

**КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПСИХИАТРИИ —  
ЭМПИРИЧЕСКИЙ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ УРОВНИ ПОЗНАНИЯ  
(на примере анализа одного письменного текста)**

**Части 2 и 3**

*Елена Николаевна Давтян<sup>1,2</sup>, Степан Эдуардович Давтян<sup>3</sup>, Елена Владимировна Урысон<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,  
191186, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 48, e-mail: elena.davtian@gmail.com;

<sup>2</sup>Психоневрологический диспансер №5, 195176, г. Санкт-Петербург, ш. Революции, 17;

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,  
199106, г. Санкт-Петербург, В.О., 21-я линия, 8а, e-mail: stepandavtian@gmail.com;

<sup>4</sup>Институт русского языка им. В.В. Виноградова Российской академии наук,  
119019, г. Москва, ул. Волхонка, 18/2, e-mail: uryson@gmail.com

**Реферат**

В статье на примере анализа одного текста, написанного больной, показано соотношение эмпирического и теоретического уровней познания в психиатрии. Текст больной проанализирован трижды. Первый анализ, произведённый лингвистом, демонстрирует, как много может дать клиницисту внимательное отношение к слову больного. Второй анализ — стандартная процедура психиатрической феноменологической диагностики. Показано, что формулировка клинического диагноза с эпистемологических позиций эквивалентна установлению научного факта (окончание эмпирического исследования): теоретическое моделирование патологических процессов на сегодняшний день в психиатрии отсутствует; всё заканчивается на этапе узнавания симптомов, без всякой попытки их понять. Третий анализ демонстрирует, какие преимущества в понимании патологических механизмов даёт объяснительная модель (интерпретация текста с позиций биперсональной модели личности).

**Ключевые слова:** уровни познания, анализ текста, психопатология, биперсональная модель личности.

**CLINICAL DIAGNOSTICS IN PSYCHIATRY —  
EMPIRICAL AND THEORETICAL LEVELS  
OF KNOWLEDGE  
(on the example of analysis of a written text)**

*Elena N. Davtian<sup>1,2</sup>, Stepan E. Davtian<sup>3</sup>, Elena V. Uryson<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen,  
191186, St.-Petersburg, emb. of the Moika river, 48,  
e-mail: elena.davtian@gmail.com; <sup>2</sup>St.-Petersburg City Psycho-  
Neurology Dispensary №5, 195176, St.-Petersburg, Revolution  
highway, 17; <sup>3</sup>St.-Petersburg State University, 199106,  
St.-Petersburg, Vasiljevsky island, 21-st line, 8a,  
e-mail: stepandavtian@gmail.com; <sup>4</sup>Russian Language Institute  
named after V.V. Vinogradov of the Russian Academy of  
Sciences, 119019, Moscow, Volhonka str., 18/2,  
e-mail: uryson@gmail.com

**Abstract**

The paper shows correlation of empirical and theoretical levels of knowledge in psychiatry by analyzing a single text

written by a patient. The patient's text is analyzed three times. The first analysis performed by a linguist demonstrates how informative for a clinician can be an attentive attitude to the patient's Word. The second analysis is a standard procedure for psychiatric phenomenological diagnostics. It is shown that the formulation of a clinical diagnosis from epistemological positions is equivalent to establishing a scientific fact (completion of empirical research): there is no theoretical modeling of pathological processes in psychiatry today; it all ends at the stage of recognizing the symptoms, without any attempt to understand them. The third analysis demonstrates the advantages in understanding pathological mechanisms provided by the explanatory model (interpretation of the text from the perspective of the bipersonal model of personality).

**Keywords:** levels of knowledge, analysis of a text, psychopathology, bipersonal model of personality.

**По** требованию редакции статья была разделена на две части. В первой части статьи был приведён текст больной с подробным семантическим анализом, сделанным профессионалом (лингвистом). Вторая часть посвящена анализу того же текста в стандартной процедуре психиатрической диагностики и с позиций биперсональной модели личности. Невозможно публиковать анализ, оторванный от того, что анализируется. В связи с этим текст больной публикуется повторно.

**ТЕКСТ БОЛЬНОЙ**

Что такое моя боль? Это кислота. Она выжигает ходы в моих висках. Кости кажутся столь тонкими, будто она сейчас прожжёт их насквозь и потечёт по лицу, как слёзы. Она прожигает и лобную кость, особенно сильно брови и область между ними. А в глаза как будто воткнулось что-то острое, с внутренней стороны, и каждое движение глаз вызывает вспышки боли. Я знаю, что боль уже не остановить. Когда она доходит до такой степени, обратно уже не повернуть. Теперь она будет становиться всё сильнее и сильнее. Мне уже становится больно слышать и видеть. Придётся выключить свет и остаться наедине с болью. Уже чувствую тошноту и стали дрожать руки. Добро пожаловать в Ад.

Позвонила маме, она обещала купить релпакс. Он помогает, но через раз.

Кислота просочилась в глаза. Болят уже все кости верхней половины лица. Всё как по расписанию... Я знаю, что будет дальше, и я должна бы бояться, но я ничего не чувствую. Наблюдаю за болью со стороны, отмечаю изменения, выношу приговор. Сегодня я вижу откуда-то с линии волос, как будто выдернута из себя. Руки ледяные, и это хорошо — можно прикладывать к глазам для облегчения боли.

Я не чувствую эту боль своей. Но она заставит меня это почувствовать. Когда она дойдёт до апогея, я буду вертеться в постели, сжимая голову руками, и мысленно молить воздух о смерти, уверяя, что не могу это вынести. Но в итоге я всегда выносила.

У меня бывали минуты слабости, когда я глотала таблетки горстями, лишь бы не допустить приступа, как я это называю. Я дрожащими руками опрокидывала свою аптечку, надо сказать немалую, и лихорадочно искала обезболивающие. Довольно жалкое зрелище.

Может, и сегодня эта боль сведёт меня с ума, и я съем весь кетанов, бурану и прочие бесполезные таблетки, но пока что я спокойно принимаю мысль, что обречена. Меня просили написать о боли, а когда, как не сейчас, лучшее для этого время?

Мне часто кажется, что приступы — это наказания. Вчера я сдала экзамен на три. Хороший повод себя наказать. Я всегда могу найти повод для этого, ибо никогда не соответствую своим требованиям. Собственно, им соответствовать невозможно, но можно пытаться и получше.

Из-за приступа пропадает день подготовки к следующему экзамену. Неприемлемо.

Всё, смотреть стало невыносимо больно. Кислота наполнила глазницы. Хочется выть от боли. Попеременно то грызу свою руку, то сжимаю голову.

Я не знаю, что писать. Я более-менее описала свою боль, а описывать, как я её терплю, на мой взгляд, дурацкое занятие.

Надавила да намяла свои глаза, и, как ни странно, на минуту всё стало таким ярким и реальным. А потом прямо на моих глазах плавно погрузилось в серый туман и стало неопределённым и тёмным. Но сейчас тёмный мне нравится больше, не так сильно режет глаза.

Мне случалось во время приступа сдавать ЕГЭ, приезжать на важные пары, сдавать зачёты. У меня был приступ на свадьбе сестры. На летней практике. Во время обследований. Я могу заставить себя сидеть смиренно и не трогать голову, в общем-то, могу функционировать во время приступа, пусть это и нелегко. Я могу сделать вид, что со мной всё в порядке, и более-менее успешно играть эту роль. Я не знаю, как это у меня выходит. Я как будто мысленно рисую черту между собой и телом, отстраняюсь, как бы вымещаюсь за его пределы. Только приходится таскать с собой это болящее тело. Я ощущаю эту боль, но не принимаю её во внимание в прямом смысле слова. А потом дело сделано, я приезжаю домой, и тут эта грань ломается, боль обрушивается на меня вдвойне, я могу выпасть из жизни на пару суток.

Начинается: снова все мысли на одну тему. Меня уже всю колотит. Мне очень сильно хочется умереть. И пока этот приступ не кончится, это будет моей единственной мыслью.

Болят виски и лоб. Сильно, но терпимо. Ощущаю кости, их давит, но жжёт несильно. Только правый глаз болит...

напрягающе. Что-то острое колет и давит на него изнутри. У меня нет срочных дел, и поэтому я не делаю ничего. Меня вполне устраивает просто сидеть, закрыв правый глаз рукой, и не двигаться.

Сегодня я почему-то проснулась среди ночи. Вернее рано утром. Я лежала себе, как у меня появилось навязчивое ощущение, что на моей постели кто-то сидит. Я сказала себе, что это чушь и нечего проверять. Но ощущение не пропало. В итоге я всё же повернулась и посмотрела. Успокоившись, я снова закрыла глаза. Через какое-то время мне стало казаться, что кто-то шкрябает моё окно. «Ты живёшь на девятом этаже!» — напомнила я себе. Но это не помогло. И я всё же посмотрела. Раздражают такие вещи. Знаю одно, а ощущаю другое. Никаких внутренних связей. Всегда два мнения. Что никого нет, не исключает того, что кто-то есть. И наоборот.

Моё зрение сегодня странное. Я вижу из места на линии волос и при этом «глаза» выдвинуты вперёд головы. Очень неудобно. Расстояние до предметов неопределённо плавает, и я хожу по эфемерному полу. Не знаю, по этой причине болят глаза или по какой-то другой.

Я нахожусь как будто в капсуле, и нереальность окружения не трогает меня. Потому что я сама ещё более нереальна. Я не соприкасаюсь с вещами. Как будто я и кресло нахожусь на разных уровнях реальности.

Гастрит ответил на салат резами в животе. Зачем я вообще поела, с чувством голода я не знакома, мне всё равно есть или не есть. По телу ходят волны и мурашки, похожие на мурашки, когда замёрзшие на морозе руки оттаивают. Только мне кажется, что всё наоборот — тело становится отчуждённым, не моим.

Уже несколько дней я ничего не делаю. Посижу на кухне, глядя перед собой, потом так же в комнате родителей и так же в своей комнате. И далее в том же духе. Я ничего не чувствую, ничего не желаю и ни о чем не думаю. Последнее, пожалуй, самое важное. Пустота в голове. Никаких бессознательных мыслей. Я мыслю осознанно. А когда нет того, о чём я должна подумать, я не думаю. Впрочем, иногда я всё же ною мысленно, не сказать, что специально. И тогда подключается другой голос, её, и она резко меня осаживает. И правильно делает. Её голос чистый и звонкий, а мой глухой и шумный. Шум ни о чём.

Верхняя часть головы, от линии глаз, точно болит. Точки всё время перемещаются, нажимают и обжигают. Когда они бьют по глазам, особенно больно. Но пока это меня не волнует. Голова плохо себя ведёт уже с неделю. То сильно болит глаз, то давит изнутри на виски, то — на лоб, но болит всё лицо, то — только часть, верхняя, или вокруг одного из висков. В общем, боль постоянно перемещается, не желая пройти. Неприятно, но привычно. Только очень трудно вставать утром.

## ЧАСТЬ II.

### Психиатрический (феноменологический) анализ

В психиатрии стандартная процедура диагностики начинается с психопатологической квалификации симптомов в русле примерно следующего анализа, представленного в данной статье в очень сокращённом варианте (без обоснования и дифференциальной диагностики).

Клиническая картина заболевания характеризуется полиморфной симптоматикой субпсихотического уровня.

1. Сенестопатии («*Это кислота. Она выжигает ходы в моих висках. Кости кажутся столь тонкими, будто она сейчас прожжёт их насквозь и потечёт по лицу, как слёзы*»).

2. Тотальная деперсонализация, представленная всеми тремя её компонентами — аутопсихическим («*Я ничего не чувствую, ничего не желаю и ни о чем не думаю. Последнее, пожалуй, самое важное. Пустота в голове*»), соматопсихическим («*Я не чувствую эту боль своей... тело становится отчуждённым, не моим*») и аллопсихическим («*Я нахожусь как будто в капсуле, и нереальность окружения не трогает меня. Как будто я и кресло находимся на разных уровнях реальности... Расстояние до предметов неопределённо плавает, и я хожу по эфемерному полу*»).

3. Депрессивный синдром, представленный главным образом идеаторным компонентом («*Мне часто кажется, что приступы — это наказания. Вчера я сдала экзамен на три. Хороший повод себя наказать. Я всегда могу найти повод для этого, ибо никогда не соответствую своим требованиям... Мне очень сильно хочется умереть. И пока этот приступ не кончится, это будет моей единственной мыслью*»).

4. Специфические нарушения восприятия и самовосприятия, выходящие за рамки простого деперсонализационного синдрома и не поддающиеся однозначной психопатологической квалификации, множественные проявления схизиса, отдельное указание на диалогическое расщепление Я [1] («*Сегодня я вижу откуда-то с линии волос, как будто выдернута из себя... при этом «глаза» выдвинуты вперёд головы... Я как будто мысленно рисую черту между собой и телом, отстраняюсь, как бы вымещаюсь за его пределы... И тогда подключается другой голос, её, и она резко меня осаживает. И правильно делает. Её голос чистый и звонкий, а мой глухой и шумный... у меня появилось навязчивое ощущение, что на моей постели кто-то сидит. Я сказала себе, что это чушь и нечего проверять. Но ощущение не пропадало. Раздражают такие вещи. Знаю одно, а ощущаю другое... Никаких внутренних связей. Всегда два мнения. Что никого нет, не исключает того, что кто-то есть. И наоборот*»).

Далее, как правило, производят рутинный анализ анамнестических данных, динамики появления и развития симптомов в клинической картине болезни и выносят закономерное заключение о том, что больная страдает процессуальным заболеванием (в данном случае — шизотипическим расстройством) и нуждается в антипсихотической терапии.

На первый взгляд всё выглядит так, как будто вся необходимая работа выполнена: установлен диагноз, назначена терапия. Однако при этом за скобками остаются главные вопросы, без ответов на которые психиатрия как клиническая практика и научная дисциплина полноценно существовать не может: «Что на самом

деле происходит с больной? Как понимать её страдание? Как ей его объяснить? Почему это с ней случилось? Что будет дальше? Какие есть возможности это исправить? Почему именно такие виды терапии будут эффективны?» и пр. Простого указания на диагноз (название которого точно причинит больной дополнительное страдание) явно недостаточно, причём как для больного, так и для врача — им нужны объяснения.

Кроме того, не вызывает сомнений, что понимание механизмов выявленного нарушения способствует более успешному оказанию помощи, поскольку трудно предположить, что помощь без понимания может быть настолько же эффективной, как помощь с использованием объяснительной модели, раскрывающей сущность патологического процесса. К сожалению, существующий в нашем распоряжении диагностический инструментарий (феноменологический/категориальный, дименсиональный, операциональный) никаких ключей к такому пониманию не даёт.

Полезно попробовать понять, что происходит в процессе рутинной психопатологической диагностики с точки зрения философии науки. С эпистемологических позиций клиницист в процессе анализа осуществляет переход от данных наблюдения к эмпирическим зависимостям и научному факту. Происходит обработка данных наблюдения (анализ текста/беседы и анамнеза) с вычлениением устойчивого инвариантного содержания и элиминацией случайных, не относящихся к процессу особенностей. Далее клиницист интерпретирует выявляемое в наблюдении инвариантное содержание при помощи имеющихся в психиатрии знаний в существующих диагностических категориях. Постановка диагноза клиницистом в эпистемологическом смысле эквивалентна установлению научного факта.

Однако, как известно, структура научного знания состоит из эмпирического и теоретического уровней исследования. Эмпирическая зависимость представляет собой лишь индуктивное обобщение наблюдаемых феноменов и не выделяет сущностные связи познаваемого объекта в чистом виде. Эмпирическое знание всегда вероятностное. Достоверным знанием является лишь знание теоретическое [2]. Таким образом, при клинической психопатологической диагностике перехода к теоретическим знаниям не происходит, сущностные связи исследуемой патологической реальности остаются необъяснёнными, механизмы патологических нарушений — непонятными.

Чтобы понять нечто, нужно построить модель наблюдаемого явления. Формулирование теоретических моделей производится при помощи абстрактных конструкторов (идеализированных объектов), которые образуют в своих связях соответствующую теоретическую схему. Строение теории — «сложная, иерархически организованная система», где теоретические модели «образуют своеобразный внутренний скелет

теории» [2, стр. 186]. В этом месте следует напомнить, что единственным способом порождения нового смысла служит метафора.

В последней части статьи мы попробуем дать теоретическую интерпретацию текста большой с позиций развиваемой нами модели биперсональной личности [3].

### ЧАСТЬ III.

#### Анализ текста с позиций биперсональной модели личности («биперсональный анализ»)

Согласно модели биперсональной личности [3], *антропопоз* (онтогенез человека как разумного существа, обладающего личностью) разворачивается в три этапа, в ходе которых формируются соответствующие этим этапам три иерархические ипостаси, которые мы в нашей систематике называем: *преантропом* (доличностный человек — бывший младенец, до 3 лет), *инфантропом* (человек с личностью, состоящей из одной персоны — бывший ребёнок, до пубертата) и *суперантропом* (человек с личностью, состоящей из двух персон — после пубертата).

Эти ипостаси соотносятся как актёры и персонажи: при исполнении роли актёр (например, инфантроп) воплощается в персонаже (суперантроп). Пока идёт игра (а она в норме идёт всегда), действует персонаж. Самосознание (фокус Я) всегда находится на его уровне — самом верхнем из всех доступных. Верхние уровни доминируют над нижними, которые в норме не осознаются (но могут актуализироваться в сновидениях). Роли и компетенции каждого уровня формируются поэтапно по мере развития мозга, психики и личности.

Преантроп (умное говорящее животное): роль — *исполнитель*; стихия — настоящее; компетенции — управление движениями; интеллект — понимающий ум; обеспечение — «палеолитический» (гипофронтальный) мозг.

Инфантроп (нижняя персона): роль — *управляющий*; стихия — прошлое (произвольный доступ к опыту); компетенции — управление представлениями; интеллект — представляющий ум; обеспечение — «мезолитический» мозг (большая часть префронтальной коры).

Суперантроп (верхняя персона): роль — *руководитель*; стихия — будущее; компетенции — планирование, прогнозирование, программирование; интеллект — объясняющий ум; обеспечение — «неолитический» мозг (дорсолатеральная префронтальная кора).

Таким образом, современного взрослого здорового человека можно метафорически уподобить царскому экипажу: царь (суперантроп) руководит кучером (инфантропом), который управляет лошастью (преантропом). В норме вся эта трёхуровневая система действует как единый слаженный организм — лошадь

послушна кучеру, выполняющему поручения царя. Царь не управляет лошастью, но контролирует её действия. Если необходимо вмешательство, все поручения передаются через кучера. В отсутствие царя кучер получает полную власть над лошастью. Здоровый «экипаж» характеризуется крепкой лошастью, умелым кучером и дальновидным царём<sup>1</sup>.

Диахронически это выглядит так. Сначала появляется «лошадь», которую дрессируют около 3 лет и обучают речи (в антропогенезе этот этап — самый продолжительный; он растянут на миллионы лет, в ходе которых шла медленная коэволюция языка, мозга и интеллекта при полном отсутствии учителей, воспитателей и дрессировщиков). Затем появляется всадник, которого около 10 лет обучают знаниям о мире и умению думать и слушаться (соответствует «детскому» этапу антропогенеза, длившемуся несколько десятков тысяч лет в эпоху верхнего палеолита). Наконец, появляется царь, устремлённый в будущее (переход к неолитическому этапу антропогенеза, насчитывающему около 10 тысяч лет). С его появлением *всадник превращается в кучера* — это самый критический период эволюции всего «экипажа».

Различие между здоровым ребёнком и инфантропом — это то, чем отличаются всадники от кучеров. Различие между здоровым ребёнком и мезолитическим человеком — в их окружении: у современного ребёнка есть учителя и наставники с «царями в голове». Различие между мезолитическим и неолитическим человеком — в «царе», осуществившем неолитический переход от потребляющей экономики к производящей (когда от действий «потому что» перешли к действиям «для того, чтобы», что и позволило освоить земледелие и животноводство).

Главное отличие модели биперсональной личности от традиционных моделей заключается в отказе от проблематичной дихотомической структуры человека («телесное-психическое», «мозг-сознание» и т.п.), поражённой сразу двумя неизлечимыми «врождёнными болезнями» в лице *дуализма* и *редукционизма*. Взамен этого предлагаются три иерархически организованные сущности, каждая из которых может быть описана в двух *аспектах* — телесном и психическом.

Согласно модели биперсональной личности, при психозах происходит сдвиг самосознания в инфантропную позицию. В этом случае «вышележащие» (суперантропные) процессы либо не осознаются совсем (*простой инфантропный регресс* — в случаях непроецессуальных психозов), либо воспринимаются больным как внешняя и чуждая активность (*диссоци-*

---

<sup>1</sup>Идея уподобления человека колеснице с седоком, возничим и упряжкой коней восходит к индуистской философской системе Санкхья, разработанной Капилой в VI веке до н.э.

*ированный инфантропный регресс* — в случаях, относимых нами к параноидной шизофрении), пытающаяся контролировать его или управлять им (психические автоматизмы, псевдогаллюцинации).

Шизофренический дефект представляет собой обнажение дефицитарных компетенций инфантропакучера, главным образом его гипоспонтанности, лишённой устремлённости в будущее. Выключение или частичная изоляция суперантропа-царя происходит в результате критической блокады (под влиянием самых разнообразных генетических и средовых факторов) синаптической передачи — функциональной или анатомической — между «неолитическим» мозгом и более древними его структурами. В отсутствие полноценно работающих прямых и обратных связей между указанными структурами вся система распадается на две, либо даже три (в случае *преантропного регресса*, ответственного за феномены кататонии) функционирующие несогласованно автономные подсистемы — «царский экипаж» превращается в плохо управляемую повозку с возбуждённой (как правило) «лошадью» и растерянным «кучером» в не свойственной для него роли «командира экипажа».

При малопрогрессирующей шизофрении (анализируемый случай больной А) происходит диссоциированный регресс особого типа, при котором периодически актуализируются оба фокуса самосознания: «Я» больного флуктуирует между *суперантропной* и *инфантропной* позициями, причём обе они атрибутируются как «родные», и вместо феномена психических автоматизмов развивается деперсонализация, часто сопровождающаяся симптомом диалогического расщепления [1], когда становится возможным диалог между нижним и верхним «Я» (между «царём» и «кучером»), наряду с иными проявлениями утраты единства личности и согласованности психических процессов, квалифицируемых нами как схизис/амбивалентность.

В словах А явственно просматривается страдание, вызванное распадом былого привычного чувства естественного присутствия себя-одной в «обычной» реальности — как единого тела среди других физических тел, «правильно» вписанных в окружающее пространство, и как единой личности, контролирующей *своё* тело, *свои* чувства и *свои* мысли.

Поразительно следующее замечание: «*никаких внутренних связей!*» Но как ещё можно это почувствовать, если не по распаду целостности и единства себя? Изменено всё: границы тела (*вижу откуда-то с линии волос... «глаза» выдвинуты вперёд головы*); чувство присутствия в теле (*как будто выдернута из себя, рисую черту между собой и телом, отстраняюсь, как бы выметаюсь за его пределы*); чувство единственности Я с восприятием второго Я (*подключается другой голос, её, и она резко меня осаживает*) с новыми псевдоакустическими характеристиками

(*Её голос чистый и звонкий, а мой глухой и шумный*). Чувство, что рядом есть ещё кто-то, несмотря на знание, что никого нет — весьма показательное (*у меня появилось навязчивое ощущение, что на моей постели кто-то сидит. Знаю одно, а ощущаю другое... Всегда два мнения. Что никого нет, не исключает того, что кто-то есть. И наоборот*).

Всё описание пронизано ощущением *множественности* субъектов, по-разному чувствующих и знающих тоже — разное. При этом А в ипостаси «кучера» также чувствует присутствие «царя» и даже располагает его где-то за своей спиной. Но в то же время в ипостаси «царя» она знает, что никого рядом нет. Глаза, «выдвинутые вперёд головы» и словно бы принадлежащие «лошади», видят не так, как надо: «*как будто я и кресло находимся на разных уровнях реальности... Расстояние до предметов неопределённо плавает, и я хожу по эфемерному полу*». И даже боль воспринимается как вынесенная в «лошадиное» тело: «*не чувствую эту боль своей... тело становится отчуждённым, не моим*».

Что нам даёт *биперсональный анализ*, подобный описанному выше случаю?

Во-первых, мы немного продвинулись в понимании особенностей и механизмов психического распада: теперь это не просто симптомы и синдромы, а целостная картина диссоциированного регресса триединой системы, в ходе которого возникают *узнаваемые* внешние проявления активности получивших несанкционированную автономию подсистем, функционировавших в норме скрыто и неосознаваемо. Таким образом, от *узнавания* симптомов мы делаем шаг к их *пониманию*. Это представляется важным само по себе: лучше понимать, чем не понимать. Понимание проблемы открывает возможность для её преодоления. Не понимая задачи, невозможно её решить.

Во-вторых, лучше понимая патологию, мы можем лучше *объяснить* больному, что с ним происходит и почему. Тем самым мы предлагаем больному альтернативу иным объяснениям, лежащим в основе бредовых трактовок его нового патологического опыта, снижаем уровень его тревоги, повышаем комплаенс и создаём предпосылки для более успешной психотерапевтической работы с ним. В отличие от невротика, работа с которым апеллирует к его «слабому царю», психотерапия шизофрении должна строиться с учётом возможностей и компетенций «кучера», нуждающегося в наибольшей степени в новом обучении и воспитании в надежде привить ему минимальные «царские» навыки подобно тому, как это однажды уже происходило в его детстве, когда он был ещё здоров.

В-третьих, модель открывает новые перспективы для изучения мозговых коррелятов болезни вне редукционистской парадигмы «симптом-мозг», поскольку прямых корреляций между мозгом и симптомом в

большинстве случаев нет и быть не может: между ними пролегает пропасть, обусловленная вышеописанными особенностями трёхуровневой системной организации человека.

Исследования должны быть направлены в первую очередь на поиск путей и механизмов (генетических, физиологических, биохимических) нарушения связей между тремя вышеописанными функциональными блоками мозга и способов их восстановления, в том числе фармакологических. В перспективе, вероятно, появится возможность такие нарушения связей замедлять или предотвращать.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давтян Е.Н., Ильичёв А.Б., Давтян С.Э. Симптом диалогического расщепления «я» как начальный этап нарушения внутренней речи при шизофрении. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017; 19 (6): 62–70. [Davtian E.N., Il'ichev A.B., Davtian S.E. Symptom

dialogicheskogo rasshchepeniya «ya» kak nachal'nyy etap narusheniya vnutrenney rechi pri shizofrenii. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2017; 19 (6): 62–70. (In Russ.)]

2. Стёпин В.С. *Философия науки. Общие проблемы*. Учебник для аспирантов и соискателей учёной степени кандидатов наук. М.: Гардарики. 2006; 384 с. [Stepin V.S. *Filosofiya nauki. Obshchie problemy*. Uchebnik dlya aspirantov i soiskateley uchenoy stepeni kandidatov nauk. Moscow: Gardariki. 2006; 384 p. (In Russ.)]

3. Давтян С.Э., Давтян Е.Н. О природе человека в свете постнеклассической науки (биперсональная модель личности). *Неврологич. вестн.* 2017; XLIX (1): 61–68. [Davtian S.E., Davtian E.N. O prirode cheloveka v svete postneklassicheskoy nauki (bipersonal'naya model' lichnosti). *Nevrologicheskiy vestnik*. 2017; XLIX (1): 61–68. (In Russ.)]

Поступила 24.04.2020; принята в печать 11.08.2020.