

В.С. Чудновский

ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ И АРХИТЕКТУРНЫЙ ПРИНЦИП ПОНИМАНИЯ
МЕХАНИЗМОВ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ **Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.С. ЧУДНОВСКИЙ) Ставропольского медицинского института*

Советской психиатрии всем ходом ее развития была уготована драматическая судьба. В результате идеологического прессинга она была поставлена в изолированное положение в мировой науке. Последовавшее за этим отлучение от нейроморфологии, генетики, нейрофизиологии с подменой последней надуманными схемами вульгаризированной и искаженной до неузнаваемости павловской концепции высшей нервной деятельности еще более усугубило отрыв отечественной психиатрии от ее общемедицинских основ. Формально сохранившаяся связь с психологическими дисциплинами сводилась в основном к использованию устаревших понятий ассоциативной психологии В.Вундта и отчасти персонологии под бдительным идеологическим контролем. В этих условиях основанные на прогрессивных идеях европейской психиатрии клиническое и терапевтическое направления стали превращаться в нашей стране в узко кастовое учение со всеми признаками научной догмы.

Ограниченность избранного пути стала особенно отчетливо проявляться в условиях происшедшего патоморфоза психических заболеваний и сопутствующего ему снижения эффективности биологической терапии, заставившего психиатров искать новые пути оказания помощи психически больным. Как было отмечено Ф.Гудвиным (США), успехи биологической терапии при психических заболеваниях малоутешительны; это заставляет психиатров активизировать их социальную активность. В качестве базовой теоретической идеи западная психиатрия приняла издавна существующую гуманистическую теорию, видя в ней путь к решению текущих практических задач. Отмечавшись от биологической концепции болезни и ее лечения, гуманистическая психиатрия тем не менее заслужила признание общества понятностью и очевидностью своей позиции для «человека из толпы», поскольку эта позиция основана на признании общечеловеческих ценностей: психически больной — это человек, испытывающий мучительные трудности социальной адаптации; в то же время в нем скрыты резервы, позволяющие

ему выйти из мрака психического расстройства и ступить на твердую почву свободного самовыражения; умелая социальная и психологическая поддержка, понимание и любовь, помощь в обретении смысла жизни рано или поздно дадут возможность больному найти недостающую ему точку опоры.

Гуманистическая сущность экзистенциальной медицины и ее роль в ресоциализации психически больных не нуждается в особых доказательствах. Но нужно в то же время признать, что с одними социально-психологическими критериями и подходами научная психиатрия не продвинется ни на шаг вперед. И.П.Павлов писал: «...сколько тысячелетий человечество разрабатывает факты психологические, факты душевной жизни человека! Ведь этим занимаются не только психологи, но и все искусство, вся литература, изображающая механизм душевной жизни людей... а результатов этого труда — законов душевной жизни человека мы до сих пор не имеем» (Соч., т. 3, кн. 1, с. 106). Необходим дальнейший поиск биологических механизмов психики человека в норме и в патологии, обращенный к природе, необходимо исследование ее, по словам И.П.Павлова, без каких-либо толкований, заимствованных из других источников, кроме самой природы. Этот путь соответствует основным традициям отечественной медицинской науки.

В поисках биологических закономерностей психических заболеваний в период моей работы в Казанском медицинском институте совместными усилиями с моими казанскими коллегами** удалось получить данные, которые я считаю заслуживающими того, чтобы напомнить о них. Прежде всего был обоснован оригинальный принцип исследования системной деятельности головного мозга при некоторых формах психической патологии. Он состоит в том, что в качестве инструмента исследования используется психотропный препарат, механизм действия которого на различные звенья функциональной системы достаточно хорошо изучен. Индикатором самого факта и силы действия фармакологического вещества являются изменения ЭЭГ, а объектом исследования — нейрофизиологические ме-

* Лекция прочитана на I Международном симпозиуме по нейропсихореабилитации (Казань, 5–10 сентября 1994 г.)

** Следует подчеркнуть большое творческое участие сотрудников кафедры психиатрии КГМИ — проф. Д.М.Менделевича, врача А.М.Фроловой, кафедры фармакологии, возглавляемой проф. И.В.Зайконниковой, кафедры нервных болезней — проф. Я.Ю.Попелянского, кафедры рентгенологии Казанского ГИДУВа во главе с проф. М.Х.Файзуллиним.

ханизмы психической деятельности испытуемого.

Общетеоретической базой такого исследования служит сама концепция функциональной системы, которая возникла не на основе аналитического изучения каждого из ее звеньев, а из наблюдения за целостными реакциями организма. Пользуясь указанным приемом, нам удалось показать, что в основе снижения энергетического потенциала при шизофрении лежит снижение активности холинергических ядер переднего гипоталамуса. Эта теория была подтверждена клиническим экспериментом с наблюдениями за изменениями поведения больных шизофренией с адинамическими расстройствами при введении в порядке клинических испытаний препарата армин, обладающего выраженным центральным холинергическим действием.

Другим наблюдением, позволяющим построить модель патофизиологических механизмов психических расстройств при локальных поражениях головного мозга, послужили исследования больных с синдромом вербального галлюциноза, у которых с помощью нейропсихологического, неврологического, рентгеноанатомического, электрофизиологического и отоневрологического обследования удавалось выявить энергетически заряженный очаг в одном из отделов коры больших полушарий, аналогичный эпилептогенному очагу при эпилепсии. Выступая в качестве пейсмекера, этот очаг формирует самовозбуждающую замкнутую функциональную систему галлюцинирования, включающую нервные элементы многих анализаторов. В качестве подтверждения этой теории послужили наблюдения, показавшие резкие изменения, а затем временное прекращение галлюцинирования у больных, у которых галлюциногенный очаг подвергался блокирующему действию функциональных доз рентгеновского облучения.

В конечном итоге нами была обоснована в применении к психической патологии концепция П.К.Анохина относительно энергетического и архитектурного принципа в организации системной деятельности центральной нервной системы. Энергетический принцип заключается в том, что психопатологический синдром возникает как следствие патологической активности большого числа нейронов в разных отделах головного мозга, объединенных на основе их общего участия в данной нарушенной психической функции. Источником энергии этой патологической системы становится пораженный участок в одном из отделов мозга (речь может идти о минимальном мозговом поражении), постоянная импульсация из которого приводит к объединению нейронов в клеточные единства с последующим их самостоятельным функционированием в качестве замкнутой системы.

Архитектурный принцип заключается в том, что в содержании патологических психических переживаний признается факт

отражения целостной психической деятельности больного, всего его жизненного опыта, элементы которого избирательно включаются в фабулу психопатологического синдрома.

Если пейсмекерный энергетический принцип вполне может рассматриваться в рамках биологических механизмов психического заболевания и подлежит классическому научному анализу, то принцип архитектурный выводит нас за пределы чистой науки, включая структурную психологию, в область духовного. Он выводит наше знание о природе человека на экзистенциальный уровень, в центре которого стоит признание неповторимой индивидуальности человека, способного делать свои собственные свободные выборы и брать за них на себя ответственность. Реальность заключается в полном крахе духовных ценностей вне индивидуальности, пишет А.Маслоу, и нет иного пути, как путь внутрь себя, к своему «Я», где заключен источник всего сущего. Любая попытка проникнуть в архитектурное содержание любых психических реакций неизбежно приводит нас к понятию «Я», к самосознанию человека. По мнению А.Г.Спиркина, это есть высшее интегрирующее образование в духовном мире человека, некий нравственно-психологический, характерологический и мировоззренческий стержень личности. В психологической структуре самосознания, пишет Е.В.Шорохова, особое место занимают представления человека о своих правах и обязанностях, чувство долга, чести и совести. По мнению А.Н.Леонтьева, проблема самосознания — это проблема высокого жизненного значения, венчающая психологию личности.

Мы с ученым высокомерием слишком долго пытались обойти культурный, нравственный, в прямом смысле этого слова духовный аспект наших знаний о высшей нервной деятельности и психике человека. И мы оказались в проигрыше, уступив свои позиции махинаторам всех мастей, включая магов, колдунов, псевдоцелителей и экстрасенсов, в попытках исчерпать наши научные знания и умения данными квазиобъективного познания мира и себя самих. Вспоминаются слова философа-экзистенциалиста С.Кьеркегора: если даже у меня есть доказательства объективной реальности духовного, религии, этики и нравственности, я отброшу их и буду их ненавидеть, так как они направлены на фальсификацию способа субъективного познания. Последнее, как нам представляется, не противоречит энергетическому принципу. Экзистенциализм не отрицает сущности вещей, которая проявляется в логике, математике и других аспектах реальности (Ж.-П.Сартр). Он лишь утверждает, что мы никогда не сможем до конца понять человеческое бытие на этой основе. Живая личность всегда проявляет себя уникальным способом, способна выходить за пределы

себя самой (трансцендентировать себя), взглянуть на себя со стороны.

Что же раскрывается в этом аспекте в существовании психиатрического обследования больного? Прежде всего то, что психическое расстройство в содержательном смысле лишь отчасти представляет собой объективный феномен. Объективным оно является преимущественно в той части, где речь идет о наблюдении за поведением и двигательными, вегетативными реакциями больного. Что же касается анализа самоотчета больного о его субъективных переживаниях, составляющих главную часть психопатологического синдрома, то здесь уместно вспомнить слова психолога Э.В.Ильенкова: судить о человеческой форме отношения к себе по фактам, открывающимся исключительно в актах самонаблюдения, было бы по меньшей степени неосмотрительно; реальная личность совсем не совпадает с тем, что человек о себе самом говорит или думает, с самоотчетом, даже самым искренним.

Эти слова психолога нельзя игнорировать при оценке данных психопатологического исследования больного. Последнее не раскрывает объективным образом внутренний, духовный мир пациента, но представляет собой акт взаимодействия (интеракции) исследуемого и исследователя. Человек может осознавать в себе лишь то, что он видел и знает в других людях, что он может выразить в словах и в понятиях. Темными остаются для нас те особенности душевной жизни, которые мы не выражаем никакими средствами и которые не увидим ни в ком, кроме себя (А.Потебня).

Наши целенаправленные наблюдения показывают, что при первичном психопатологическом обследовании больной с психозом или пограничным расстройством способен дать самоотчет лишь о тех внутренних переживаниях, которые ему знакомы по личному опыту и которые он представляет по внешним признакам у других людей (головная боль, бессонница, слабость, сновидные зрительные галлюцинации, страх и т.л.). Но сформулировать в самоотчете субъективное переживание малоизвестных или совершенно неизвестных ему симптомов, таких как депрессивный аффект при эндогенном психическом заболевании, навязчивые мысли, психосенсорные расстройства и др., он не в состоянии. Выявление их зависит от компетентности врача в психопатологии, который отчасти осознанно, отчасти интуитивно схватывает контур психического расстройства (гештальт), выделяя его из фона, каковым в данном случае является вся сумма слабо очерченных и аморфных переживаний внутреннего дискомфорта, отраженных в самоотчете больного, в мимических и пантомимических его реакциях, иногда почти недоступных примечанию. Дальнейшее формирование четко очерченного психопатологического синдрома происходит посредством

интеракции в системе «врач—пациент», в результате которой больной усваивает понятия и термины, дающие ему возможность выразить свои переживания в словесной и всегда типизированной в той или иной мере форме (например, псевдогаллюцинации «звучат в голове», имеют «насилованный, сделанный характер» и т.п.). Все это не означает, что врач «внушает» больному те или иные симптомы психического заболевания. Доказательством тому является тот факт, что если заданный психиатром наводящий вопрос не вписывается в контур действительно имеющегося у больного синдрома, то ответ, как правило, бывает уверенно отрицательным: «Этого у меня нет».

Парадоксальным на первый взгляд кажется тот факт, что неполнота и несовершенство самоотчета, являющегося основным источником знания о духовном мире психически больного человека, позволяют раскрыть одно из наиболее важных свойств его психической деятельности — степень адекватности самооценок (АСО), свидетельствующую об уровне самосознания. Для этого самооценки различных психических проявлений испытуемого сопоставляются с объективными оценками тех же параметров личности, даваемыми компетентным экспертом, в качестве которого выступает психиатр, хорошо знающий больного. Результат определения АСО может быть измерен математически. Объектом измерения при этом могут стать такие параметры личности пациента, которые познаются феноменологически, путем проникновения в душевное, в чувствования, сопереживания. Таким образом, изучаемый с помощью научных методов уровень самосознания личности представляет собой ту область клинического познания, где смыкаются результаты экспериментального анализа в духе неопозитивизма с экзистенциальными проблемами, понимаемыми с помощью интуиции и эмоционального, эмпатического восприятия. Те и другие в совокупности образуют архитектурную составляющую психопатологического синдрома.

Практическое значение изучения функции самосознания при психических заболеваниях связано с его свойством осуществлять саморегуляцию и самоконтроль психических актов. По мнению Дж. Мида, только осознав свое «Я» и свою социальную роль человек превращается в личность, которая способна сознавать смысл своих собственных слов и поступков, представлять себе, как эти слова и поступки воспринимаются другим человеком. Т.Шибутани писал: самосознание — это способ защиты от импульсивности, оно облегчает подавление естественных реакций. Поведение, таким образом, становится менее спонтанным, но оно всегда прилично.

Проведенные нами исследования уровня самосознания у нескольких сот больных, страдающих алкоголизмом, неврозами и

психопатиями, шизофренией, органическими психическими заболеваниями^{*}, показали большую роль процессов самосознания в социальной адаптации больных. Установлено, что степень и характер семейно-бытовой и трудовой адаптации при всех формах заболевания зависит от уровня самосознания не в меньшей, а иногда и в большей степени, чем от клинических, биологических свойств болезни, ее стадии и типа течения. Без учета роли самосознания психически больного невозможно представить себе как субъекта, активно участвующего в реабилитационном

^{*} Результаты работ отражены в сб.: Клинический аспект самосознания при психических заболеваниях в связи с вопросами диагностики, лечения и реабилитации / Под ред. В.С.Чудновского. — Куйбышев, 1982. За последние годы исследования проводились также О.Г.Смирновым, М.С.Шейфером, Н.Ф.Носенко, В.В.Щедренко, А.Ю.Кржечковским, Ю.М.Шикиным и др.

процессе, способного в той или иной степени самостоятельно интерпретировать события и свои взаимоотношения с окружающими людьми, принимать собственные, а не навязанные со стороны решения и брать за них ответственность. По нашему мнению, именно на активное стимулирование способности больных осознавать свою роль человека, страдающего психическим заболеванием и состоящего под психиатрическим наблюдением, должны быть направлены усилия социально-психологической службы реабилитации. Только с учетом роли самосознания больной представляется не как пассивный объект реабилитационных воздействий, а как активный партнер в реабилитационном процессе.

Поступила 11.10.94

