживаются нарушение способности к обучению, в частности плохое чтение, и вообще нарушение формирования навыков распознавания символов и их последовательностей. Из других сопутствующих нарушений обычно упоминают гиперактивность с дефицитом внимания, аутичное поведение, вызывающее и оппозиционное поведение, сосание пальца и иные «вредные привычки», энурез, парциальную и часто избирательную потерю слуха, колебания настроения, ***виктимность*** (лат. victima – жертва) – склонность вовлекаться в несчастные случаи. У многих детей выявляются симптомы резидуальной неврологической патологии.

У половины детей с лёгким нарушением развития экспрессивной речи наступает спонтанное выздоровление, более серьёзное нарушение обычно оставляет признаки лёгких или умеренных нарушений в последующем. Лечение: речевая терапия, психотерапия при выраженной реакции на де-

фект речи, семейная психотерапия, психофармакотерапия. Синонимы: дисфазия; афазия, связанная с развитием, экспансивный тип; дислалия.

3. ***Специфическое нарушение развития рецептивной речи***. Нарушается способность понимать устную речь, это не связано с неврологической, иной патологией, неадекватным обучением, значительным снижением слуха. Нарушена успешное обучение в школе, общении, адаптация к требованиям повседневной жизни, где требуется импрессивная речь. Расстройство встречается у 3–10 % детей школьного возраста, в 2–3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Предполагают, что оно связано с нарушением процессов созревания нервных центров восприятия речи по генетическим и конституциональным причинам, с врождённым снижением чувствительности к речевым стимулам, с органическими факторами.

Расстройство обнаруживается в возрасте около 4 лет, тяжёлые его формы выявляются у детей 2 лет, а лёгкие формы могут не проявляют себя очевидным образом до 1–2-х класса школы и позже. Клинические характеристики расстройства в возрасте от 18 до 24 месяцев имеют значительное сходство с таковыми при нарушении развития экспрессивной речи. В большинстве случаев расстройство импрессивной речи сочетается с расстройством развития экспрессивной речи.

Основные симптомы расстройства: 1) неспособность ре-

агировать на повторяющиеся взрослыми названия с первого дня рождения (нет и невербальных реплик, которые делают взрослые); 2) неспособность идентифицировать посредством названий по крайней мере несколько обычных предметов к 18 месяцам; 3) неспособность следовать простым инструкциям к 2 годам; 4) значительное снижение способности понимать («декодировать») значение устных высказываний других людей; 5) значительное снижение способности трансформировать значение различных впечатлений в словесные формы (то есть «энкодировать» эти впечатления), наблюдающееся у большинства пациентов; 6) в части случаев отмечается полное отсутствие активной речи, то есть немота, в других – значительное снижение речевой активности; 7) много ошибок словопроизношения у детей, начинающих разговаривать (пропуски, замены, искажения фонем); 8) неспособность понимать значение грамматических структур (отрицаний, вопросов, сравнений и т. п.) и составлять сложные высказывания в возрасте после 3–4 лет; 9) непонимание тонких аспектов речи (тона голоса, сопутствующих речи жестов и др.); 10) повышение порога слуховой активации, неспособность локализовать источники звуков, частичный дефект слышания правильных тонов; 11) дефицит способности интегрировать как слуховые, так и зрительные стимулы (например, трудности различения игрушечных грузовиков и легковушек).

Расстройству весьма часто сопутствуют такие наруше-

ния, как гиперактивность и невнимательность, изоляция от сверстников и социальная неприспособленность, тревога, повышенная сенситивность, чрезмерная застенчивость, плохая успеваемость. У детей с тяжёлыми формами расстройства может быть выраженная задержка в социальном развитии, ограничение круга интересов. У большинства пациентов на электроэнцефалограмме выявляется билатеральная патология. Прогноз расстройства в целом менее благоприятен, чем для нарушения развития экспрессивной речи. В лёгких случаях прогноз относительно хороший, чего нельзя сказать в отношении более серьёзных его форм. Лечение: языковая терапия и терапия речи, психотерапия, семейная психотерапия, психофармакотерапия. Синонимы: афазия развития, рецептивный тип; дисфазия развития, рецептивный тип; словесная глухота; врождённая слуховая невосприимчивость, афазия Вернике, связанная с развитием.

4. ***Специфическое расстройство развития способности к чтению***. Нарушено развитие распознавания слов и понимания значения письменного текста, не связанное с неврологической или иной патологией, неадекватным обучением, дефектами зрения и слуха. Расстройство существенно мешает учёбе и адаптации к нуждам повседневной жизни, требующим навыков чтения. Встречается у 2–8 % детей школьного возраста, у мальчиков в 2–4 раза чаще. У пациентов, ставших взрослыми, частота расстройства от пола не зависит. Вероятные причины расстройства: генетические и

конституциональные факторы, нарушения созревания нервных функций, дефицит питания в раннем детстве, некоторые особенности латерализации мозговых функций (пациенты часто путают правую и левую стороны), перемещение речевой латерализации в полушарие, которое менее дифференцировано в плане освоения языка. Нарушение способности овладевать чтением часто наблюдается у детей с церебральным параличом, ещё чаще – у пациентов с эпилепсией. Типичными для пациентов являются осложнения во время беременности, пре-и перинатальная патология, недоношенность, малая масса тела при рождении. Вторичные нарушения функции чтения могут быть у детей с постнатальными органическими повреждениями доминантного полушария и выпадением правой половины поля зрения, а также нарушениями в области мозолистого тела. Тяжёлые нарушения способности учиться читать часто сочетаются с психическими нарушениями.

Расстройство обычно выявляется в 1–2-х классах школы, но иногда и раньше, если родители приобщают детей к чтению в более раннем возрасте. Симптомы его таковы: 1) на этапе обучения алфавитному шрифту могут быть трудности в пересказывании алфавита или распределении по категориям звука; 2) затруднения в распознавании морфем, слов, их последовательностей. Особенно плохо распознаются напечатанные и написанные заглавные и прописные буквы, которые отличаются в основном по длине и пространственной ориен-

тации; 3) пропуски, замены, искажения или дополнения слов или частей слов при чтении; 4) перестановка слов в предложениях или букв в словах; 5) малая скорость чтения; 6) попытки начать чтение заново, длительные запинки или «потеря места» в тексте и неточности в выражениях; 7) часто плохое понимание прочитанного и перевода письменной речи в устную и обратно (нарушение спеллингования). Кроме того, снижена способность вспоминать содержание прочитанного, делать из него адекватные выводы, склонность при ответах на вопросы о прочитанном использовать накопленные ранее общие знания, нежели информацию, которая содержится в тексте; 8) копирование текста может быть правильным, но при этом часто делаются ошибки в правописании. В спонтанном письме допускается значительно больше ошибок, нежели в письме под диктовку и при списывании; 9) нарушение формирования навыков, связанных с использованием чтения.

Характерно, что в позднем детстве и зрелом возрасте трудности спеллингования делаются более серьёзными, чем недостаточность собственно чтения. Нарушения спеллингования часто включают в себя и фонетические ошибки. Проблемы чтения и спеллингования частично могут быть связаны с нарушением фонологического анализа. Появлению расстройства обычно предшествуют различные нарушения развития речи. В других случаях могут быть трудности в обработке слуховой информации: проблемы категоризации зву-

ков, рифмования и, возможно, дефекты в различении фонем, слуховых ассоциациях, снижение памяти на последовательность впечатлений. Сопутствующими расстройствами могут быть нарушения развития экспрессивной и импрессивной речи, снижение самооценки, чувство стыда и унижения по поводу своего недостатка, фрустрация, нарушения поведения с агрессивностью и импульсивностью.

Прогноз при лёгких формах нарушения достаточно благоприятный, если своевременно начинается корригирующее обучение. При более тяжёлых формах расстройства это обучение должно начинаться по возможности раньше, проводиться в течение длительного времени, вплоть до старших классов школы; такие дети научаются в итоге читать, хотя и в недостаточной по школьным стандартам степени. Лечение: корригирующая терапия обучением (рекомендуются, в частности, методика S.Orton, терапевтические подходы, объединяющие несколько направлений корригирующего обучения), психотерапия, семейная психотерапия. Синонимы: специфическая задержка в чтении, чтение в обратном порядке, дислексия, связанная с развитием, нарушение спеллингования в сочетании с расстройством чтения, расстройство развития импрессивного письма.

5. ***Специфическое расстройство развития экспрессивного письма***. Нарушено развитие способности писать, не связанное с неврологической или иной патологией, дефицитом зрения, слуха и дефектами обучения. Страдает способ-

ность учиться, адаптироваться к повседневной жизни и препятствует навыкам, где нужно письменно излагать свои мысли. Предполагается, что в его развитии играют роль генетические и конституциональные факторы, нарушения внимания, а также расстройства импрессивной, экспрессивной речи и письма. Данные о частоте нарушения экспрессивного письма отсутствуют.

Расстройство в тяжёлых его формах становится очевидным в возрасте обучения письму, чаще в 1-м классе школы. В сравнительно мягких случаях оно выявляется позднее, когда к письму начинают предъявлять серьёзные требования. Большинство пациентов с лёгкой и умеренной степенью нарушения, если они получают своевременную и достаточную корригирующую терапию, успевают в школе неплохо.

Пациенты оказываются неспособными усваивать правила правописания, хотя фонемы они трансформируют в морфемы в основном правильно. Так, им трудно научиться писать первое слово предложения с заглавной буквы, составлять простые предложения, разделять предложения друг от друга, соблюдать порядок слов в предложениях, связывать слова, избегать других грамматических ошибок. Дети постарше не могут составлять сложные предложения, выбирать нужные слова, формировать абзацы и вообще испытывают непреодолимые трудности в самостоятельном составлении письменных текстов. Осознавая свою несостоятельность, они испытывают фрустрацию, недовольство собой, часто бывают по-

давленными, отказываются посещать школу, уходят с занятий. Будучи взрослыми, такие пациенты избегают что-либо писать вообще, выбирают себе занятия и профессию, не требующие навыка владеть письмом. Лечение: корригирующее обучение, терапия сопутствующих нарушений. Синонимы: специфическое расстройство спеллингования, специфическая задержка спеллингования, дисграфия.

6. ***Нарушение развития речи при врождённом снижении слуха.*** Нарушение развития речи у глухих и слабослышащих от рождения детей обычно выявляется во втором полугодии: дети не реагируют на звуки речи матери, снижается активность их лепетной речи. К году в речи не появляется первых слов. В последующем наблюдается глухонемота – ***сурдомутизм*** (лат. surdus – глухой, mutus – немой). Если речь к моменту утраты или значительного снижения слуха уже сформирована и функционирует, дальнейшее её развитие замедляется либо тем или иным образом искажается.

Обнаруживаются следующие отклонения в развитии речи: 1) замедление темпа формирования речи в первые три года жизни; 2) недоразвитие *фонологической* стороны речи (греч. phone – голос, звук): смазанность звукопроизношения, смешение звонких и глухих фонем (нож – ноз, часы – сисы и т. п.); 3) татирование, то есть замена многих фонем на звук «т» (собака – тобака и т.п.); 4) нечёткость произношения и опускание безударных окончаний и начала слов; 5) своеобразие голоса и мелодики речи: приглушённость, хриплость го-

лоса, неестественность его модуляций; 6) повышенное внимание к жестикуляции, мимике и движениям губ говорящих окружающих, а также тенденция к замене собственной речи обильной жестикуляцией и мимическими движениями; 7) бедность лексикона, неточное употребление слов, подмена одних слов другими, широкое использование обиходных выражений, житейских разговорных штампов; 8) несформированность грамматического строя речи: неправильное согласование слов в предложениях и словосочетаниях, неверное употребление падежных окончаний, пропуск предлогов, неспособность составлять сложные предложения; 9) ошибки при письме и в чтении, которые повторяют ошибки устной речи: смешение графем, означающих глухие и звонкие звуки; татирование, недописывание безударных окончаний и начала слов и др.; 10) нарушение соотношения между звуковым и семантическим образом слова, что указывает, скорее, на задержку умственного развития.

При осложнении тугоухости нарушением фонематического слуха могут возникать ошибки различения сходных по звучанию фонем («б» и «п; «д» и «т» «з» и «с»; и т. п.). В отличие от умственно отсталых пациентов у тугоухих детей относительно неплохо развиваются неречевые виды мышления. Например, они оказываются способными выполнять достаточно сложные конструктивные задания (лепка, рисование, конструирование и др.), овладевать непростыми навыками и профессиями.

В лёгких случаях расстройства наблюдаются лишь единичные нарушения звукопроизношения. Умеренную степень расстройства характеризуют ограниченный активный лексикон, ошибки номинации и в употреблении грамматических категорий, трудности в различении фонем, в составлении сложных предложений и развёрнутых рассказов, дефекты звукопроизношения (ротацизм и др.). Выраженная степень расстройства проявляется олигофазией, многочисленными аграмматизмами, одно-двусловными предложениями, разнообразными дефектами звукопроизношения и дифференциации фонем. В тяжёлых случаях расстройства обнаруживаются крайне ограниченная экспрессивная речь, отсутствие фраз, грубые аграмматизмы.

Глухота и тугоухость способны повлечь также значительные нарушения в формировании и активности внутренней речи, что негативным образом сказывается на развитии и функционировании мышления, в особенности отвлечённого мышления.

7. ***Нарушения речи при врождённом снижении зрения***. При полной врождённой слепоте или потере зрения в первые 1/2–1 год жизни нарушение развития речи обычно бывает весьма выраженным. Это касается, во-первых, звукопроизношения, которое осваивается в значительной степени благодаря подражанию говорящим взрослым. Кроме того, ребёнок не может усваивать выразительные средства коммуникации, с этим связывают монотонный, маломодулированный

характер речи пациентов. Нарушению развития речи весьма способствуют дефицит общения и замедление умственного развития. Серьёзные трудности возникают у таких детей при обучении письму по системе Брайля, если помимо потери зрения снижена тактильная чувствительность. У слабовидящих детей нарушения речи менее выражены. Тем не менее у них также существенно страдают фонологические аспекты речи (дефекты произношения фонем, просодическая сторона речи), медленно пополняется активный лексикон, с трудом и неполно усваиваются грамматическое нормы речи, нарушается усвоение семантики слов, медленно развиваются вербальная и семантическая формы памяти. Нарушается и письменная речь. Указанные нарушения речи могут повлечь задержку интеллектуального развития, с другой стороны, последняя, вызванная иными причинами, сама влечёт замедление речевого развития.

8. ***Речь взахлёб***. Типично расстройство беглости речи, при котором нарушены скорость, темп и ритм устной речи, она может быть малопонятной окружающим. Речь состоит из резких её вспышек и пауз, не связанных с грамматической структурой высказываний, так что логические акценты как бы смещаются на фрагменты высказываний, не несущих основной смысловой нагрузки. Фразы могут быть составлены неправильно и в плане синтаксиса, нередко имеют место фонетические искажения. Частота расстройства и его природа не установлены. Известно, однако, что оно встре-

чается реже заикания, мужчины подвержены ему в большей степени, нежели женщины. Предполагается, что причинами расстройства могут быть нарушения процессов созревания функции речи, а также генетические факторы. Расстройство начинается в возрасте между 2 и 8 годами, развивается в течение нескольких недель или месяцев, его проявления нарастают в ситуациях эмоционального стресса или давления. Около 2/3 детей спонтанно выздоравливают к подростковому возрасту. В части более тяжёлых случаев могут возникать вторичные эмоциональные и поведенческие расстройства. Лечение: речевая терапия. Синоним: невнятная речь.

4. Психогенные нарушения речи

Существует ряд психогенных нарушений речи, в основном, они носят невротический характер.

1. ***Заикание*** – нарушение плавности речи. Это речь с частым повторением и/или удлинением её звуков (фонем, слогов, слов). Одновременно наблюдаются нерешительность в речевой деятельности, остановки речи, отчего плавное и ритмическое её течение нарушается. Нарушено речевое дыхание. В тяжёлых случаях речь пациентов делается для окружающих весьма трудной для восприятия. В отечественной психиатрии заикание называют ***системным неврозом*** – нарушением с преимущественным нарушением какой-то одной психологической или физиологической функции. В

термине «невротический» обычно сохраняется неизменным указание на преимущественно индивидуально-психогенную природу соответствующего расстройства.

Заиканием страдает около 5 % детей, у мальчиков оно бывает в 3–4 раза чаще и является более выраженным, чем у девочек. Расстройство начинается обычно в возрасте от 18 месяцев до 9–12 лет, нередко остро, после нервного потрясения и вызванного им мутизма. Начало и обострения заикания могут быть приурочены к критическим периодам развития в возрасте 2–3 года и 5–7 лет. В других, более частых случаях заикание развивается постепенно, этому способствует пребывание ребёнка в неблагоприятной речевой среде (заикание у сверстников, близких людей, повышенные требования к речи, форсированное изучение иностранного языка и др.), а также хроническая психотравмирующая ситуация. У таких пациентов расстройство начинается с повторения начальных согласных, первых слов высказываний или словосочетаний. Эти повторения постепенно учащаются и в последующем обычно касаются наиболее важных с точки зрения говорящего слов и фраз. Любопытно, что «трудные» для пациентов звуки речи или слова иногда быстро меняются. Во время разговора пациенты часто вставляют в свою речь много лишних слов, которые произносятся ими легче, заполняют паузы речи «словами-паразитами» («э-э-э…», «так сказать», «собственно говоря», «значит» и т. п.). Звукопроизношение не страдает. В моменты пролонгации, повторений

звуков речи, её остановок могут присоединяться сопутствующие движения в области лица, других частей тела. Нередки случаи, когда уже после начала заикания дети могут нормально петь, свободно декламировать, говорить шепотом, говорить наедине с собой, на сцене, могут свободно разговаривать в шумной обстановке, с животными, неодушевлёнными или воображаемыми объектами, могут без запинки читать вслух или повторять речь окружающих. Заикания во внутренней речи, по-видимому, не бывает. Любопытно, что вербальные обманы слуха никогда не заикаются, речь в сновидениях звучит также без заикания.

У части пациентов с заиканием наблюдаются нарушения почерка (Roman, 1959). Почерк неаккуратен, беспорядочен, плохо координирован и недостаточно слитен. Наблюдаются «запинания» и растягивания букв или фрагментов букв. Часто встречаются «пробные точки», и пишущий с силой надавливает на перо или карандаш. У некоторых пациентов наблюдаются расстройства развития речи.

Существует ряд гипотез развития заикания. 1) ***Конституциональная гипотеза*** основана на предположении о существовании предрасположенности к заиканию в виде конфликта между полушариями мозга за контроль деятельности органов речи. 2) ***Психогенные гипотезы***, считающиеся более обоснованными, рассматривают заикание как невротическое, то есть непсихотическое расстройство, в первую очередь вызванное психогенными и психосоциальными фак-

торами (Курашев, 1973). Все прочие относительно простые движения, тем более весьма сложные координации речевой мускулатуры при заикании обычно не нарушаются. Высказывается также предположение о том, что у пациентов с заиканием изначально существует особое отношение к речи – в силу ранее возникшего ощущения собственной неполноценности, по А. Адлеру, они как будто считают освоение речи слишком сложной проблемой речи или общения («невроз ожидания»). 3) В ***бихевиоризме*** природу заикания усматривают в неправильном научении детей речи. 4) ***Генетическая гипотеза*** подчёркивает роль наследственных факторов – у кровных родственников пациентов заикание встречается значительно чаще, чем в популяции в среднем. 5) Некоторое значение в развитии заикания имеет, вероятно, ***резидуально-органическая недостаточность головного мозга***, касающаяся иннервации тонуса и возбудимости речевой мускулатуры. Иногда наблюдается заикание, развившееся после поражения левого полушария мозга, как часть афазического нарушения. В целом в развитии заикания основную роль играет индивидуальная констелляция его причин и условий.

В динамике типичной формы заикания некоторые авторы различают четыре последовательные фазы. 1) ***Первая фаза*** приурочена к дошкольному возрасту. Заикание появляется эпизодически, длится несколько недель или месяцев, перемежаясь с продолжительными периодами нормальной речи. Дети заикаются чаще и сильнее, будучи взволнованными или

оказываясь в ситуации коммуникативного давления. 2) ***Вторая фаза*** протекает в начальной школе. Периоды нормальной речи сильно сокращаются или исчезают. Заикание касается основных частей речи: имён существительных, глаголов, прилагательных и наречий. Дети осознают своё заикание как существенный недостаток, начинают его стесняться. 3) ***Третья фаза*** наступает обычно в конце детского и начале подросткового возраста. Заикание постоянное, касается некоторых особенно трудных для пациентов звуков и слов и усиливается в определённых ситуациях, например у школьной доски, в разговоре с незнакомыми людьми, по телефону. 4) ***Четвёртая фаза*** наблюдается в подростковом возрасте и у взрослых. Обычно выявляются страх разговаривать (логофобия), опасения оконфузиться. Пациенты боятся произносить звуки речи, слова, избегают ситуаций, где нужно разговаривать. Типичными являются подмены трудных слов, многословие.

Иной является динамика при заикании, возникшем у детей вследствие аффективного шока. Заикание чаще всего возникает после относительно короткого периода психогенного мутизма и обычно прекращается в течение нескольких недель и месяцев.

После 24–25 лет заикание у большей части пациентов постепенно ослабевает, в зрелом и пожилом возрасте оно встречается редко.

Течение заикания обычно хроническое, с непродолжи-

тельными частичными ремиссиями и следующими за ними обострениями заикания в ситуациях общения. От 30 до 80 % пациентов с заиканием, особенно лёгким, спонтанно выздоравливают. У ряда пациентов нарушаются отношения с дразнящими их сверстниками, ухудшается успеваемость, снижается самооценка. В последующем могут возникать трудности в выборе профессии, карьере, формировании характерологических качеств. Могут иметь место сопутствующие нарушения: тики в области лица, тремор губ или челюсти, подавленное настроение, фрустрация. В некоторых случаях заикание осложняется ***спастической дисфонией*** – нарушениями голосообразования, вызванными тоническими спазмами дыхательной мускулатуры.

В отечественной детской психиатрии, наряду с невротическим, различают также неврозоподобное, органическое заикание, заикание при психопатии, шизофрении и других заболеваниях.

Неврозоподобное заикание характеризуется тем, что у пациентов с самого начала появления расстройства речи преобладают ***тонико-клонические судороги речевой мускулатуры***, а не тонические, как при истинном заикании. Наблюдаются, кроме того, тикоидные гиперкинезы. При этом интенсивность заикания мало зависит от волнения и ситуаций общения, реакция на дефект речи обычно не достигает выраженной логофобии. Кроме того, выявляются органические черты психики и симптомы резидуально-органи-

ческой недостаточности головного мозга. ***Органическое заикание*** вызвано тоническими, клоническими и иными гиперкинезами в речевой и дыхательной мускулатуре. Реакция личности на дефект речи может отсутствовать или быть незначительной даже в подростковом возрасте со свойственной ему обострённой сенситивностью. Как правило, у пациентов выявляются выраженные симптомы психоорганического снижения личности, нарушения памяти, умственной деятельности по органическому типу.

В лечении заикания используют игру, речевое обучение, индивидуальную, групповую и семейную психотерапию. Лекарственный контроль (фенибут, медазепам, грандаксин, атаракс, амитриптилин, сертрален, азафен) может иметь существенное значение, если наблюдаются чрезмерная аффективная напряжённость, интенсивный страх речи, нарушения сна и вегетативной регуляции. Профилактика: исключение факторов, способствующих развитию заикание. Синонимы: логоневроз, стуттиринг, стаммеринг, Balbuties.

2. ***Писчий спазм***. Характеризуется нарушением письма. Относится к ***профессиональным дискинезиям*** со свойственным нарушением специализированных движений, характерных для определённых профессий (у скрипачей, гитаристов, виолончелистов, часовщиков, телеграфистов, парикмахеров, водителей, резчиков и мн. др.). Все другие мышечные синергии не нарушены. Писчий спазм является самым частым и наиболее ярким вариантом профессиональ-

ной дискинезии.

Писчий спазм развивается обычно около 40 лет и позднее, чаще бывает у мужчин. Основными факторами развития расстройства считаются необходимость писать долго, разборчиво, точно, без отдыха и эндогенное предрасположение. Имеет значение тревожно-мнительный характер, хронические психотравмирующие ситуации, стриарные и стволовые нарушения, склероз сосудов головного мозга, неврит локтевого и срединного нерва, спондилоартроз, артериит, ангиоспазмы. Предполагают, что писчий спазм – это вариант диспраксии речи, связанный с функциональной патологией доминантного полушария мозга.

Основными симптомами ***судорожного варианта расстройства*** являются: 1) тонические сокращения мышц, участвующих в письме; 2) боли и другие мучительные ощущения в области плеча и плечевого пояса; 3) неподвижность кисти, при которой пальцы судорожно сжимают ручку, карандаш или другой инструмент. Как только пациент бросает пишущий предмет, судорога тут же исчезает. При ***паретическом варианте расстройства***, напротив, во время письма наступает расслабление мышц кисти. При редко встречающейся ***дрожательной форме расстройства*** во время письма появляется дрожание пальцев рук. При невралгической *форме расстройства* во время письма наблюдаются в основном резкие боли в руке. Обычно же встречаются ***смешанные варианты писчего спазма***. Заболевание протека-

ет хронически и медленно прогрессирует. Если в его начале симптомы расстройства возникают после продолжительного письма, то позднее они появляются тотчас после того, как пациент начинает писать или даже подумает о предстоящем письме. Поначалу письмо удаётся с помощью толстой ручки или карандаша, впоследствии пациенты бывают вынуждены придавать руке необычное положение или переходить к письму другой рукой. Со временем расстройство может распространиться и на другую руку. Любопытно, что способность писать мелом на доске сохраняется почти во всех случаях.

В лечении писчего спазма используется длительный отдых от письменной работы. Назначаются индивидуальная психотерапия, тренировка в письме, специальная гимнастика, физиотерапия, седативные препараты. В упорных случаях рекомендуется переходить на печатание текстов с помощью пишушей машинки, компьютера. В большинстве случаев существенного улучшения не наступает, профессиональная трудоспособность оказывается резко ограниченной. Синонимы: графоспазм, могиграфия, судорога писчая.

3. ***Элективный мутизм***. Типична утрата речи на родном языке у детей в определённых и обычно предсказуемых ситуациях (лат. electus – избранный), которые они воспринимают для себя как психотравмирующие, вызывающие тревогу (разговор с незнакомым человеком, устные ответы на уроках в школе и т. п.). Понимание речи, способность гово-

рить, звукопроизношение, невербальные аспекты коммуникации не страдают. Расстройство не связано с неврологической и иной определённой патологией. Его развитию способствуют социальная тревожность, сенситивность, отгороженность, негативизм и агрессивность детей, колебания настроения, компульсивность, чрезмерная опека со стороны родителей, а также предшествующие нарушения развития речи (задержка речевого развития, расстройства артикуляции). У части пациентов встречаются энурез и энкопрез. Сюда не относится отказ от речи, мотивированный стремлением детей досадить окружающим, в этом случае, полагают некоторые психиатры, наблюдается патохарактерологическая реакция активного протеста.

Элективный мутизм обычно обнаруживается у пациентов в раннем детстве, одинаково распространён у разных полов, у девочек встречается, пожалуй, несколько чаще, Частота расстройства не установлена, в литературе встречаются разные данные, установленные по обращаемости за помощью. В большинстве случаев элективный мутизм осложняется другими социоэмоциональными нарушениями (снижение школьной успеваемости, ограничение круга контактов, конфликты со сверстниками и др.). Чаще всего расстройство длится в течение нескольких недель и месяцев, но иногда затягивается на годы, если имеет место какая-то другая психиатрическая патология. У детей старше 10 лет элективный мутизм может указывать на другое расстройство, симп-

томом которого он является (истерический мутизм, аффективная патология, шизофрения, формирование психопатического характера). В лечении элективного мутизма используется игра, индивидуальная, групповая и семейная психотерапия, противотревожные препараты.

4. ***Истерический мутизм***. Характеризуется утратой способности говорить в силу анормальной потребности получить некие привилегии, выигрыш в той реальной или только воображаемой ситуации. Слух, понимание речи, невербальные аспекты коммуникации при этом не нарушены. Нередко наблюдается ***истерическая афония*** – отсутствие голоса, но при этом голос появляется при кашле, чихании и других непроизвольных ситуациях вокализации. В поведении видны черты театральности, демонстративности, пациент как бы убеждает окружающих в том, что он хочет, но не может говорить из-за серьёзного расстройства. В ситуациях, не связанных потребностью молчать, речь может быть совершенно нормальной. Например, мутичный пациент играет на гитаре и поёт, как ни в чём не бывало. Информация о причинах расстройства в самоотчётах пациенты обычно опускают, как если бы они о ней ничего не знали и не желали знать. Длительность расстройства – от нескольких часов до ряда дней и недель. Повторные эпизоды расстройства, по-видимому, не встречаются. Лечение: индивидуальная психотерапия, амитал-натриевое растормаживание.

5. ***Глоссолалия.*** Это непроизвольное и аффективно обу-

словленное продуцирование непонятной речи (греч. glossa – устаревшее или диалектное слово, lalia – речь). Речь при этом ускорена, голос громкий, с многочисленными литеральными и вербальными парафазиями. Произносится множество неологизмов, характерны двигательное беспокойство, выкрики, застывания в одной позе. Продуктивному контакту пациенты недоступны. Как правило, расстройство встречается при коллективных «радениях» в религиозных сектах в состояниях всеобщего экстаза. То же встречается у пациентов с кликушеством, они, будучи в состоянии истерического помрачения сознания, громко и непроизвольно выкрикивают бессмысленные слова, фразы, издают звуки, напоминающие вокализацию животных (собак и др.). Расстройство возникает обычно у истерических личностей, проникнутых идеями бесоодержимости. В отличие от неоглоссии расстройство речи не обнаруживает тенденции к систематизации продуктов вербализации, не имеет скрытого символического значения, нередко указывающего на наличие бредовой идеи.

6. ***Аллофемия.*** Это перегруженность устной и/или письменной речи словами иностранного языка, которые индивиду малоизвестны, отчего его слова помещаются в неадекватный контекст. Это делает содержание высказываний неопределённым, многозначным, расплывчатым, на что указывает термин (греч. allos – другой, иной; phemi – говорю). Характеризует истерические, паранойяльные, антисоциальные чер-

ты характера. Обычно скрывает поверхностность знаний, но даёт понять окружающим о своей принадлежности к избранным слоям общества. Выражает главное качество пациента, т. е. *смердяковщину*, – глухую ненависть к собственной культуре, готовность к заискиванию перед всем чужеземным. Иногда наблюдается бравирование иностранным акцентом. Владение собственным языком, не говоря уже об иностранных, оказывается при этом весьма средним. Л. Н. Толстой сообщает, например, как после вторжения в Россию Наполеона высшая знать вдруг вся заговорила на презираемом ранее и присущем ей дурном русском языке, как будто вдруг она превратилась в «патриотов», отказавшись от французской речи.

7. ***Нарушения стиля речи***. При достаточно высоком уровне речевого развития индивид обладает широким репертуаром стилей речи. Он совершенно по-разному разговаривает со взрослыми и детьми, с близкими, знакомыми и незнакомыми людьми, в официальной и интимной обстановке, чётко различает разговорный и письменный стили речи, хорошо знает, как писать научный текст или популярную статью в газету, как выступать в разных по своему составу аудиториях. Обычно всё это даётся немалым трудом, приходит с годами, с опытом разнообразной речевой практики. Неспособность адекватно использовать различные стили речи есть признак своеобразной задержки развития речи – ***речевой диспраксии***. Лица с таким расстройством ре-

чи могут быть, неадекватно фамильярными, назойливыми, бестактными, слишком официальными или развязными либо они разговаривают с людьми старше себя, как со своими сверстниками или собутыльниками, а в магазине – как в кабаке, музее или на официальном приёме. Они пишут так же, как говорят: в строгих текстах грешат разговорными оборотами речи, не умеют популярно изложить важные для всех научные сведения, просто и доходчиво донести до публики серьёзные мысли. С детьми они часто разговаривают, как со взрослыми людьми. Например, читают нотации, взывают к совести, к почтению старших и т. п., не осознавая, что детям понимание подобных наставлений просто недоступно. Особенно ценным разнообразие стилей речи является для учителей, воспитателей и, конечно, врачей, в первую очередь врачей-психиатров, которые с каждым пациентом должны выучиться разговаривать на его языке, если хотят установить с ним должный контакт.

5. Психотические нарушения речи

Это нарушения речи у психотических пациентов. Здесь будут упомянуты также отклонения речи, свойственные пациентам с аффективными расстройствами настроения. Многие из нарушений речи описаны впереди, будут приведены лишь их названия.

1. ***Нарушения речи у депрессивных пациентов***. Рече-

вая активность, как внешняя, так и внутренняя, значительно снижается, пациенты делаются молчаливыми, немногословными. При углублении депрессии нежелание пациентов говорить достигает иногда степени ***депрессивного мутизма***. Если депрессия сочетается с тревогой, нередко возникает ***тревожная вербигерация*** – повторение слов и выражений, которыми проявляются тяжёлое субъективное состояние, ощущение невыносимого страдания, растерянность. То же может возникать во время панических атак. Голос депрессивных пациентов ослабевает, паузы между высказываниями и частями предложений удлиняются, надолго затягиваются, заполняются тяжёлыми вздохами (рудиментами плача). Высказывания делаются более простыми, порой становятся односложными. Речь производит впечатление неуверенной. Многие пациенты отмечают обеднение мыслей, трудности в подборе нужных слов и формировании высказываний. Затрудняются чтение, понимание прочитанного. Меняется и почерк: он мельчает, исчезает нажим, линии делаются неровными. Пациенты, которым приходится много писать, с наступлением депрессии почти ничего пишут. Коммуникации с окружающим миром прерываются или ограничиваются необходимыми и короткими контактами.

2. ***Нарушения речи у маниакальных пациентов***. Речевая активность возрастает, наблюдается ***логорея*** (греч. logos – слово, понятие, учение; rhoia – течение, истечение) или ***вербомания*** (лат. verbum – слово, греч. mania

– влечение, страсть, безумие), достигающая порой степени неудержимого речевого напора, безостановочного потока слов (Rederdrang). Высказывания многословны, способность говорить кратко и по существу теряется. Пациенты как бы забывают о коммуникативной роли речи, становятся неспособными к диалогу, их не беспокоит, понимает их кто-то или нет и какое впечатление оставляет их речь у окружающих. Способность думать про себя теряется, все возникающие мысли тут же высказываются независимо от того, насколько они уместны. Внутренняя речь, похоже, исчезает. Любопытно, что маниакальные пациенты при умеренном повышении настроения склонны рифмовать свои высказывания, а интонациям речи придавать музыкальный характер – ***речь рифмованная.*** Иногда стихами разговаривают персонажи сновидений пациентов. Скорость произнесения слов увеличивается настолько, что многие из них «проглатываются», до конца не проговариваются. Голос делается громким, хриплым. На высоте мании речь становится спутанной, бессвязной.

3. ***Нарушение речи у пациентов с галлюцинациями***. Пациенты с некоторыми видами вербальных галлюцинаций предпочитают общаться преимущественно с «голосами», порой прерывая контакты с реальными людьми. Больные отвечают на вопросы «голосов», спорят с ними, кричат на них, возмущаются сказанным ими, обращаются к ним с вопросами и просьбами. Иногда пациенты дословно по-

вторяют сказанное «голосами», например, отвечают на вопросы окружающих фразами, которые навязываются «голосами». Некоторые больные, внимание которых целиком поглощается «голосами», умолкают, не слушают и как будто не понимают обращённой к ним реальной речи – ***галлюцинаторный мутизм***. Мутизм может возникать и под влиянием императивных галлюцинаций, запрещающих пациентам разговаривать с другими людьми. Галлюцинаторный мутизм бывает избирательным: так, пациент не разговаривает только с врачом, в то же время свободно общаясь с другими людьми. Иногда удаётся узнать об особенностях речи самих «голосов». Нередко это бывает речь «низкого уровня» (брань, оскорбления и т. п.), в других случаях это может быть речь по типу монолога, когда «голоса» говорят не прерываясь и не принимая во внимание реакцию пациентов. В речи голосов могут встречаться эхолалия, палилалия, неологизмы, вербигерация.

4. ***Нарушения речи у пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом***. Особенно типичны насильственное говорение и насильственное прерывание речи. В первом случае, впервые описанном В. Х. Кандинским, пациенты чувствуют, будто их язык говорит сам собою, а они с удивлением, с ужасом слышат, какие странные вещи их язык озвучивает и при всём желании не могут его остановить. Собственно мыслей в это время пациенты у себя как будто не ощущают. Во втором случае течение мыслей, напротив, насиль-

ственно прерывается, усилия что-то произнести ни к чему не приводят, так как язык, по словам пациентов, их «не слушается».

5. ***Нарушения речи при кататонии***. Помимо упомянутых ранее нарушений речи в виде эхолалии, палилалии, вербигерации, наблюдаются также коверкание слов, манерные интонации речи, пуэрильная речь, неуместный пафос, бессмысленное использование иностранных слов. В состоянии растерянно-патетического возбуждения наблюдается логорея с речью, неупорядоченной как в логическом, так и в грамматическом плане. В состоянии резчайшего («немого») кататонического возбуждения и особенно во время кататонического ступора пациенты умолкают – ***кататонический мутизм.*** В части случаев такой мутизм вызван идеаторным и двигательным торможением, он может быть обусловлен также негативизмом и амбивалентностью.

6. ***Нарушения речи при оглушении и помрачении сознания***. При оглушении сознания речь и понимание речи отсутствуют. При лёгком оглушении сознания речь сильно обеднена, замедлена, ограничивается отдельными словами, при этом может быть смазанность артикуляции. В состоянии ***сумеречного помрачения сознания*** речевая функция обычно блокируется, пациенты совершают беспорядочные или сложные автоматизированные действия молча или произносят лишь отдельные слова, междометия, восклицания. В состоянии ***аментивного помрачения сознания*** речь становит-

ся бессвязной, грамматические структуры речи распадаются таким образом, что монотонным и тихим голосом произносятся одно за другим отдельные слова, часто сходные по своему звучанию. Речь пациентов с ***делириозным помрачением сознания*** может быть довольно оживлённой, нередко сохраняется способность к диалогу. Часто пациенты разговаривают, ни к кому не обращаясь, как бы сопровождая речью свои болезненные впечатления, почерпнутые из обманов зрения. У пациентов в состоянии ***онейроидного помрачения сознания*** внешняя речь отсутствует либо высказываются отдельные слова и фразы, в то же время ведутся оживлённые диалоги с грёзоподобными персонажами.

6. Нарушения речи при отдельных болезненных формах

Некоторые опытные врачи по своему опыту чувствуют, с каким расстройством они сталкиваются, как, например, П. Б. Ганнушкин. Перечислим свойственные некоторым психическим расстройствам признаки нарушения речи.

1. ***Умственная отсталость***. Характеризуется задержанным в разной степени развитием всех аспектов речи. Это ограниченный бытовыми впечатлениями лексикон, неспособность усваивать грамматические структуры речи, скудость коммуникативных навыков, неразвитость просодической стороны речи, косноязычие и дизартрия, нарушения

письменной речи.

2. ***Шизофрения***. 1. ***Склонность к монологу*** – отсутствие или утрата навыка вести диалог с собеседником, соблюдать очерёдность речи и поддерживать содержательность речи в определённых ситуацией рамках. 2. ***Мимо-ответы*** (говорение невпопад, паралогия, Vorbeireden) – ответы на вопросы в иной смысловой плоскости, нежели это диктуется конкретной ситуацией. 3. ***Речь разорванная*** – построенная обычно по типу монолога речь, в которой грамматические и просодические структуры сохраняются в удовлетворительном состоянии, но семантическая её структура распадается до степени, близкой к таковой при сенсорной афазии. 4. ***Речь вычурная*** – использование необычных выражений, словосочетаний и интонаций речи, дурашливое коверкание высказываний, как если бы такая речь что-то значила для пациента. 5. ***Речь монотонная*** – речь, лишённая эмоциональных модуляций. 6. ***Речь парадксальная*** – речь с необычнами интонациями, когда акценты делаются лишенными логической последовательности. 7. ***Речь парадоксальная*** – речь, в которой встречаются взаимоисключающие друг друга высказывания. Указывает на амбивалентность мышления. 8. ***Речь витиеватая*** – многословная речь, наполненная неуместными высокопарными высказываниями, общими и ничего конкретно не означающими словами, неестественно возвышенными лозунгами, призывами и декларациями, оборотами научной фразеологии, выражениями торжественности, востор-

женности и пафоса, но при этом весьма далёкая от того, чтобы передавать простоту, некое содержание. 9. ***Речь с выражением коротких ассоциаций*** – речь односложная, лишённая необходимых подробностей и деталей. 10. ***Речь расплывающаяся*** – речь, в которой проявляется утрата целенаправленного мышления, аморфность рассуждений, утрата плана построения мыслей, неспособность контролировать их движение в определённом направлении. 11. ***Неологизмы***. 12. ***Несоответствие высказываний***, с одной стороны, и ***жестов, мимики***, с другой.

3. ***Речь при эпилепсии***. 1. ***Замедленность речи***. 2. ***Растягивание слов и певучие интонации***. 3. ***Остановки в речи***, когда пациенты некоторое время «топчутся» на одном месте, по несколько раз возвращаясь к уже сказанному и не продвигаясь вперёд в развитии мысли. 4. ***Многословие***, использование слишком многих слов. 5. ***Слащавость***, уменьшительно-ласкательные обороты речи. 6. ***Многочисленные неточности в выражении логики***, когда что-то говорится «вокруг да около». 7. ***Персеверации***. 8. Большое число ***слов, не несущих смысловой нагрузки***. 9. Манера конструировать ***последовательность впечатлений, а не смысл,*** в котором они появляются. 10. ***Преобладание сугубо личного***, а не общезначимого. 11. ***В деменции резкое ограничение числа сообщений***.

4. ***Речь истерических пациентов***. Пациенты обычно многоречивы, их сообщения слишком эмоциональны, – па-

циенты предпочитают говорить о своём отношении к происшедшему, а не о содержании случившегося. Часто употребляют экзальтированные, чрезмерно аффектированные термины, имея в виду склонность пациентов создавать такой эмоциональный контекст своей речи, в котором их потребности, желания, ожидания казались бы им вполне реалистичными и осуществимыми. Высказывания пациентов сопровождаются обычно излишне оживлённой мимикой, жестикуляцией. Сообщения пациентов часто бывают слишком субъективными: непоследовательными, противоречивыми – сообразно тому, как меняется их настроение и какова реакция на такие сообщения со стороны собеседников. При истерических психозах речь может регрессировать до детской, а при синдроме одичания (одержимости) она состоит из нечленораздельных звуков.

5. ***Речь пациентов с ранним детским аутизмом***. Обычно упоминаются такие, свойственные синдрому Каннера, отклонения в развитии речи: эгоцентрические формы речи, весьма замедленное развитие коммуникативных навыков, отсутствие свойственной нормальным детям потребности в овладении языком, искажённое развитие просодической стороны речи, затруднения в использовании личных местоимений, неразвитость паралингвистических аспектов коммуникации, общая и в половине случаев необратимая задержка речевого развития, а также неологизмы, нарушения в различении фонем, в артикуляции, многократное повторение

некоторых слов и фраз, часто непонятных пациентам. При других вариантах детского аутизма наблюдается, напротив, необычно раннее развитие речи, иногда настораживающее родителей и врачей в плане возможной психической патологии, но, к счастью, такие опасения подтверждаются не всегда.

Глава 10. Бредовое расстройство

1. Общие сведения

Бред (рус. бредить – грезить, наяву или в горячке, видеть сон; лат. delirium – безумие, помешательство; нем. Wahn) – психоз, проявляющийся ложными и некоррегируемыми убеждениями разного содержания, патологической мотивацией поведения, а также социальной дезадаптацией, нарушением отношений с окружающими. Развивается на основе глубокой дезорганизации структур личности. Бред не является результатом очагового повреждения головного мозга или проявлением дисфункции отдельных психологических структур, в частности, мышления (Е. Блейлер, 1920; К. Ясперс, 1997; В. А. Гиляровский, 1954; А. В. Снежневский, 1983; А. С. Тиганов, 1999; и др.). Рассматривать бред как патологию суждения – атавизм структуралистского подхода к представлению психической деятельности человека, с позиций которой отдельные симптомы являются самостоятельными вне их личностного контекста. Можно повторить вслед за Е. Блейлером и К. Ясперсом, что бред, – одна из фундаментальных проблем и величайших загадок психопатологии.

Всё еще неясно, чем в сущности является бред. Лишь от-

дельные исследователи пытаются формулировать конкретные суждения на этот счёт. Среди них В. И. Аккерман (1936), который в работе «Механизмы шизофренического первичного бреда» связывает его развитие с нарушениями самоосознавания, в результате чего бред становится превращением личности в новое качество. Отметим, что перечисленные ниже виды бреда являются неполными, трудно назвать их общее число. И хорошо бы знать бред для оценки жизни людей. Нетрудно представить себе бред, касающийся, например, основ мироздания или природы человека, чему люди верят веками. Обычно пациенты придерживаются бреда с таким упорством, как если бы эти убеждения представляли смысл их существования или защищали бы главные ценности своей жизни. Устранение бреда означало бы для пациентов крах, невыносимое состояние угрозы их жизни. Так, ни один пациент не отказался от бреда, будто он болен раком. Это определённо указывает на фундаментальные, радикальные изменения их сознания личности.

Здесь проводится мысль о том, что в основании развития бреда находятся расстройства самоосознанания.

Блейхер В. М. (1996) формулирует следующие критерии бреда:

1. бред есть признак болезни, а не ошибка ума;

2. бредовое убеждение всегда является ложным, не основанным на фактах, его содержание противоречит действительности;

3. бредовой идее обычно сопутствует нарушение логики мышления, но последнее не относится к числу существенных причин развития бреда, а рассматривается как следствие бредового расстройства;

4. бредовое убеждение, в отличие от ошибочных суждений адекватного индивида, не поддаётся коррекции никакими известными методами (убеждением, внушением, собственным негативным опытом поведения и наблюдениями за другими пациентами с бредовым расстройством, даже идентичными собственному);

5. обычно бред возникает при формально ясном состоянии сознания пациента, но иногда бред появляется в период спутанного сознания и некоторое время может сохраняться после того, как функции сознания восстанавливаются;

6. бредовая идея в своём развитии тесно спаяна с наступившими ранее радикальными изменениями личности, что неизбежно влечёт кардинальное изменение системы отношений пациента с внешним миром и самим собою. При остром бреде такие изменения наступают катастрофически быстро, практически одновременно с бредовыми идеями.

7. бред не обусловлен снижением интеллекта, не застрахованы от бредового расстройства и индивиды с высоким интеллектом. Изменение интеллекта – следствие бреда. У пациентов с умственным недоразвитием и у детей собственно бред не возникает, обычно он в своём развитии не продвигается дальше «бредового настроения» (с фрагментарными

и бессистемными идеями бреда).

8. бредовые убеждения некоторыми пациентами могут тщательно скрываться (см. Диссимуляция), не проявляясь анормальным поведением, хотя именно оно является объективным свидетельством бреда. Добавим, что иногда поведение пациентов внешне вполне адекватное, также может быть мотивировано бредом.

Несмотря на тяжесть бредового расстройства, оно может исчезать спонтанно или под влиянием лечения, не оставляя после себя интеллектуального дефицита или, точнее, дефекта личности.

Существуют различные ***виды бреда*** (по содержанию бредовых идей) и ***формы бреда*** (по клинико-психопатологической роли бреда).

2. Виды бреда

Содержательные аспекты бреда касаются обычно дефицитарных потребностей человека и отражают страх, касающегося материального благополучия, безопасности, здоровья, смерти, честолюбия и т. п. Одновременно с этим бред может затрагивать ценности, доказательств которым нет или наука об этом ничего сказать не может. Так, во многих странах мира бред отражает потребность в безопасности (бред персекуторного содержания). В других странах такой бред относительно редок. Что касается высших потребностей, таких

как самоуважение и самоактуализация (по А. Маслоу), то созвучные им бредовые идеи встречаются, видимо, очень редко. И не ясно, каким образом проявляется такой бред. Чем более низкое расположение в структуре личности бред занимает, тем значительнее негативные его последствия.

Содержательные аспекты бреда нередко сменяются в последовательности, отражающей регрессию личности. Бред не следует рассматривать как количественное усиление свойственных личности качеств, он является особенностью, связанной с неясными причинами, скорее всего, с нарушениями самоосознавания. Нередко бред является ***мономорфным*** – однаковым по своему содержанию. Нередко собственно бред как бы обрастает дополняющими, не являющимися бредовыми соображениями пациентов. Часто бывает и так, что одновременно возникают совершенно разные бредовые идеи, никак не связанные друг с другом общностью содержания, указывая тем самим на диссоциацию или фрагментацию личности. В таких случаях источником бредовых идей являются изолированные одна от другой субличности пациента, – ***политематический бред.***

Фабула бреда обычно не содержит существенной информации о причинах его развития, тяжести или прогнозе возникшего психоза. Осведомлённость врача относительно бреда по содержанию может быть полезной. Во-первых, в плане выявления бредового расстройства. Дело в том, что пациенты не всегда откровенны, ограничиваясь намёками, об-

молвками, отдельными замечаниями, действиями. По указанным признакам легче заподозрить или даже установить факт бреда. Во вторых, это очень важно для обнаружения патологической мотивации поведения и своевременного предупреждения опасного поведения пациента. В третьих, это может иметь значение для выбора адекватной тактики общения с пациентом. Тут важно не вступать в дискуссию с пациентом, а деликатно присоединяться к нему, так, чтобы он рассказал о своём бреде более подробно.

Некоторые виды бреда определённо указывают, однако, на возможные механизмы его формирования. Например, может быть установлено, что первичным источником бреда являются обманы памяти, аномальные сновидения, нарушения самовосприятия или галлюцинации.

1) ***Бред альтруистический*** (лат. alter – другой) – патологическое убеждение пациента в его высокой, благой, спасительной для кого-то или всего человечества миссии. Синоним: бред мессианства (др. – евр. мессия – спаситель).

2) ***Бред антагонистический*** (греч. antagonisma – спор, борьба) – патологическое убеждение пациента в том, что он является пассивным свидетелем, наблюдателем борьбы противостоящих мировых сил, которая ведётся из-за него или вокруг него: сил добра и зла, света и тьмы, лжи и истины и др. (Seglas,1889). Синоним: бред манихейский (перс. Мани, автор учения о борьбе сил добра и зла, света и тьмы).

3) ***Бред аперсонализации*** – бред самоидентификации

пациента с другим человеком, нередко с исторической личностью, любым другим живым существом, неодушевлённым объектом. С клинической достоверностью впервые описан, повидимому, Н. В. Гоголем. В «Записках сумасшедшего» главный персонаж сообщает: «Вчера я объявил Мавре, кто я. Когда она услышала, что перед нею испанский король, то всплеснула руками и чуть не умерла от страха. Она, глупая, ещё никогда не видела испанского короля». Отдельные упоминания о существовании такого бреда встречаются уже в древних текстах.

4) ***Бред апокалиптический*** (греч. apokalypsis – откровение) – патологическое убеждение пациента в предстоящем, наступающем или уже наступившем "конце света". Пророчества такого рода, вновь сильно участившиеся с наступлением третьего тысячелетия н. э. и нередко сеящие панику среди суеверного населения, в значительной своей части, если не всегда, несомненно, исходят от пациентов с апокалиптическим бредом, страдающих тревожно-депрессивным расстройством настроения, неизбежно порождающим мрачные предчувствия. Подобно альтруистическому самоубийству, когда суицидент «спасает» своих близких, убивая их, пациенты с апокалипсическими предчувствиями индуцируют других людей, спасая их от оптимизма и уверенности в себе, которые и делают жизнь большинства хотя бы сносною. Сам Апокалипсис (часть Библии с пророчествами относительно грядущей катастрофы) был написан, вероятно, пси-

хиатрическим пациентом в состоянии инволюционной депрессии или под влиянием с его стороны. Нередко источником бреда конца света являются лидеры деструктивных сект и адепты сект с индуцированным бредом, религиозные фанатики, у которых в силу болезненных биологических причин возник такой бред. Большинство же людей, разделяющих апокалиптические предсказания, не являются пациентами, страдающими подлинным бредом. В немалой части случаев речь идёт о предрассудках, необразованности, невежестве, зависимости от лиц, страдающих таким бредом. Так, в связи с синтезом антиматерии на новом колайдере в Европе о грядущей катастрофе на Земле заговорили даже многие журналисты. Возможно, некоторые из них делали это в погоне за сенсациями и сомнительной популярностью вместо того, чтобы добросовестно и, по возможности, компетентно популяризировать выдающееся научное открытие. Синоним: бред гибели мира.

5) ***Бред архаический*** (archaios – древний) – патологическое убеждение пациента в том, что: а) существует воздействие на него первобытно-мистических сил ("порчи", "сглаза", "колдовства", «приворота», «отворота», «заклятья» и др.), наведённых на него с вредоносными целями, или, напротив, б) он сам стал колдуном, чародеем, кудесником, шаманом, обладающим чудесной силой вредить или исцелять. Начиная с 16 века, такие представления действительности стали рассматривать как культурный атавизм (Ф. Раб-

ле) и только в 19 веке появились первые описания целого ряда патологических феноменов аналогичного содержания, включая ритуальные навязчивости и бред.

Сравнительно недавно считалось, что архаический способ мышления присущ, в основном, необразованной части населения, хранителей традиции невежества. Ныне архаизмы мышления всё шире распространяются в образованных и влиятельных слоях населения, даже среди учёных, разочарованных в достижениях научного познания мира. В частности, к целителям, колдунам, экстрасенсам и астрологам выстраиваются длинные очереди, расходуются огромные, сопоставимые с медицинским бюджетом средства, и в то же время очень многие отказываются от прививок, высокотехнологичных обследований и современных методов лечения. Обычно речь в таких случаях идёт не о подлинном бреде, чаще всего имеет место индуцированное помешательство отчаявшихся, растерянных и потому патологически внушаемых индивидов.

6) ***Бред бессмертия*** – патологическое убеждение пациента в том, что он стал, всегда был или будет бессмертным, не подвластным смерти, что он жил всегда и будет продолжать жить вечно, даже если исчезнет всё в этом мире.

7) ***Бред богатства*** – патологическое убеждение пациента в том, что он обладает огромным, несметным состоянием или что ему принадлежит всё, что он видит в данный момент, о чём он вспоминает, читает, видит на экране телеви-

зора. При этом бреде «Я» личность пациента приобретает гигантские размеры, она вбирает все материальные ценности. Это как бы продолжение того, что многим свойственно и в быту, от чего человек самостоятельно отказаться не может. Напоминает бред апперсонализации, при котором пациент как бы присваивает себе качества других людей и тем самым отождествляет себя с ними.

8) ***Бред вдохновения*** – патологическое убеждение пациента в том, что в него вселился добрый дух, ангел, бог и те действуют внутри его, определяют его побуждения, действия, мысли. Синоним: бред одержимости высшими силами. Ср. бред одержимости.

9) ***Бред величия*** – бред тщеславия, патологическое убеждение пациента в том, что он стал известным, как никто другой, он фантастически знаменит, покрыт неувядаемой славой, его имя покорило всех и уже нет ему равных во всей истории человечества. Если такой бред персонифицируется, то он смыкается с бредом апперсонализации, отождествлением себя с кем-либо из творцов истории или объектов религиозного поклонения. Много чаще встречаются бредоподобные идеи такого же содержания. Так, по ТВ сообщалось о пожилой женщине, которая вот уже много лет покупает фальшивые знаки отличия и за всё это время она, по её словам, истратила на приобретение подделок около 5 млн рублей. Но особенно часто тщеславие встречается как особенность личности, которая путём гиперкомпенсации стремит-

ся преодолеть комплекс неполноценности. Синонимы: мегаломания (греч. megas – большой, mania – влечение, страсть, безумие), александризм (от имени А. Македонский), отчасти – бред экспансивный (лат. expansio – расширение).

10) ***Бред виновности*** – патологическое убеждение пациента в том, что окружающие люди считают его виновным в совершении тяжких, порой самых ужасных по своим последствиям проступков, страшных грехов, которым нет и никогда не может быть прощения. Пациент чувствует, что его осуждают всюду, где бы он ни находился, о нём говорят прохожие, по радио, пишут в газетах, сообщают по ТВ. Иногда бред виновности является проявлением бреда преследования, когда пациент думает, что его преследуют по его вине. В начале он может быть с этим несогласен, потом начинает в этом сомневаться, а позже станет думать, что окружающие обвиняют его вовсе не случайно, не по ошибке, а совершенно справедливо. Сказанное может быть справедливо и в отношении других видов бреда. В тех случаях, когда бред поначалу отчуждается, воспринимается как свойство других лиц, и только позднее он принимается как субъективное явление.

11) ***Бред воздействия психического*** (Кандинский, 1880) – патологическое убеждение пациента в том, что его собственные психические акты (побуждения, эмоции, мысли, поступки) воспринимаются следствие некого внешнего воздействия («лучи», «поля» и т. п.) или внутренней силы («внутреннего гипноза», «колдовства, вошедшего в меня»).

Нередко сами эти психические акты, а не только их содержание, субъективно воспринимаются как не личное состояние, а как находящееся во внеличностном пространстве, т. е. у другого лица.

12) ***Бред воздействия физического*** (Кандинский, 1880) – патологическое убеждение пациента в том, что физиологические акты его организма (рвота, дыхание, уринация, дефекация, сердцебиение, подъёмы АД и т. п.) вызываются некими чуждыми ему внешними и/или внутренними силами воздействия (гипнозом, биополем, колдовскими чарами и т. п.). Нередко идеи физического воздействия сочетаются с бредом физического воздействия.

13) ***Бред вражеского пленения*** (Суханов, 1915) – патологическое убеждение пациента в том, что в данное время он находится во вражеском окружении, в плену. Наблюдается в условиях фронтовой обстановки.

14) ***Бред высокого происхождения*** – патологическое убеждение пациента в том, что его кровные родители или предки являются известными историческими личностями, но об этом никому или неизвестно или «родня» скрывает свои родственные отношения с пациентом. Настоящих родителей пациент таковыми не признаёт, считает их посторонними, чужими ему людьми. Много чаще встречаются лица, которые покупают себе громкие родословные, полагая, что это придаст им больше известности, влияния, уверенности в себе. В РФ за последние десятилетия появилось множество

«потомков» князей, графов и других именитых фигур, появилась и фабрикация родословных. На Украине, например, В. Ющенко, «оранжевый» экс-президент Украины, считает, что он является потомком Чингисхана (по данным СМИ). Иногда по той же причине меняются фамилии, имена. Речь в таких случаях идёт, повидимому, о магии имён или, скорее, о стремлении устранить чувство неполноценности.

15) ***Бред греховности*** – патологическое убеждение верующего пациента в том, что он совершил тяжкий грех и/или продолжает своё грехопадение до сих пор, и за это ему не может быть ни снисхождения, ни прощения со стороны людей или Бога. Такой пациент не посещает культовые места, так как именно там он чаще всего усматривает намёки на греховность в свой адрес. Он не может читать священные тексты, усматривая и в них такие же намёки, отказывается выполнять ритуальные действия, считая себя, например, недостойным молиться, отчего его страдания усугубляются. Бред греховности обычно возникает у исповедующих христианство, в других религиях он неизвестен.

16) ***Бред двойников*** – патологическое убеждение пациента в том, что его окружают двойники других людей, изменившие свою внешность до неузнаваемости. При этом незнакомые люди принимают облик его родственников либо, напротив, его родственники – облик незнакомых людей (бред положительных и бред отрицательных двойников соответственно). Синоним: Капгра синдром (Capgras, 1923).

17) ***Бред собственных двойников*** – патологическое убеждение пациента в том, что у него есть "копии", двойники. При этом последние внешне, своим поведением и/или внутренне неотличимы от него самого. Таких двойников может быть множество: его «Я» как бы тиражируется и усматривается в любом человеке, многих лицах.

18) ***Бред внутренних двойников*** – патологическое убеждение пациента в том, что в нём самом существует ещё один точно такой же человек, как и он сам. Иногда этот двойник, уверен пациент, является его антиподом и делает прямо противоположное тому, что делает он сам.

19) ***Бред девитализации*** – убеждённость пациента в том, что он умирает, умер, является трупом или был ранее мертвецом, но к нему вернулась жизнь. Возникает при утрате сознания собственной витальности. Пациент может утверждать при этом, что мёрв не только он, мертвы также окружающие его люди.

20) ***Бред депрессивный*** – общее название всех видов бреда, возникающих на фоне депрессивного расстройства настроения. Значение упадка настроения в развитии такого бреда остаётся неясным. Является ли собственно депрессия фактором бредообразования, скорее всего, нет. Повидимому, помимо снижения настроения основным фактором бреда является нарушение сознания собственного Я. Некоторые исследователи допускают существование первичного бреда депрессивного содержания. Главным содержанием депрес-

сивных видов бреда является не основанная на реальных фактах крайняя степень снижения самооценки (бред самоуничижения, бред самообвинения, бред греховности и др.).

21) ***Бред дерматозойный*** (греч. dermatos – кожа, zoon – животное) – патологическое убеждение пациента в том, что на его коже, внутри её или под нею находятся какие-то мелкие насекомые, гельминты и т. п., – обычно какие-то вредоносные живые существа. Развитие такого бреда связано, по-видимому, с тактильными сенестопатиями и галлюцинациями. Синонимы: Экбома пресенильный дерматозойный бред (1938), бред кожных паразитов, Берса-Конрада синдром, Визера-Кайзера бред, наружная зоопатия.

22) ***Бред десоматизации*** – убеждение пациента в том, что он лишился тела или части тела. Наблюдается при побуждении от сна, возникает при психической анестезии – утрате сознания собственного тела или какой-то его части. Возникает и в случаях, когда тело кажется изменившимся на другое, сознание свого тела при этом исчезает.

23) ***Бред долгожительства*** – патологическое убеждение пациента в том, что он феноменально здоров от рождения или он сам укрепил своё здоровье настолько, что будет жить ещё сотни лет. В развитии такого бреда, возможно, имеет значение страх собственной смерти, который преодолевается таким образом.

24) ***Бред здоровья*** – патологическое убеждение пациента в том, что он всегда был абсолютно здоров или, что бывает

чаще, окончательно исцелился от мнимых болезней. Обычно бред здоровья наблюдается у пациентов с ипохондрическим бредом (в состоянии ипохондрической депрессии), который становится бредом здоровья (после перехода в состояние гипомании). Такие пациенты всегда фиксированы на теме здоровья, но с развитием бреда здоровья делаются чрезвычайно активными и целенаправленными в плане оздоровления других людей. Таковы, в частности, «знаменитые» и чрезвычайно популярные «народные» целители, действующие методами чудесного исцеления от всех недугов и болезней. Сами эти «методы» никакого отношения к научной медицине не имеют, в лучшем случае они безвредны.

25) ***Бред значения*** – патологическое убеждение пациента в том, что окружающие его люди намекают ему на что-то своими знаками, жестами, позами, взглядами, репликами или действиями, якобы не желая или не имея возможности сообщить о том, что они думают на самом деле. На самом пациент приписывает поведению других людей некое мнимое значение, так как сам он ещё не осознаёт развития у себя бреда того или иного вида. Так, пациент усматривает у окружающих знаки восхищения им. Это означает, что у него развивается бред величия, но сам он этого пока не осознаёт. Бред значения является, таким образом, ранним проявлением разных видов бреда.

26) ***Бред значения особого*** – патологическое убеждение пациента в том, что за внешним планом событий скрываются

совсем другие и что всё происходящее на самом деле имеет какой-то другой, скрытый смысл. Например, в букетах цветов пациент с ужасом усматривает загубленных детей, а в брёвнах деревьев – убитых взрослых людей. Обычно это острый бред, нередко предшествующий развитию онейроидного помрачения сознания.

27) ***Бред изнасилования*** – патологическое убеждение пациента в том, что его тайно изнасиловали или продолжают насиловать (во сне, под наркозом и т. п.). Чаще встречается у женщин. Повидимому, в этих случаях наблюдаются или состояния ониризма (см.), ложные воспоминания (криптомнезии, галлюцинации памяти) либо аномальные сновидения, сюжеты которых пациент воспринимает как нечто происшедшее в действительности (см. Сновидения).

28) ***Бред изобретательства*** – патологическое убеждение пациента в том, что именно ему принадлежат выдающиеся научные открытия или технические изобретения, как известные всем, так и те, о которых люди ещё только узнают. Но сам он уверен в своём особом призвании, как он уверен и том, что совершит нечто недоступное никому другому.

29) ***Бред иного происхождения*** – патологическое убеждение пациента в том, что он появился на свет каким-то неестественным образом (например, путём клонирования, родился от пришельцев из космоса, ангелов, Бога, Сатаны и и др.).

30) ***Бред интронизации*** (лат. in – в + трон) – патологическое убеждение пациента в том, что он родился, стал, из-

бран или является царём, императором, президентом страны (всего мира или даже всей Вселенной). Например, считает, что является Николаем 2 и из отделения больницы рассылает по почте свои указы и манифесты.

31) ***Бред инсценировки*** (лат. in – на, scena – сцена) – патологическое убеждение пациента в том, что всё вокруг него идёт не естественным образом, а так, будто бы происходящее кем-то «подстроено», «специально сделано», инсценировано, инспирировано, является искусственным, чем-то вроде игры, спектакля, эксперимента или театрального представления. Так, больная уверена, что это вовсе не её город, а чужой, канадский город, но он искусно и непонятно зачем замаскирован под Иркутск.

32) ***Бред интерметаморфозы*** (лат. inter – между, metamorphosis – полная перемена, превращение) – патологическое убеждение пациента в том, что некие лица (например, его преследователи) постоянно меняют свой внешний облик и/или свою внутреннюю сущность с целью остаться неопознанными пациентом и тем самым скрыть свои намерения, чаще всего враждебные (Courbon, Tusques, 1932). Синоним: бред метаболический.

33) ***Бред ипохондрический*** (греч. hypochondrion – подреберье) – патологическое убеждение пациента в том, что он страдает определённым, обычно тяжелым заболеванием, иногда неизвестным науке или постыдным, не поддающимся обычному лечению. Встречая возражения врачей, объясняет

их неискренностью, некомпетентностью, равнодушием или недоброжелательным к себе отношением. Пациент с бредом болезни не доверяет также анализам, других объективных методов исследования, полагая, что ему показывают не то, что есть на самом деле. Отказывается от лечения, считая его неадекватным и даже вредным, нацеленным на подрыв его здоровья.

Содержание ипохондрического бреда, как нередко удаётся это установить, заимствуется из впечатлений о болезнях знакомых людей, прочитанного или почерпнутого из сообщений СМИ, в особенности программ медицинского содержания, которые причиняют больше вреда таким пациентам, чем приносят пользы.

Мнительным людям свойственно переносить на себя случившееся с кем-то другим (например, студентам начальных курсов медицинских вузов, лицам с тревожно-мнительным характером; ипохондрикам, которые усиленно изучают популярную медицинскую литературу). У пациентов с нарушениями самовосприятия (патологической внушаемостью и самовнушаемостью) болезненное принятие медицинской информации встречается не только чаще, но обычно это принятие становится отправным пунктом для развития ипохондрического бреда (см. апперсонализация, внушаемость).

Некоторые пациенты, увидев себя во сне тяжелобольными, продолжают считать себя таковыми в течение длительного времени и после пробуждения (см. сновидения анормаль-

ные). Иногда пациенты в самом начале развития ипохондрического бреда усматривает признаки мнимой болезни у других людей и только позже осознаёт её у себя, или полагают, что их болезнь переходит к ним на других людей (см. Транзитивизм) либо, напротив, от них она передаётся им самим (см. бред значения). Синоним: бред болезни.

34) ***Бред Котара*** (Cotard, 1880) – патологическое убеждение пациента в том, что всё в мире распадается, руинируется, гибнет, погружается в пучину хаоса, уже окончательно и бесповоротно погибло либо в том, что у него самого разрушаются, гниют или уже разрушены все внутренние органы. Гипотетически, такие пациенты со страхом ощущают распад своего Я в силу разрушения сознания собственной личности, но это своё ощущение катастрофы они проецируют на внешний мир или на собственное тело (в силу направленности внимания). Синонимы: бред отрицания, бред громадности и отрицания, бред нигилистический ипохондрический, бред нигилистический (лат. nihil – ничего).

35) ***Бред креативности*** (лат. creatio – созидание) – общее название для всех видов бреда, при которых пациенты совершают мнимые научные открытия и изобретения, придумывают проекты социальных реформ и обычно претендуют на их признание в научных и иных учреждениях, пытаются осуществить абсурдные проекты в обществе, сочиняют и даже публикуют патографические тексты. Масштаб такого рода бреда вариирует от космического, вселенского до

бытового, повседневного. В последнем случае распознавание бреда может быть сопряжено с известными трудностями, в том числе связанными со сверхценными идеями соответствующего содержания, если в них всегда есть реалистические суждения.

36) ***Бред любовный*** – убеждение пациента (чаще женщины) в том, что в него тайно влюблена некая особа, вынужденная скрывать свои чувства. Некоторые из них вторгаются в чужие семьи, сообщая о своих мнимых любовных отношениях и создавая там проблемы. Пациенты при этом свою привязанность считают обращённой на себя со стороны в силу своего эгоцентризма, который всегда сопровождается нарушением сознания собственного Я. Так, больная, решив, что главный врач тайно влюблён в неё, пришла к нему в дом и объявила его жене, что эта женщина здесь лишняя и впредь ей не следует мешать чужой любви. Романтическая фаза бреда может смениться затем разочарованием, а в последующем и ненавистью к мнимому поклоннику с идеями мщения и настоящей агрессией. Часто жертвами любовного бреда становятся популярные звёзды шоу-бизнеса. В США ежегодно регистрируется до 200 000 таких случаев, которые иногда завершаются трагически.

37) ***Бред макроманический*** (греч. makros – длинный, большой; mania – влечение, страсть, безумие) – патологическое убеждение пациента в том, что его тело имеет гигантские размеры, даже если визуально оно воспринимается им

самим и другими людьми как обычное по своей величине (иногда это убеждение относится к определённой части тела). В части случаев удаётся установить, что развитие такого бреда инициируется нарушениями схемы тела (макросомией), аномальными сновидениями, ложными воспоминаниями.

38) ***Бред малого размаха*** – патологическое убеждение пациента в том, что кто-то из соседей или родственников ломает, пачкает его вещи, крадёт деньги, портит разные удобства и т. д. Обычно встречается у пациентов с поздневозрастными психическими заболеваниями (инволюционный параноид, болезнь Альцгеймера и др.). Нередко, в силу отсутствия значительного мнестико-интеллектуального снижения бред малого размаха отличается правдоподобием и бывает трудным для распознавания. Так, больная в течение 8 лет судится со своей дочерью, потому что дочь, преподаватель и кандидат философских наук, постоянно «ворует у неё стеклянные банки, крышки для банок, иголки для вязания, цветные нитки, напёрстки».

39) ***Бред маниакальный*** – обшее название видов бреда, возникаюших на фоне приподнятого настроения. Например, бред изобретательства, могущества, богатства. Каждому виду бреда соответствует своё особенное настроение. Остаётся неясным, каким образом качество изменённого настроения превращается в бредовое состояние.

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.