

СТРУКТУРНО-УРОВНЕВЫЙ АНАЛИЗ И УСТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ПАТОЛОГИИ

М.С. Роговин (Москва), Г.В. Залевский (Томск)

Аннотация. Предпринята попытка прояснить суть понятия «психологический механизм», а также отношения между двумя рядами понятий – «уровневая структура действия» и «уровневая структура личности». Выявлено, что в обоих случаях имеет место снижение с патологически измененного уровня цели на уровень средств. Иллюстрируется это на примере нарушения речи.

Ключевые слова: структурно-уровневый анализ, механизмы патологии, снижение уровня действия, снижение уровня личности, речь, уровень цели и уровень средств.

Изменения ряда психических функций и процессов – неотъемлемая часть психической патологии. По мере углубления патопсихологического анализа выявляются ранее неизвестные взаимосвязи и зависимости и обнаруживается необходимость дальнейшей дифференциации связанных с этим понятий, а также необходимость уточнения их содержания. В рамках клинического метода критериями патологии служат обычно снижение продуктивности наряду с особыми, не свойственными норме отклонениями в протекании психических процессов. Если представить начальные этапы анализа, то характерные для конкретного больного изменения психики найдут свое отражение в феноменологическом описании патопсихологической картины, а факт снижения продуктивности, естественно, ведет к стремлению отразить его с точки зрения уровней этого процесса.

Так, хорошо известно, что у больных-травматиков могут быть глубоко нарушены высшие проявления памяти, в то время как сохранными остаются более низкие уровни – память при условии, что есть «опорные пункты», а также произвольное воспроизведение; в этих случаях воспроизведение, сведено к узнаванию. Хорошо известны факты перехода мышления к отдельным ассоциативным реакциям при маниакальных состояниях, подмена логического мышления кататимным, *pensee concrete* французских авторов, прелогическое мышление у дебилов, слияние и «соскальзывание» у больных шизофренией и т.д. Логическим недостатком использования понятия «снижения» в рамках феноменологического описания патологии заключается в том, что оно понимается как выражение некоторого, по меньшей мере, единообразного процесса, в то время как его критерии достаточно широко варьируют от одного вида патологии – к другому.

Факт снижения, естественно, порождает стремление не только глубже понять его, но и отработать определенные методы, критерии и классификационные схемы для обоснованного использования понятия «снижения». Эти вопросы рассмотрим позднее, пока же отметим только, что в теоретическом плане мы считаем возможным не только использовать общее представление о том, что снижение при патологии проходит различные уровни, но и приложить к областям

психопатологии и патопсихологии положения структурно-уровневой теории. В плане же методики, безусловно, важнейшим и общепризнанным инструментом здесь является патопсихологический эксперимент. Как показывает дальнейший анализ данных, эти два момента оказались логически взаимосвязанными, поскольку эксперимент предполагает анализ ответных действий испытуемого, а результаты этого анализа будут представлять собой изменения уже общего для различных видов патологии критерия.

Наряду с тем что констатацией роли структурно-уровневой теории и патопсихологического эксперимента возникает необходимость дифференцировать понятие психологического снижения функции с понятием психологического механизма. Более того, по логике использования клинического метода эта дифференциация должна предшествовать более детальному изложению как структурно-уровневой теории, так и самого патопсихологического эксперимента. Дело в том, что при констатации фактов снижения той или иной психической функции перед клиницистами всегда возникает проблема более точной детерминации того, обусловлено ли это снижение общим ухудшением состояния больного вследствие патологии *per se* или же оно есть результат какой-то определенной патологии, отнесенности к определенной нозологии, специфичной именно для нее. В своем стремлении ответить на этот вопрос (сделать это бывает совсем не просто) клиницисты используют в качестве рабочего инструмента понятие «психологический механизм».

Несмотря на то, что понятием «механизм» широко пользуются в психопатологии, в понимании существа того, что есть патогенные механизмы, имеются различия, которые были рассмотрены нами в более ранней работе (Роговин, 1981) и на которых мы уже не будем останавливаться, поскольку здесь наша главная задача – анализ не предметного, но методологического знания. С анализом психологических механизмов патологии мы нередко встречаемся в сочинениях старых авторов, обращавших большое внимание на феноменологическую сторону психологического исследования, но в то же время еще не располагавших достаточными экспериментальными данными. Так, в классической моно-

графии Э. Блейлера «Dementia praecox или группа шизофрении», которая никогда не утратит своего значения, вся теоретическая часть представляет собой указания на различные механизмы. То же относится, например, и к работам Е.К. Краснушкина о неврозах.

Э. Блейлер, говоря о манерности больных шизофренией (важном, хотя и внешне не всегда достаточно ясно воспринимаемом симптоме, который он рассматривает в одном ряду со стереотипиями, в более широком плане – с кататоническими явлениями), утверждает, что лежащий в основе этого симптома механизм – не отщепления, но длительные воздействия эмоциональных комплексов. Механизм, который срабатывает уже у наблюдателя – это, по мнению Э. Блейлера, бессознательно фиксируемое им расхождение между внутренней сущностью и внешним обликом (горделивая походка гордого человека есть часть общей структуры личности, горделивая походка человека, для которого она лишь результат действия комплекса – это противоречие внутри структуры личности, оно воспринимается наблюдателем как диссонанс и поэтому «режет глаз»). Следует думать, что в дополнение к этому механизму, отмечаемому Э. Блейлером, в основе складывающегося у наблюдателя впечатления лежит и то, что выразительные движения этих больных недостаточно связаны между собой, плохо скоординированы, абортивны, отрывочны.

В прошлом было осуществлено и теперь проводится множество исследований с целью углубить наше понимание существа психологических механизмов патологии, связав их с фактом снижения функциональных возможностей. Например, в работе Б.С. Братуся (1972), посвященной психологическому анализу таких качеств личности эпилептика, как педантизм, утрированная аккуратность, отмечается, что деятельность этих больных нередко упрощается до уровня действий, в норме являющихся вспомогательными; выполнение действий-средств превращается в самоцель, которая фиксируется в результате тугоподвижности процессов мышления.

В работе У. Броена (1975) констатируется следующее: при непараноидных формах шизофрении резко уменьшается число воспринимаемых ключевых признаков, особенно если последние заданы в различных модальностях. Здесь имеет место не просто негативное отношение к стимуляции или к процедуре эксперимента, а сужение диапазона чувствительности к стимуляции, доказательством чему, по мнению автора, может служить малая отвлекаемость таких больных (безусловно, такого рода положения нуждаются в проверке).

Говоря о соотношении понятий уровневой структуры патологии и ее психологических механизмов, следует считать его неоднозначным. Снижение уров-

ня может быть специфическим по отношению к данному расстройству, но оно может иметь и неспецифическую природу. Механизм всегда специфичен для данного расстройства. Следовательно, не всякое снижение выявляет соответствующий психологический механизм, но о всяком механизме, в той мере, в какой он выявляется вовне, можно сказать, что он по сравнению с тем действием, которое им обуславливается, есть снижение, поскольку в общей структуре целей и средств действий он занимает иерархически подчиненное положение.

Поскольку существует теснейшая зависимость для установления снижения и психологических механизмов от патопсихологического эксперимента, более детальное соотношение понятий уровневой структуры патологии и ее психологических механизмов может быть показано лишь вместе с рассмотрением того, как применяется патопсихологический эксперимент. В плане содержания участвующих в этом анализе понятий отметим, что для целей патопсихологического исследования важно установить степень различий и общности понятий «уровневой структуры действий» и «уровневой структуры психики» (или личности). Исходные точки для оценки каждой из них находятся, как сказал бы К. Левин, в различных психологических пространствах. При наличии психической патологии понятие деятельности в том смысле, как оно прилагается к норме, вследствие изменения высших уровней действия – уровней цели – теряет реальный психологический смысл и должно быть заменено понятием уровней актуализации патологически измененной личности.

Однако между рядами понятий уровневой структуры действия и уровневой структуры личности есть и важные точки соприкосновения. В обоих случаях имеет место снижение с патологически измененного уровня цели на уровень средств. Поэтому снижение уровней актуализации личности в своих внешне выражаемых формах частично совпадает с изменениями уровневой структуры действий (в нашей терминологии – акциональных структур), хотя по своей психологической природе и механизмам они принципиально отличны друг от друга. Факты частичной общности двух структур, их динамики важны при проведении патопсихологического эксперимента. Патопсихолог, на основе изменений характера действий (фиксируя снижение уровня действий), судит об изменении уровневой структуры личности. Более того, в некоторых патопсихологических методах, в частности в ассоциативном эксперименте, испытуемый заведомо должен реагировать на низшем уровне в сравнении с повседневным общением. Как показывает практика, именно это обстоятельство дает исследователю ценную в диагностическом отношении информацию.

Рассматривая пути анализа патологии в значениях изменения уровневой структуры, следует особо выделить роль такого критерия, как изменение речи. Как будет ясно из приводимых ниже примеров, последнее особенно важно при исследовании шизофрении. Совершенно уникальная роль речи для психопатологии определяется надындивидуальной природой языка (речь как язык в действии), с одной стороны, и тем фактом, что речь занимает определенное место внутри иерархической структуры действий – с другой. Говоря о роли языка и речи в формировании структур психической патологии, следует помнить о том, что язык есть важнейший фактор патоморфоза, и самое соотношение патологии психики и степени речевых нарушений зависит от ряда иных патоморфологических факторов, особенно возраста и уровня развития.

В самом общем виде можно наметить три типа нарушений этого соотношения. Первый – когда речь еще недостаточно сформирована, речевые навыки мало закреплены, тогда изменения психики непосредственно обуславливают и степень деструкции речи. Второй – когда речь сформирована, ее связь с мышлением представляет диалектическое единство; в этих случаях утрата функции речи есть нарушение типа утраты орудийной функции, лишение средства, а изменения психики носят уже вторичный характер. Для обоих этих видов изменение патологии носит грубый характер и демонстрирует не только изменение структуры речи, но и непосредственно обуславливает общее снижение уровня действий. Третий тип нарушения связи, соотношения психики и речи имеет менее грубую природу, и при обследовании больных, особенно с применением экспериментально-психологических методов, обнаруживается возможность судить о степени патологии, не выходя за пределы собственно языковых структур. Рассмотрим каждый из таких типов в отдельности.

Первый особенно отчетливо выступает при психических расстройствах раннего возраста, в частности при шизофрении. Так, у одного больного (случай К) в 3 года появились следующие особенности: повторял слова вопроса, произносил фразы из прочитанных взрослыми книг или отдаленно связанные с содержанием вопроса, речь во 2-м и 3-м лице, позднее – речь, ни к кому не обращенная, бессвязная речь, отдельные слова.

Другой случай. Больная Л., 4 года, вслед за началом шизофренического процесса заболела корью. После этого почти перестала разговаривать, появилась картавость, свойственные более раннему возрасту интонации, удвоение слогов, лепетная речь, смещение ударений, смягчение окончаний слов, перестала отвечать на вопросы.

Примерами второго типа нарушений могут быть расстройства органического характера, прежде все-

го афазии; в этих случаях первична утрата средства выражения психического, сами же изменения психики, как показал В.М. Коган (1962), сводятся, главным образом, к резкому ослаблению возможностей актуализировать представления и оперировать ими, не имея в своем арсенале средств языка. Органические расстройства другого типа уже более глубоко и в различных планах поражают психику, и, как правило, их можно истолковать в плане изменений уровневой структуры речи.

В работе Г.В. Залевского «Фиксированные формы поведения» (1976) показано, что те случаи глубоких нарушений речи и мышления при болезни Пика, которые Л.С. Выготский с соавт. (Самухин и др., 1981) интерпретировали как «соскальзывание на смежные смысловые поля», с большим логическим основанием могут быть истолкованы как нарушения уровней речи, прежде всего ее ведущего сигнификативного уровня, что влечет за собой распад ее семантической структуры.

Сказанное не означает, что мы не признаем понятий «связанности» или «не связанности» с полем. Они получили значительное развитие в современной психологии – теоретической и экспериментальной, общей и патологической (см., например, Роговин, 1971). Например, больной Г. Хэда не был в состоянии сказать «нет» вне конкретного отрицательного контекста, а после многих настоятельных требований со стороны экспериментатора воскликнул: «Нет, я не могу этого сделать». Больная К. Гольдштейн также вне контекста не могла привести названия животных. Больной, которого наблюдал Э. Кассирер, не мог говорить ни о чем, чего он непосредственно не наблюдал. Так, он не мог сказать «сегодня плохая погода», если день стоял солнечный, ясный.

При распаде высшего уровня речи его место занимает один из низших речевых уровней, как это видно на примере болезни Пика: у одного больного место ведущего сигнификативного уровня занял индикативный уровень (предметная отнесенность слова – индикативная функция речи), у другого больного – экспрессивный уровень (суть экспрессивной функции речи в том, что она выражает в основном аффективные состояния субъекта, и ей недоступны ни описание объективной реальности, ни суждения о ней). Снижение уровня означает, что речь теряет свой статус средства достижения целей коммуникации. Не являясь в подобных случаях средством в рамках более сложной структуры деятельности, в которую она включена, речь в своей новой, искаженной функции обуславливает нарушение этой более сложной структуры, что выражается в появлении так называемых застойных симптомов – многократных повторений одной и той же фразы разным аффективным тоном, обычно усиливающимся. Больные эти оказываются

неспособными достичь требуемой цели действия, так как сама цель как бы переходит на уровень своего средства – речи, которая становится самоцелью.

Такое описание в терминах структурно-уровневой концепции, по нашему мнению, более приемлемо хотя бы потому, что не нуждается в постулировании особой сущности типа «напряженности внутри психологического поля», но рассматривает речь и ее расстройство в рамках более общей структуры взаимоотношения субъекта и окружающей его реальности при осуществлении им функции интерпретации и регуляции. Если, повторяем, оба рассмотренных типа патологии носят достаточно грубый характер и явно выходят за рамки самих языковых структур, третий тип патологии выражен в меньшей степени и обусловлен тем, что при использовании языка как самодовлеющей системы, заключающей в себе совокупность целей и средств, должны выявляться и более тонкие изменения психики внутри самой этой системы.

Язык – не только средство формирования, с одной стороны, абстрактных, с другой, как это видно на примере К. Алена¹, патологических значений. Степень изменения языковых структур есть критерий особенностей и глубины психических изменений. Как видно из предыдущего, это изменение структур всегда направлено от высшего уровня цели (семантики) к уровням средств. Но поскольку это снижение уровней владения языком следует собственным законам, наиболее частое его проявление – подмена лингвистически оформленного и целенаправленного высказывания ассоциативными связями.

Так, в наших экспериментах больные хроническим алкоголизмом подменяли ассоциациями необходимые по инструкции простые аналогии. Вот еще примеры выражаемого в речи снижения уровня. У больного М. (давний шизофренический процесс, осложненный алкоголизмом) связанная речь низводится на уровень ассоциаций, а в пробе на свободные ассоциации у него доминирует еще более низкий уровень отдельных разрозненных слов. В другой серии экспериментов (проба классификации) больной шизофренией (случай Н.) объединяет «ботинки» и «карандаш» на том основании, что их «чинят». Больной О. (с тем же диагнозом, но не резко выраженным бредом преследования) видит ноги своих врагов на верхней площадке лестницы, но как только он их называет, ноги исчезают. Ясно, что здесь вербальное выступает на место предметного, вытесняет этот более высокий уровень отношения к реальности (правда, по отношению к галлюцинации выступает в корригирующей роли).

Вместе с тем, как свидетельствуют более общие психологические данные, снижение уровня есть по

большой части не только изоляция его от контекста деятельности и общения, но и его стагнация – превращение в фиксированную форму поведения (Залевский, 1976, 2004). Отсюда логично предположить утрату или хотя бы резкое снижение присущей языку метафоричности. Действительно, в речи больных часто наблюдаются именно такие сдвиги, когда утрачиваются различия между прямыми и переносными значениями слов.

Один больной шизофренией (случай П.) рассказывает о том, как он не смог в каком-то учреждении решить один вопрос: «Там была приоткрыта дверь, и вопрос остался открытым». Больной Р. (шизофрения, простая форма) говорит: «У нас конфликтная ситуация, мать хочет ввести брата в право наследования, а всего-то две комнаты, 12 и 7 метров, куда же его вводить».

Вполне можно предположить, что хорошо известные трудности больных шизофренией в понимании переносного смысла пословиц являются уже вторичными и обусловлены первичным, более фундаментальным изменением владения языком – утратой метафорического свойства слов.

Конечно, во всех этих сдвигах большую роль играет и эмоциональный момент, причем важно отметить, что последний, особенно эмоция страха, проявляется при глубине патологии гораздо меньшей, чем мы рассматривали до сих пор, в частности еще на невротическом уровне. В этой связи С.Н. Давиденков писал, что навязчивый страх, связанный с болезненными представлениями, прокладывает себе путь по каким-либо ассоциациям, например, распространяется на одни только названия объекта фобии или даже на различные слова по созвучию. Так, одна больная, испытывавшая страх перед змеями, вскрикивала или начинала дрожать, если случайно слышала слово «змея», а один больной, боявшийся заболеть раком, очень волновался, если слышал слова, похожие на слово «рак» (краб, брак, раковина и т.д.) (Давиденков, 1963. С. 98).

Таким образом, поскольку при активном использовании языка и других знаковых систем в качестве средств широко понимаемой интерпретации последняя нередко выступает как самостоятельная, в значительной степени уже отделившаяся от общей жизнедеятельности организма функция, она на известных этапах патологического процесса может быть гипертрофирована. Действительно, помимо специальных видов бреда (знакового, интерпретационного), в каждом виде бреда встречается эта гипертрофированная патологическая интерпретация. Аналогично в качестве гипертрофии уровня речи следует рассматривать такие сим-

¹ У больного с сильным вербальным галлюцинозом после того, как имел место тромбоз центральной мозговой артерии с последующей афазией, полностью исчезли все галлюцинации; по выходу из состояния афазии больная отмечала точное совпадение по времени между началом афазии и прекращением «голосов» (Allen, 1949).

птомы шизофренического процесса, как резонерство, «философская интоксикация».

Сопоставим это с экспериментально установленной закономерностью, согласно которой приписывание смысла незнакомому слову у больных шизофренией идет по пути идентификации его с общим смыслом той фразы, в которую это незнакомое слово включено, т.е. по пути фактически дублирования смысла фразы, а не формирования конкретного значения данного слова внутри данного контекста. Это свидетельствует об ослаблении структурных характеристик речи наряду с тем, что в плане структурно-уровневых представлений есть и большее, чем для нормы, «сближение» различных компонентов функционирования речи при общем доминировании тенденции к диффузному обозначению словом; были получены данные, значимо различавшиеся на уровне 0,01 (Werner, 1963).

Шизофреническое расстройство психики, начинающееся с дезорганизации смысловых связей индивидуального сознания больного, совокупности, в большей мере детерминированной системой значений, выражаемых с помощью языка, при дальнейшем углублении процесса, при утяжелении состояния больного имеет своей следующей ступенью распад значений отдельных слов, место которых заступают частичные значения, «соприкасающиеся с основным где-то в одной точке» (явление «тангенциальности»); это выявляется и в даваемых больными определениях типа «отдаленной связи». А затем идет следующая стадия углубления процесса, когда он захватывает и языковые средства как таковые, т.е. систему речевых навыков, «носителей» смысла, прямо соотнесенных с материальным его выражением. И тогда врачи-психиатры и патопсихологи фиксируют различные по степени выраженности, но все же типичные по своему характеру изменения речи («неоглосии»).

Все высказанное относительно регуляторной функции экзогенных факторов и о роли в этом языка и речи реализуется внутри такого важнейшего психопатологического параметра, как соотношения «Я» и окружения. Действительно, по меньшей мере по нескольким фундаментальной важности значениям этого параметра (за каждым из которых стоят конкретные обуславливающие определенную динамику симптомов механизмы) можно проследить регуляторную и структурообразующую роль не только самой внешней реальности в формировании психической патологии, но и ее вербального кодирования. Это присвоение и отчуждение (как известно, сдвиги этих значений особенно отчетливо проявляются при бреде: отчуждение собственных чувств, мыслей и актов поведения наряду с доступностью внешним воздействиям, «открытостью всем ветрам»); далее – опредмечивание (реализация собственных психичес-

ких возможностей в процессе предметной деятельности, использование в целях этой деятельности объективно существующих наличных материальных и духовных продуктов, репрезентирующих уровень общественного развития); и, наконец, распредмечивание (превращение этих продуктов в процесс реализации своего психического потенциала); можно также указать на непосредственно обусловленный функционированием системы языка процесс придания смысла и значения (означение) и обратный процесс десемантизации.

Под углом зрения изменения уровневых структур актуализации личности и действий возможное доминирование вербального в психопатологической симптоматике есть не что иное, как снижение акционального уровня на низшую ступень, представляемую языком (в норме это лишь подчиненный уровень средства). Конечно, процесс распада может затронуть и более глубокие уровни, и тогда такого типа симптоматика отойдет на задний план. Раз сдвиги в вербальной сфере есть лишь частный случай, следует указать и на имеющие место при снижении уровней реальных действий регулирующие их механизмы восприятия, внимания, памяти. По-видимому, снижение уровня актуализации личности может идти различными путями и затрагивать различные психические функции, однако возможности фиксировать эти изменения в эксперименте или даже выразить их в научных понятиях **не** одинаковы для различных функций.

Пожалуй, наиболее наглядным примером патологического снижения уровня является распад соотношения целого и части (в норме часть и целое воспринимаются как осмысленное единство при доминировании целого) и обособление отдельных частей. М.С. Лебединский указывал, что восприятие больных шизофренией характеризуется следующим: многие детали как бы выделяются из целого и принимают самодовлеющее от целого значение, преобразуя и самое целое; то же самое нарушение соотношения части и целого, содержания и формы отмечается и в восприятии наглядных изображений. М.С. Лебединский подчеркивал, что существует явная аналогия практической деятельности больных шизофренией, когда «задача деятельности отступает на задний план перед частными операциями». И здесь отдельная операция, не порывая целиком с действием, в которое она входит, в «исходе его оказывается недостаточно определенной задачей этого действия» (1938).

Как бы развивая приведенный выше тезис Л.С. Выготского о речевых расстройствах как прототипе патологических изменений более широкого круга, М.С. Лебединский писал об «обессмысливании», «полисемантизме», которые характеризуют речь больных шизофренией. Именно десемантиза-

ция, нарастающая при прогрессе заболевания, независимость отдельной операции от единого общего смысла действия обуславливают и высокую лабильность, неустойчивость выработанных в прошлом опыте индивида структур. По-видимому, существует явная аналогия с многочисленными современным исследованиям константности величины при шизофрении. Вопрос о том, как меняется при этом константность воспринимаемых физических величин, остается пока открытым, но, принимая во внимание все своеобразие функционирования речевых связей при шизофрении, можно думать о нарушениях семантической константности. Отсюда – прямые логические связи с такими центральными для всей психопатологии понятиями, как «дезинтеграция», «диссоциация», «отщепление», «амбивалентность»². Если изменения речи – это показатель какого-то определенного снижения акционального уровня, то изменения на иных уровнях могут служить указанием на иное протекание патологического процесса (естественно, мы не должны думать о каких-то жестких стабильных последовательностях уровней, по образцу пространственных уровней; ведь вся идея их структуры остается интрапсихической, т.е. существующей лишь по отношению к уровню цели).

В связи с изменением иных, кроме речевого, акциональных уровней отметим факт транзиторных, не просто дезинтеграционного типа, расстройств, которые выделяются А.В. Снежневским (1970) в качестве достаточно типично. Они проявляются на ранних этапах развития шизофрении в виде явлений типа навязчивого счета и выступают наряду с другими невротическими симптомами, но в более выраженных случаях обретают характер распада восприятия. Такие больные, например, видят не дерево целиком, а очень четко, с очерченными контурами воспринимают отдельно ствол, листья, ветви; не видят стены, а четко видят трещины, какие-то штрихи; в виде точек и линий у них контурируется лицо собеседника; видят не стол целиком, а четко, отдельно ножки стола. Остальные предметы вокруг в такие периоды как бы расплываются, не фиксируются.

Автор известной методики, построенной на принципах гештальтпсихологии, Л. Бендер настаивает на том, что шизофренические расстройства распространяются на область формирования и функционирования гештальтов. Она указывает в этой связи на беспорядочные и диспропорциональные рисунки больных, особенно в остром состоянии, с примитивными записями. Среди же личностно сохранных больных с параноидной формой шизофрении она

отмечает преувеличенную педантичность, детализацию, а также значительные отступления от размеров, пропорций и расположений. Она указывает также на тенденцию некоторых больных использовать для изображения деталей предъявлявшейся картинке отдельные листы бумаги. Л. Бендер видит во всем этом диссоциацию между стремлением к самовыражению и возможностью для этих больных формировать перцептивные гештальты, а также трудности внутреннего расчленения близких функций, в результате чего самовыражение больных принимает форму неуклюжих нагромождений.

Хотя, как свидетельствуют специальные исследования, между органикой и шизофренией непосредственно в области восприятия трудно провести жесткую грань, все же общая тенденция к диссоциации с одновременным снижением уровня действия более характерна для шизофрении (не исключено, что при органических по своей этиологии расстройствах такого типа симптоматика «перекрывается» со стороны общего снижения, обеднения психики, т.е. симптоматикой, типичной для собственно органики). У больных шизофренией диссоциативная симптоматика, проявляющаяся в восприятии, является, по-видимому, естественным продолжением имеющего место на более высоких уровнях распада смыслообразования. В результате этого процесса объект либо теряет свою целостность, тогда ослабляется его вычленение из окружения, или оно становится в большей степени обусловленным полем: так, величина рисунка, выполняемого больными шизофренией, нередко оказывается зависимой от величины листа; либо целостный объект распадается, и один из его фрагментов, один какой-либо аспект становится репрезентантом всего объекта, причем очень часто этот фрагмент, или аспект, оказывается объективно незначимым. Так, один больной со сложной этиологией расстройства (шизофрения под вопросом, травма, психопатизация личности) выполняет пробу классификации, ориентируясь на цвет рисунка.

Процесс семантического распада объекта, как мы видели на примерах, приведенных С.Н. Давиденковым, начинается еще на относительно небольшой глубине расстройств (на невротическом уровне), но достигает своего пика при шизофрении. При этом ведущие в невротическом синдроме эмоциональные компоненты налицо, хотя и уже в трансформированном виде, и при шизофрении. Центром приложения эмоционального заряда становится какой-либо один и притом незначимый фрагмент объекта. Болгарский психиатр К. Займов приводит пример больного

² Если можно рассматривать невроты в плане проблемы средств (прототипом для которых является структура речи), то не представляет ли собой полиморфизм шизофренической симптоматики, связанной со снижением уровня действия, дальнейшее их развитие в психопатологическом плане (углубление патологии, изменение роли сознания и т. д.)? Это «средства», которые выбирает уже не человек, но патологический процесс.

параноидной формой шизофрении, который, считая, что ему изменяет жена, обосновывает это следующим рассуждением: жена любит синий цвет – и подозреваемый в качестве ее любовника мужчина носит синий костюм.

Паралогизм подобных отклонений мышления заключается в том, что последнее оказывается сведенным к низшему уровню ассоциативных связей. Отчетливо поддается интерпретации в плане уровневой структуры при неврозах, особенно при шизофрении, ухудшение селективности вместе со снижением порогов, в результате чего не только распадаются автоматизированные в прошлом опыте навыки, но и возникают либо противоборствующие эмоциональные импульсы, либо импульсы, парализующие реальные предметные действия, либо имеет место извращение самого действия.

Явным примером снижения уровней действия при шизофрении, выражающимся в сдвиге с цели деятельности на вспомогательные операции при семантическом выхолащивании уровня цели, является нередко встречающееся при этом заболевании карикатурное, нелепое коллекционирование. Так, один больной коллекционировал собственные экскременты, другой – экскременты различных видов животных и т.д.

В клинике наиболее часто встречаются снижения реального действия на разнообразные и различные по своему клиническому значению формы вербализации (вербальные галлюцинации, эхо мыслей, резонерство, бред). П. Жане (1929) во многом связывал эту симптоматику с конституциональными особенностями психастеников и объяснял ее неспособностью этих больных преодолевать реальные жизненные трудности, что, в свою очередь, обусловлено «снижением психического напряжения». С точки зрения П. Жане, дивергенция между «реальным» и «вербальным» поведением является наиболее демонстративным примером снижения уровня действия. Он приводит много случаев, где речь выступает как самоцель (при этом немало аналогий между речью детей и случаями патологии, т.е. П. Жане стремится дать эволюционное, генетическое объяснение патологии); например, речь является заменой реального действия, а потому нередко представляется бессмысленной при наблюдении. П. Жане выделяет в качестве особого симптома «беспочвенную речь» (*langage inconsistant*), относящуюся к несуществующим и несбыточным событиям, которую он, тем не менее, отличает от бреда; по мнению П. Жане, здесь нет типичной для бреда извращенной интерпретации, а лишь снижение на тот уровень, который предшествует вере, обусловленный использованием языка (подробнее об этом см. Роговин, 1969).

Конечно, наивно было бы представлять складывающуюся в результате болезненного процесса психи-

ческую патологию в духе линейного эволюционизма и считать обязательным снижение на строго последовательные ступени фило- и онтогенеза. В действительности дело обстоит иначе. Структура индивидуальной психики – это результат взаимодействия множества врожденных и прижизненных факторов, а характер и стабильность той или иной подструктуры чрезвычайно вариативны. То, что развивается как функция, то распадается как структура по своим аутохтонным законам, и здесь, казалось бы, «ближайшие» к патологическому процессу уровни функционирования могут остаться интактными, а пораженными – уровни «отдаленные». Иначе говоря, возможны «скачки» через многие промежуточные уровни.

Возможно, что с этих позиций можно подойти к объяснению феномена бреда, что, по словам Г. Груле, есть самая большая загадка психиатрии. Вспомним в этой связи, что Э. Крепелин (1920) видел в бреде оживление филогенетически раннего этапа развития, как бы первичной биологической настороженности. Сопоставив это с так называемой личностной сохранностью параноидных больных, можно заключить, что здесь имеет место именно такое выпадение из вовлеченности в патологический процесс многих промежуточных уровней. С точки зрения лакунарной уровневой структуры («замыкание» сразу на низшие уровни) возможна трактовка таких явлений, как сенестопатии, соматизированные психозы К. Вернике, соматизация психического при шизофрении, на чем, в частности, делает упор Е.Н. Каменева (1970). Так, у одной больной (диагноз шизофрения с приступообразным течением и аффективными колебаниями) отмечались следующие особенности. Личность сохранна: больная стенична, работоспособна, целеустремленна. Личность шизоидная: больная рационалистка, аутична. На период обследования выявляются два вида бреда: преследование и любовный бред, последний сочетается с сенестопатиями сексуального содержания.

В общей динамике понятий психопатологического исследования понятия уровневой структуры и своеобразия ее распада не составляют еще полного объяснения рассматриваемых явлений, поскольку относятся к числу промежуточных; однако они позволяют нам рассматривать фиксируемые ими явления в их взаимоотношениях и в качестве результата действия определенных психологических механизмов.

Структурно-уровневый анализ патологии как объекта помогает исследователю осознать, что его собственное суждение о ней как косвенное отражение этой структуры в его системе понятий также есть иерархическая уровневая структура. Поэтому ошибка, допущенная на одном уровне, может вызвать «цепную реакцию» – ошибки и на других уровнях. Мышление врача или клинического психолога имеет своей отправ-

ной точкой неполную, многозначную и неопределенную информацию, что в конечном итоге обусловлено самим объектом познания. Его специфика определяет те границы, в которых протекает процесс вынесения диагностического и прогностического суждений. Мышление в рамках клинического метода можно сравнить с движением исследовательского судна вверх по незнакомой реке в поисках ее верховья; на пути этого движения встречаются многие притоки, их следует заметить, нанести на карту, но не сворачивать в них, ибо конечная цель экспедиции – найти настоящие истоки – причину патологии.

Резюмируя сказанное, подчеркнем, что использование клинического метода, помимо обусловленности со стороны объекта и системы объектных понятий, в значительной степени адсорбирует все ранее рассмотренные методы, особенно наблюдение и герменевтический метод, но также и самонаблюдение и биографический метод. Вместе с этим клинический метод может включать в себя эксперимент, точнее, его патопсихологический вариант, данные которого включаются в клинический метод в качестве составной части наряду с другими функциональными пробами (Роговин, 1962).

Литература

- Братусь Б.С. К проблеме исследования патологии личности у больных эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1972. Т. 72. С. 1659–1662.
- Давыденков С.Н. Неврозы. Л.: Госиздат мед. литературы, 1963.
- Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения. Иркутск: Восточно-Сибирское книжное изд-во, 1976.
- Каменева Е.Н. Теоретические вопросы психопатологии психиатрии. М., 1970.
- Коган В.М. Восстановление речи при афазии. М., 1962.
- Лебединский М.С. К вопросу о речевых расстройствах у шизофреников // Советская психоневрология. 1938. № 3. С. 56–64.
- Роговин М.С. Международный семинар по вопросу взаимоотношения психологии и психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1962. Т. 62, вып. 8. С. 1266–1270.
- Роговин М.С. Введение в психологию. М.: Высшая школа, 1969.
- Роговин М.С. Функциональное обоснование форм шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. Т. 71, вып. 3. С. 454–461; Вып. 4. С. 617–624; Вып. 5. С. 765–774.
- Роговин М.С. Научные критерии психической патологии. Ярославль: ЯрГУ, 1981.
- Самухин Н.В., Бирнбаум Г.В., Выготский Л.С. К вопросу о деменции при болезни Пика // Хрестоматия по патопсихологии. М., 1981. С. 114–149.
- Снежневский А.В. Общая психопатология. Валдай, 1970.
- Allen C. Modern discoveries in medical psychology. London, 1949.
- Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Wien, 1911.
- Broen W. Limiting the flood of stimulation: a protective deficit in chronic schizophrenia // Information processing and cognition (Solso R.L., ed.). Hilstade, 1975. P. 145–238.
- Janet P. L'évolution de la personnalité. Paris, 1929.
- Kaepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins // Zeitschrift f. Neurologie und Psychiatrie. 1920. Bd. 62. S. 1–29.
- Werner P., Kaplan B. Symbol formation / An organismic developmental approach to language and the expression of thought. New York, 1963.

STRUCTURE AND LEVEL ANALYSIS AND ESTABLISHING OF PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF PATHOLOGY M.S. Rogovin (Moscow), G.V. Zalevsky (Tomsk)

Summary. Impossibility to use common idea about the fact, that deterioration in case of mental disorder goes off different levels, as well as to use structure and level conception in the area of pathopsychology is based. Pathopsychological experiment is a method in this case. There is an attempt to make it clear the kernel of the notion of psychological mechanism, and also the relation between two notions – level structure of the action and level structure of personality. It is revealed that in both cases there is a decline from pathologically changed level of purpose to the level of means. It is illustrated on the example of speech disorders.

Key words: structure and level analysis, the mechanisms of pathology, action level decline, personality decline, speech, level of purpose, level of means.