

Т.І. Цяцёркіна<sup>1,2</sup>, В. У. Корсак<sup>2</sup>

## ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ ТЭОРЫЯ ПСІХІЧНАГА ЗДАРОЎЯ І ЯГО РАССТРОЙСТВАЎ: ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ АРГАНІЗАЦЫЯ ДЫСАЦЫЯЦЫЙНЫХ РАССТРОЙСТВАЎ

УАЗ «Мінскі абласны клінічны цэнтр «Псіхіятрыя – наркалогія»<sup>1</sup>,  
НМУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека»  
Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта<sup>2</sup>

*Падыход да вывучэння дысацыяцыйных расстройстваў з пункту гледжання іх прасторава-часавай арганізацыі дазволіў вывучыць фундаментальныя заканамернасці іх фарміравання. Паказана, што апошнія складаюцца з папераменных працэсаў дысацыяцыі і асацыяцыі індывідуальных прасторава-часавых мадэляў пацыентаў, дзе першая вядзе да распаду мадэлі, а другая – да яе ўзнаўлення. Аднак асацыяцыя пры дадзеных расстройствах*

ствах не з'являється науковцями, наскільки вона відбувається шляхом копіювання просторава-часових моделей інших людей, у виниклих чого у свідомості пацієнта уносяться чужі програми психічного функціонування. Описано особливості цих процесів у пацієнта з гістеричним розстройством особистості, власна дисоціативними і конверсійними розстройством.

**Ключові слова:** дисоціативні розстройств, просторава-часові моделі, порушенні свідомості.

Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак

### ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЕГО РАССТРОЙСТВ: ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДИССОЦИАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Подход к изучению диссоциативных расстройств с точки зрения их пространственно-временной организации позволил изучить фундаментальные закономерности их формирования. Показано, что последние складываются из попеременных процессов диссоциации и ассоциации индивидуальных пространственно-временных моделей пациентов, где первая ведет к распаду модели, а вторая – к ее воспроизводству. Однако ассоциация при данных расстройствах не является полноценной, так как она происходит путем копирования пространственно-временных моделей других людей, в результате чего в сознание пациентов вносятся чужие программы психического функционирования. Описаны особенности этих процессов у пациентов с истерическим расстройством личности, собственно диссоциативными и конверсионными расстройствами.

**Ключевые слова:** диссоциативные расстройства, пространственно-временные модели, нарушения сознания.

T. I. Tsiatserkina, V. U. Korsak

### THE SPATIO-TEMPORAL THEORY OF MENTAL HEALTH AND ITS DISORDERS: THE SPATIO-TEMPORAL ORGANIZATION OF DISSOCIATIVE DISORDERS

The approach to the study of dissociative disorders from the point of view of their spatio-temporal organization made it possible to study the fundamental laws of their formation. It is shown that the latter consist of alternating processes of dissociation and association of individual spatio-temporal models of patients, where the first leads to the decay of the model, and the second – to its reproduction. However, the association with these disorders is not complete, since it occurs by copying the spatio-temporal models of other people, as a result of which other people's mental functioning programs are introduced into the consciousness of patients. The features of these processes in patients with hysterical personality disorder, actually dissociative and conversion disorders are described.

**Key words:** dissociative disorders, spatio-temporal models, impaired consciousness.

Пасля адмовы ад адзінай канцэпцыі гістэрыі ў МКБ-10 гістэрычнае расстройство асобы і дысацыяцыйныя расстройства па этычных меркаваннях у дачыненні да першых аднесены ў розныя рубрыкі (F 60.4 і F 44.0–F44.9), пры гэтым канверсійнае расстройство, прыналежае раней гістэрычным, далучана да дысацыяцыйных. Вядома, крайнія праявы дысацыяцыйных расстройстваў, такія як фуга ці транс расстройства множнай асобы нельга назваць гістэрычнымі, але ўзнікненне ўсіх названых расстройстваў адбываецца паводле механізму дысацыяцый псіхічных сфер з рознай ступенню падкантрольнасці свядомасці або апошніх – з саматычнай сферай. Паўстае пытанне, чаму адкінуты этычны падыход адносна гістэрычнага расстройства асобы і чаму яно не кваліфікавана як дысацыяцыйнае ў адрозненне ад расстройства множнай асобы? Да таго ж, у МКБ-10 усе іншыя псіхічныя расстройства, за выключэннем арганічных, падзелены паводле феноменалогіі, а не механізму іх ўтварэння. Гэта стварае пэўную праблему ў намінацыі і кваліфікацыі адхіленняў, якія з’яўляюцца прадметам нашай цікавасці.

Паняцці гістэрычнага кшталту і маючыя дачыненне да дысацыяцыйных працэсаў узаемна перакрываюцца, таму мы неаднаразова сутыкаліся з цяжкасцю ўтрымання дакладнасці пры апісанні тых ці іншых з’яваў, а ў некаторых выпадках апынуліся перад немагчымасцю абмінуць выкарыстанне тэрміну «гістэрыя». Пазначэнні Ну (дачычнае гістэрыі) і DD (маючае дачыненне да дысацыяцыйных расстройстваў) далей ужываюцца намі ў залежнасці ад кантэксту. Так, паняцце дысацыяцыйных расстройстваў (DD) выкарыстоўваецца ў дадзенай працы, калі гаворка ідзе аб гэтых расстройствах ў цэлым,

*DD-суб’екты* – аб усіх людзях, у якіх маюць месца DD або іх рысы, *Ну-суб’екты* – аб усіх, у каго назіраюцца рысы ці расстройства гістэрычнага кшталту, *Ну-асобы* – аб асобах з гістэрычным расстройствам, *CD-пацыенты* – аб пацыентах з канверсійнымі расстройствамі, *уласна DD-пацыенты* – аб пацыентах, у клінічнай карціне якіх адзначаюцца парушэнні свядомасці з наступнай амнэзіяй.

Раней намі апісана прасторава-часавая мадэль (ПЧМ) здаровых людзей, якая пры яе ранічным разгортванні уяўляе сабой умерана асіметрычную геаметрычную фігуру ў выглядзе ўсечанага конуса, перавёрнутага больш шырокім аснаваннем ўверх, з упісанай у яго часавай спіраллю. Апошняя з’яўляецца рухавіком усёй ПЧМ чалавека і генератарам яго энергіі [4]. Вялікае значэнне мае тое, што дадзеная мадэль з’яўляецца адначасова і свядомаснай, паколькі свядомасць чалавека, паводле нашага меркавання, фарміруецца на аснове індывідуальных прасторы і часу і набывае прыналежную ім фундаментальнасць. Свядомасць выступае як арганізуючае надфункцыянальнае ўтварэнне, найвышэйшая інстанцыя кіравання ўсімі псіхічнымі працамі. Яна складае аснову псіхічнага жыцця чалавека, якое рэалізуецца ў адпаведнасці з яго індывідуальнай прасторава-часавай мадэллю. З асаблівасцяў ПЧМ вынікае модус псіхічнага функцыянавання чалавека і яго жыццядзейнасці. Апошняя існуе ў галаўным мозгу чалавека як праграма, паводле якой ажыццяўляецца псіхічнае функцыянаванне чалавека [2].

ПЧМ чалавека функцыянуе згодна з сусветнымі прасторава-часавымі заканамернасцямі. Пры псіхічных расстройствах адбываюцца істотныя, часта – глабальныя, парушэнні індывідуальных прасторы

і часу, якія змяняюць будову адпаведных ім свядомасных мадэляў і суадносіны рэальнай прасторава-часавай сферы з прасторай і часам Сусвету [3].

У айчыннай псіхіятрыі механізмы ўзнікнення Ну традыцыйна разглядаюцца з пункту гледжання працэсаў узбуджэння і тармажэння, маючыя дачыненне да рэагавання на тыя ці іншыя стымулы. Але яны не тлумачасць парушэнняў найскладанейшых псіхічных працэсаў чалавека як носьбіта свядомасці і, тым больш, яго ўзаемадзеяння са знешнім светам.

Вывучэннем Ну традыцыйна займаюцца прадстаўнікі псіхааналітычнага кірунку. У значнай ступені можна лічыць, што дзякуючы ўвазе да гістэрыі паўстаў і сам псіхааналіз.

Сярод псіхааналітычных крыніц апошняга часу нашу цікавасць выклікае канцэпцыя А. Лангле аб анестэзіі болю ў сувязі з немагчымасцю знаходжання чалавекам сябе ці згубай доступу да ідэнтычнасці, маючай карані ва *Уласным*. Анестэзіі падвяргаецца афектыўны кампанент болю, што праяўляецца як «асноўная дынаміка гістэрычнага расстройства». У выніку ў чалавека ўтвараецца ўнутраная пустата і немагчымасць *Быцця сабою і Быцця – у – Свеце* [1].

Для нашай працы дадзенная канцэпцыя мае каштоўнасць у тым, што яна грунтуецца на ўяўленнях пра парушэнні ўнутранай структуры індывідуума, а сам ён разглядаецца ў рэчышчы ўзаемадзеяння з Сусветам. Погляд на ўтварэнне ўнутранай пустаты і згубу ўласнай структуры выкарыстаны намі як зыходны для канструявання ПЧМ Ну і іншых DD.

Але мы разглядаем парушэнне адчування чалавекам сябе і сваіх межаў як наступства анестэзіі нясцерпнага душэўнага болю, што ўзнік у выніку немагчы-

масці перажыць траўматычныя падзеі ў яго жыцці. Зваротным бокам гэтага абароннага механізму з'яўляецца несфарміраванасць індывідуальнай свядомаснай ПЧМ і яе функцыянальная і структурная непаўнавартаснасць. Пры функцыянальнай блакадзе болю адбываецца дысацыяцыя паміж пачуццёвай і іншымі псіхічнымі сферамі, пры структурнай – фрагментацыя часавай спіралі, наступствам чаго з'яўляюцца расстройства свядомасці і глыбокія парушэнні псіхічнай дзейнасці і рухальнай актыўнасці.

**Мэта дадзенай працы** – апісаць прасторава-часавую арганізацыю DD-расстройстваў дзеля выяўлення фундаментальных механізмаў іх фарміравання.

#### **Задачы даследавання:**

1 – вывучыць асаблівасці прасторава-часавых мадэляў пацыентаў з рознымі катэгорыямі DD-расстройстваў,

2 – выявіць агульнае і адрознае ў механізмах іх функцыянавання,

3 – высветліць ролю парушэнняў прасторава-часавых мадэляў у фарміраванні клінічнай сімптоматыкі DD-расстройстваў на свядомасным ўзроўні.

Для лепшага разумення, што сабой уяўляе ПЧМ дадзеных расстройстваў, перш за ўсё, неабходна спыніцца на апісанні элементаў, што яе складаюць.

Як было паказана ў нашых папярэдніх працах, здаровыя людзі і пацыенты з псіхічнымі расстройствамі схільныя прымаць позы і здзяйсняць рухі адпаведна геаметрыі іх ПЧМ.

Геаметрычнымі элементамі, што маюць дачыненне да прасторава-часавай мадэлі ДР, з'яўляюцца кропка, дуга, кола і спіраль.

**Кропка** ў мадэлі Ну пазначае цэнтр дугі, акружнасці і спіралі. Адлегласць ад цэнтру да любой кропкі дугі акружнасці ці спіралі ёсць яе радыусам.

Сукупнасць цэнтральных кропак складае стрыжань спіралі. У мадэлі Ну стрыжань хісткі, няўстойлівы. Ён знікае пры знаходжанні пацыентаў у стане анергіі.

**Дуга** з'яўляецца найменшым геаметрычным элементам, з якіх складаецца часавая спіраль. Радыус дугі спіралі можа быць пастаянным або павялічвацца ці памяншацца. Ад радыуса дугі спіралі і адлегласці паміж яе віткамі залежыць ступень прагрэсіравання ці рэгрэсіравання спіралі ў прасторы; дуга правільнай (сіметрычнай) спіралі расце або змяншаецца прапарцыйна свайму радыусу.

Адасобленая дуга як складаючая ПЧМ пацыентаў з псіхічнымі расстройствамі сустракаецца толькі ў мадэлі Ну і выступае як адметнасць апошняй. Падчас парэпілептычнага прыступу або па-за ім яна можа ўвасабляцца ў ненатуральнай позе рэзка выгнутага цела з апорай на патыліцу і пяtkі з надзвычай выражаным павышэннем мышачнага тону. Працягласць знаходжання ў гэтым стане значна перавышае час танічнай фазы «класічнага» эпілептычнага прыступу. Сімптоматычна, што пацыенты прымаюць позу дугі толькі ў прысутнасці іншага чалавека, які можа яе назіраць. У нашай практыцы даследаванняў дарослых людзей ізалюваная поза дугі без кланічных сутаргаў назіралася толькі ў двух выпадках.

Распад спіралі на дугі з'яўляецца крайнім выпадкам яе дысацыяцыі, структурнай фрагментацыі, які мае вынікам спыненне індывідуальнага часу пацыентаў і, адпаведна, – выпрацоўкі энергіі. Свядомасць пацыентаў (а ў некаторых выпадках – прытомнасць) адключаецца, псіхічныя працэсы перапыняюцца. Да самастойнага ўзнаўлення ПЧМ у пацыентаў рэсурсаў няма, яно адбываецца ў апісаным далей парадку.

**Кола (акружнасць)** непасрэдна не ўваходзіць у мадэль Ну, але сімвалізуе асяродак, акружэнне, якім атачаюць сябе Ну-асобы. Яно ствараецца з мэтай тэсціравання асобаў ўласных межаў і пазначэння сябе ў яго цэнтры, а таксама прыцягнення ўвагі іншых людзей да сябе. Гэтае ўмоўнае кола ўвасабляе сабой спецыфічныя адносіны Ну-асобы з іншымі людзьмі. Шляхам стварэння кола фарміруецца эгацэнтрычная мадэль гэтых дачыненняў. Пры няўдалых спробах іх усталяваць сімвал звужанай да малага кола асабістай прасторы часта ўвасабляецца ў адчуванні сціскання галавы абручом.

**Спіраль** можна разглядаць як паслядоўнасць, што складаецца з перарываных чарады дуг.

Спіралі па форме падзяляюцца на пляскатыя і аб'ёмныя, сярод апошніх выдзяляюць цыліндрычныя і канічныя. У аб'ёмных спіралях адлегласць паміж віткамі можа быць аднолькавай або павялічвацца. У прагрэсуючай канічнай ПЧМ чалавека рух часу па спіралі паскараецца, а ў рэгрэсуючай – запавольваецца. Першая сімвалізуе сабой развіццё, другая – заняпад. Часавая спіраль у ПЧМ чалавека пры яе разгортванні працуе як генератар унутранай энергіі арганізма чалавека, пры згортванні спіралі з кожным вітком выпрацоўка энергіі рэгрэсуе.

З-за адсутнасці моцнага стрыжня часавая спіраль Ну-асобаў непаўнавартасная, недасканалая, нястойкая, хісткая, мала здольная да генерацыі энергіі. Таму гэтыя асобы вымушаны чэрпаць яе з іншых крыніц.

Напоўненую энергіяй Ну-асобу А. Лангле параўноўвае з віхурай, якая, як вядома, мае спіральную будову. Без магчымасці папаўнення энергіі такая асоба становіцца згаслай, шэрай, непрывабнай.

Няпоўная функцыянальная дысацыяцыя часавай спіралі, якая мае месца пры акцэнтацыях асобасных рысаў гістэроіднага тыпу, не суправаджаецца парушэннем свядомасці, няпоўная структурна-функцыянальная – пры расстройтвах Ну-асобы ўтрымлівае прыкметы такіх парушэнняў. Пры поўнай структурна-функцыянальнай дысацыяцыі ў пацыентаў з расстройтвам множнай асобы, пры дысацыяцыйных амнэзіях, фугах, трансах, ступарах, дысацыяцыйных сутаргах, а таксама канверсійных расстройтвах парушэнні свядомасці з'яўляюцца аблігатнымі, пры поўнай структурнай дысацыяцыі магчыма страта пацыентам прытомнасці.

Ва ўмовах дысацыяцыі часавай спіралі, калі яе структурная цэласнасць не парушана, але здольнасць да дзеяння абмежаваная, унутраная энергія чалавека выпрацоўваецца слаба. Узнавіць працу спіралі становіцца магчымым толькі за конт пераймання дзейнай ПЧМ, з-за ўнікальнасці арганізацыі якой яе донорам можа быць выключна чалавек.

Своечасова не спыненая дысацыяцыя часавай спіралі суправаджаецца нарастаннем энтрапійнага працэсу. Супрацьлеглым ёй выступае асацыяцыя, а паколькі ўнутраных рэсурсаў для ўзнаўлення ў пацыентаў няма, то апошняя рэалізуецца праз адзіна магчымы ў дадзеных умовах працэс капіявання. Капіяванне шырока распаўсюджана ў прыродзе і чалавечай дзейнасці, дзе яно выступае як спосаб ўзнаўлення аб'екта, працэсу або з'явы.

Як адбываюцца гэтыя працэсы, лягчэй за ўсё прадставіць на прыкладзе функцыянавання ПЧМ Ну-суб'ектаў.

Вядома, што, апошнія не могуць абыходзіцца без прысутнасці іншых людзей.

Прыцягваючы да сябе іх увагу, імі яны імкнуцца пазначыць цэнтр сваёй прасторы і ўсталяваць яе межы.

Увага – гэта выбарчая скіраванасць, настройка на які-небудзь аб'ект. Канцэнтрацыя ўвагі іншых, як мяркуецца, здаровых людзей на сваёй асобе – гэта не што іншае, як падрыхтоўка іх ПЧМ для капіявання. Ну-суб'екты імкнуцца любым спосабам прыцягнуць увагу іншых людзей да сваёй персоны, прымусіць зацікавіцца сабою, пераклучыць іх свядомасць на сябе, зрабіць іх асабістыя межы адкрытымі, а прасторава-часавыя мадэлі – даступнымі для пераймання. Канечнай мэтай, якую гэтыя суб'екты, вядома, самі не ўсведамляюць, з'яўляецца ўзнаўленне працы сваёй недасканалай часавай спіралі і выпрацоўкі ўнутранай энергіі. Сімптаматычна, што аб'екты такога кантактавання пасля яго адчуваюць сябе абясіленымі, спустошанымі.

У маладых людзей з гістэроідным тыпам акцэнтацыі асабасных рысаў з недастатковай сфарміраванасцю ПЧМ нават невялікія функцыянальныя адхіленні ў працы часавай спіралі прыводзяць да таго, што такія людзі аказваюцца не ў стане самі фармаваць свой вобраз. Яны ствараюць сабе куміраў і капіююць пераважна іх вонкавасць – голас, манеру апранацца, паводзіны. Носяць з сабой фатаздымкі сваіх «ідалаў для пакланення», абіраюць для сябе адзенне з іх выявамі. Шукаюць сустрэчаў з імі, стараюцца звярнуць на сябе ўвагу, кідаюцца паасобку ці натоўпамі, стараюцца дакрануцца, вішчаць «ад захаплення», але насамрэч самі імкнуцца захапіць што-небудзь іх асабістае з рэчаў, часам нават разрываюць на кавалкі іх адзенне.

Ну-суб'екты пастаянна намагаюцца чымсьці ўразіць людзей з свайго атачэн-

ня. Каб стаць у цэнтры ўвагі, выкарыстоўваюцца ўлюбёныя сродкі: яркі макіяж, незвычайныя ўпрыгожванні, экстравагантнае адзенне, эксцэнтрычныя, бесцырымонныя паводзіны без зважання на інтарэсы іншых людзей.

У прыродных умовах кідкая вонкавасць – яркая афарбоўка, незвычайныя гукі ці паводзіны выступаюць як спосаб прыцягнення да сябе ўвагі іншых арганізмаў, каб затым здзейсніць на на іх напад. І ў Ну-асобаў спрацоўвае старажытны жывёльны інстынкт: стаць заўважным, прыцягальным дзеля забрання у іншых людзей самага істотнага, чаго ім нестася, – частку іх ПЧМ, без якой немагчыма ўзнаўленне энергетычных рэсурсаў арганізма.

Для ўзмацнення эфекту сітуацыя часта драматызуецца самымі Ну-асобамі. І тут у якасці моцнага аттракцыйнага сродку выступаюць суіцыды і іншыя дзеі з імітацыяй смерці, якія абстаўляюцца з асаблівай «трагічнасцю», шакуючым антуражам, з разлікам на глядачоў і «ратавальнікаў».

Так, адна з пацыентак шматкратна інсцэніравала абставіны ўласнай смерці: апрадалася ў чорнае, ставіла на тумбачку свой партрэт з жалобнай стужкай, брала ў рукі свечку і ўкладалася на ложка. Але рабіла гэта, калі муж быў дома і не мог не адрэагаваць, не наблізіцца і не «аказаць дапамогу». Гэтых дзеянняў было дастаткова для «ажыўлення мёртвай».

Ну-асобы выяўляюць асаблівую здольнасць пераймаць вобразы іншых людзей. У іх рэпертуары мноства роляў, якія пастаянна мяняюцца. Іх зменлівасць нагадваюць такую у пацыентаў з расстройствам множнай асобы. Для тых і другіх характэрна здольнасць да пераўвасаблення, справа толькі ў яго глыбіні.

Ну-суб'екты часта бываюць паспяховымі ў тэатральнай дзейнасці. Для іх важнай з'яўляецца «энергетыка залі», дзе ад глядачоў яны чэрпаюць для сябе неабходныя рэсурсы. Характэрны іх выказванні, якія могуць быць растлумачаны ў экзістэнцыйным ключы: «Тэатр – маё жыццё», «Я не магу жыць без сцэны». Магчыма, што некаторыя з такіх асобаў могуць настолькі ўжывацца ў сваіх персанажаў, што атрымоўваюць здольнасць да пераўвасаблення ў сваіх герояў, якая змяняе функцыянаванне асабістых ПЧМ і выклікае пэўныя зрухі ў свядомасці. Але паколькі чужая праграма дзейнічае нядоўга, для Ну-асобаў неабходна пастаяннае падсілкоўванне з боку атачэння.

Унутранае псіхічнае жыццё Ну-асобаў звычайна рэзка кантрастуе з рэальным. Замест свайго ў іх пануе ўнутраная пустаці. Калі няма глядачоў і яны застаюцца сам-насам, то становяцца шэрымі, несамавітымі, нецікавымі. Унутраная пустэча можа запаўняцца толькі чужым начыннем.

Ну-суб'екты і ў паўсядзённым жыцці адыгрываюць не свае, а чужыя ролі; яны, па-сутнасці, пражываюць кароткія адрэзкі чужога жыцця.

З-за павярхоўнасці і нетрываласці ў стасунках іх асабістае жыццё найчасцей няўдалае. Ну-асобы амаль нічога не даюць узамен, бо ім і няма чаго аддаць, а толькі забіраюць, робячы блізкіх людзей сваімі ахвярамі.

У клініцы гістэрычнага расстройства асобы адзначаюцца эмацыйная лабільнасць, афектаванасць у выглядзе крыкаў, плачу, смеху, «закатвання гістэрык», экзальтаванасць, правакацыйная спакуслівасць, імкненне да дасягнення стану ўзбуджанасці, эгацэнтрычнасць, падлегласць чужым уплывам, словам, – усё, што вы-

нікае з асаблівасцяў іх непаўнавартаснай ПЧМ.

У пацыентаў з ўласна DD пры парушанай свядомасці могуць рэалізоўвацца цэлыя эпізоды жыцця паводле чужых праграмаў. У рэдкіх выпадках, пры капіванні некалькіх свядомасных прасторава-часавых мадэляў і іх поўнай сепарацыі кожная з іх «уключаецца» і дзейнічае паслядоўна. Пры змене адных мадэляў іншымі развіваецца расстройтва множнай асобы.

Капіванне чужых мадэляў адбываецца адзіна магчымым у жывой прыродзе аналагавым спосабам. У выніку капівання чужых часавых спіраляў або іх частак з пераносам на матрыцу пацыента адбываецца часовае ўзнаўленне руху індывідуальнага часу. Атрыманая копія не можа быць роўнай арыгіналу, паколькі ў выніку пераўтварэнняў, якія адбываюцца пры люстраных паваротах, губляюцца яго істотныя якасці. Такая спіраль не мае аўтэнтычнасці. ПЧМ пацыентаў лёгка прымае іншароднае і ў сілу гэтага часавая спіраль яшчэ больш паддаецца дысацыяцыі.

Свядомасць яе носьбітаў становіцца асабліва падлеглай чужым уплывам, але не ўяўным, як пры шызафрэнні, а рэальным. Яна губляе здольнасць кантраляваць псіхічныя працэсы; апошнія падвяргаюцца дезінтэграцыі. У адрозненні ад шызафрэнні, дзе люстраныя паварты адбываюцца ў свядомасці таго самага пацыента, пры DD капіванню падвяргаецца свядомасная ПЧМ іншага чалавека.

Хібы функцыянавання ПЧМ пацыентаў з DD узнікаюць не толькі ў выніку самога працэсу капівання, але ў значнай меры з-за пераймання заганаў мадэляў іншых людзей, якія падвяргаюцца капіванню.

Найперш гэта адбываецца з-за паступовага сацыяльнага адваржэння Ну-асо-

баў. Людзі з вонкавага атачэння такой асобы хутка губляюць цікавасць да яе, не вытрымліваюць навязанай ім ролі донара энергіі і інстынктыўна аддаляюцца дзеля самазахавання. Кола кантактаў Ну-асобаў звужаецца, яны страчваюць магчымасць падтрымліваць інтэнсіўныя сацыяльныя сувязі і губляюць звыклыя крыніцы атрымання энергіі. Калі няма дастатковага атачэння, каб сфарміраваць кола і паставіць сябе ў яго цэнтр, у такіх асобаў не застаецца іншага выхаду, як скіраваць на сябе ўвагу тых, хто знаходзіцца побач, што лягчэй за ўсё ажыццявіць зыходам у хваробу. Прыцягнуць да сябе ўвагу можна яшчэ, калі прадставіцца не прывабным, а бездапаможным, хворым. Апялюючы да чалавечых пачуццяў, гэтыя асобы імкнуцца выклікаць спачуванне, якое робіць іншых людзей адкрытымі да эксплуатацыі іх ПЧМ і забараня энергіі.

Карпаратыўная прастора з'яўляецца найбольш стабільнай часткай усёй індывідуальнай прасторы чалавека, стварае яе «каркас». Саматызацыя выступае як безальтэрнатыўны спосаб пазначэння Ну-асобамі сябе ў прасторы і з'яўляецца адзінай апорай для фарміравання ПЧМ ва ўмовах яе функцыянальнай недастатковасці. Таму канверсія псіхічных праблем, якія ўзнікаюць ў сувязі з немагчымасцю самастойнага ўзнаўлення індывідуальных мадэляў, найчасцей адбываецца на цялесным узроўні.

Прымаючы ролю пацыентаў, Ну-асобы пачынаюць інтэнсіўна наведваць медыцынскія ўстановы, у асяродках якіх – больш кантатаваць з хворымі людзьмі і пераймаць іх найбольш кідкія, «уражвальныя» мадэлі. Прыманне ролі хворага азначае пэўнае ўласнае пераўвасабленне. Такім чынам Ну-суб'екты ўваходзяць у ролю хво-



рых на паралюшы, слепату, глухату, пачынаюць дэманстраваць сутаргі, падобныя на эпілептычныя. Пры змене аб'екта для капіавання канверсійная сімптоматыка можа час ад часу мяняцца. Зваротным бокам «запазычванняў» патэрнаў пацыентаў з рознымі формамі клінічнай паталогіі з'яўляецца таксама ўнясенне ў свае мадэлі арганічных элементаў.

Пасля ўкаранення чужой мадэлі замест сваёй адбываюцца адпаведныя змены свядомасці рэцыпіента. Аднак пацыенты, якія перанялі мадэль пацыентаў з саматычнай паталогіяй, і ў іх свядомасць укаранілася ўяўленне аб сваёй хваробе, не могуць быць донарамі энергіі самі сябе. Такімі для іх найчасцей выступаюць адказныя сваякі, чулыя суседзі і іншыя неабякавыя людзі.

Так, адна з нашых пацыентак уладкавалася ў жыцці так, што цэлымі днямі ляжала ў ложку, паколькі лічыла сябе цяжка хворай, а за яе ўсё рабіла суседка: гатавала ей ежу, прала бялізну, прыбірала ў кватэры. Тая ж званіла ёй па тэлефоне, каб пацікавіцца, «што будзе сёння на абед», а таксама патрабавала шматкротна за дзень выклікаць хуткую дапамогу.

Жыццё за конт іншых людзей становіцца экзистэнцыйнай патрэбай пацыентаў. Канверсія рэалізуецца як спосаб арганізацыі існавання, жыцця паводле мадэлі хворага чалавека. Гэта больш, чым проста імітацыя хваробы, гэта прыняцце ролі хворага, ўжыванне, пераўвасабленне ў яго. Такое перайманне можа адбывацца разам з элементамі арганічнай асновы чужой мадэлі. Калі дысацыяцыя паглыбляецца да структурнага ўзроўню, у пацыентаў фарміруецца арганічная глеба, якая спрыяе з'яўленню сапраўднай саматычнай сімптоматыкі, а самі расстрой-

ствы становяцца стойкімі, некурабельнымі і набываюць неспрыяльнае цяжэнне.

Ізноў, як і пры астатніх DD, пры канверсійных расстройтвах мае месца прыманне асобаю ролі іншага, – хворага чалавека, з пераўвасабленнем у такога. Калі пры Ну адбываецца капіаванне мадэляў апырэры здаровых людзей, то пры CD – маючых саматычныя расстройства. Пры гэтым для асацыяцыі ПЧМ у Ну-суб'ектаў капіюецца толькі частка мадэлі – часавая спіраль або яе фрагмент, у пацыентаў з CD (і уласна DD) – ПЧМ цалкам.

І яўчэ адно адрозненне: ынікам капіавання і замены участкаў непаўнавартасных спіраляў Ну-асобаў фрагментамі чужых з'яўляецца непрацяглая і нестабільная кампенсацыя. Пры капіаванні прыналежаючых іншым людзям ПЧМ цалкам, асабліва – заганных, гаворка пра кампенсацыю ўжо весціся не можа, паколькі чалавек на доўгі час замест сваёй страчанага арыгінальнай мадэлі атрымоўвае сурагатную.

Пры множным паслядоўным капіаванні ПЧМ іншых людзей іх пераўвасабленне поўнае і больш працяглае, чым у Ну-суб'ектаў, што праяўляецца расстройствам множнай асобы. З пераключэннем свядомасці кожны раз з памяці пацыентаў сціраецца інфармацыя аб папярэдніх пераўвасабленнях. Пацыентамі выконваюцца тыя праграмы, якія ўкладзены ў донарскія мадэлі. Пасля выкарыстання рэсурсаў адной мадэлі папярэднія праграмы пераключаюцца на наступныя з пераадрасацыяй энергіі, зменай свядомасці пацыентаў і поўным іх пераўвасабленнем.

Скапіаваныя мадэлі дзейнічаюць, пакуль хапае зараду энергіі, закладзенага ў мадэлі іншых людзей.

У крайнім выражэнні поўнай структурнай дысацыяцыі мае месца распад часавай спіралі на адносна вялікія фрагменты, а ў найменшым – на дугі. У першым выпадку развіваецца DD-ступар са слаба выражаным мышачным гіпертонусам, мінімізаванай свядомасцю і амаль цалкам перапыненымі псіхічнымі працэсамі, у другім стан пацыента нагадвае рэзка выражаны кататанічны са звужэннем індывідуальнай прасторы, спыненнем індывідуальнага часу і генерацыі ўнутранай энергіі арганізма, а стан пацыента дасягае мяжы парушэння прытомнасці.

Дысацыйныя фуга і транс вядомы нам толькі па літаратурных крыніцах. Звяртае на сябе ўвагу тое, што названыя станы па апісаннях маюць падабенства да прыцемкавых расстройствах свядомасці – амбулаторных аўтаматызмаў, фугаў і трансаў. Узнікае пытанне, ці не з'яўляюцца яны наступствам капіявання DD-пацыентамі эпілептычнай прасторава-часавай мадэлі? Тое можна казаць і ў дачыненні да так званай «гістэрычнай дугі» як кампанента або параэпілептычных або аналага эпілептычных кататанічных прыступаў.

Узнікненне станаў авалодання можна тлумачыць укараненнем чужых ПЧМ, перанятых ў пацыентаў з псіхічнымі расстройствамі.

Адметнасцю ўласна DD з'яўляецца адключэнне свядомасці пацыентаў і амнезія на тое, што з імі адбывалася. Наяўнасць расстройстваў свядомасці у пацыентаў з DD сведчыць пра поўную структурна-функцыянальную або структурную дысацыяцыю ПЧМ.

З іншага боку, і **працэс асацыяцыі**, які аснованы на капіяванні чужога, апрыйёры не можа забяспечыць паўнаватаснае ўзнаўленне ПЧМ, гэта значыць – ідэнтычнасці асобы. Агульным для пацыентаў

з DD з'яўляецца тое, што яны жывуць паводле мадэляў, скапіяваных у іншых людзей; апошнія перастаюць быць іх індывідуальнымі.

Такім чынам, на аснованні вывучэння прасторава-часавай мадэлі DD выяўлены парушэнні прыналежных здаровым людзям фундаментальных заканамернасцяў яе фарміравання. Паводле выкрытага адзінага механізму ўтварэння намі да DD аднесены гістэрычнае расстройство асобы, уласна DD і канверсійнае расстройство.

Пасылам для распрацоўкі дадзенага раздзела прасторава-часавай тэорыі псіхічнага здароўя і яго расстройстваў паслужыла псіхааналітычная канцэпцыя А. Лангле аб анестэзіі афектыўнага кампанента болю пацыентаў з гістэрыяй ў сувязі з немагчымасцю знаходжання асобай сябе ці згубай доступу да ідэнтычнасці, у выніку якой у чалавека ўтвараецца ўнутраная пустата і губляюцца ўласныя межы. На наш погляд, анестэзія выступае як абаронны механізм, які дае чалавеку магчымасць перажыць траўматычныя падзеі ў яго жыцці.

Зваротным бокам такой абароны з'яўляецца нефарміраванасць індывідуальнай свядомаснай ПЧМ і яе функцыянальная і структурная дысацыяцыя. Пры няпоўнай – функцыянальнай і структурна-функцыянальнай дысацыяцыі мае месца непаўнаватаснасць часавай спіралі, якая становіцца не здольнай да генерацыі ўнутранай энергіі арганізма чалавека, свядомаснага кантролю над псіхічнымі сферамі і іх узгодненасці; пры поўнай – структурна-функцыянальнай – сепарацыя псіхічных сфер паміж сабою і ад свядомасці, што вядзе да іх непадпарадкаванасці апошняй. У першым варыянце парушэнні закранаюць пера-

важна часавую спіраль, у другім – ПЧМ цалкам. Пры поўнай структурнай дысацыяцыі часавай спіралі індывідуальны час пацыента спыняецца, а індывідуальная прастора знікае, гэта значыць, што ПЧМ пацыента перестае існаваць.

У сувязі з непаўнавартаснасцю ПЧМ унутраныя рэсурсы пацыентаў з DD для ўзнаўлення гэтых працэсаў адсутнічаюць. Паколькі на аснове ПЧМ чалавека фарміруецца яго свядомасць, то гэтая мадэль выступае як унікальная з’ява сярод усіх жывых арганізмаў. Таму гэтыя рэсурсы могуць чэрпацца толькі з маючых месца ў іншага чалавека. Так, Ну-асоба, скіроўваючы на сябе яго ўвагу, забеспячвае сабе доступ да чужой ПЧМ, капіюе і пераносіць ў сваю нядзейную мадэль фрагмент яго часавай спіралі, што дазваляе на некаторы тэрмін узнавіць яе працу па выпрацоўцы ўнутранай энергіі. Пры ўласна DD капіююцца ПЧМ іншых людзей цалкам, пры канверсійных расстройтвах – ПЧМ пацыентаў з саматычнай паталогіяй.

У пацыентаў з DD у залежнасці ад энергетычнага балансу маюць места пераменныя змены дысацыяцыі і асацыяцыі ПЧМ. Фарміраванне мадэлі DD адбываецца па схеме: дысацыяцыя сваёй ПЧМ – капіяванне чужой ПЧМ – часовае ўзнаўленне функцыянавання сваёй ПЧМ. Дысацыяцыя тут выступае як патогенетычны механізм, а капіяванне чужой мадэлі іншых людзей – як узнаўляльны. Асацыяцыя мадэлі працягваецца, пакуль хапае зараду атрыманай энергіі, пры яго вычэрпванні ПЧМ пацыентаў ізноў падвяргаецца дысацыяцыі.

Сказанае можа быць разгледжана з пункту гледжання другога закону тэрмадынамікі, паводле якога дэградацыя энергіі суправаджаецца энтрапійнымі працэсамі. Энтрапія заўсёды ўзрастае

пры пераходзе сістэмы з спарадкаванага стану ў менш спарадкаваны. У прыватнасці, у хіміі ёсць паняцце энтрапіі дысацыяцыі, якое можа быць застасавана і ў нашым падыходзе да вывучэння DD. Асацыяцыя ж выступае як зваротны працэс павелічэння спарадкаванасці. Пакуль захоўваецца здольнасць мадэлі пацыентаў да асацыяцыі – захоўваецца магчымасць іх існавання ў свеце.

З іншага боку, пры DD амаль заўжды адбываецца капіяванне чужога. У капіяваным выглядзе чужыя ПЧМ або іх фрагменты кожны раз прыўносяць ў свядомасць пацыентаў рэцыпіентаў праграмы псіхічнага функцыянавання іншых людзей. Так фарміруецца эрзац-мадэль, а на яе аснове – эрзац-свядомасць, якая пачынае кіраваць псіхічнымі працэсамі.

Такім чынам, пры DD парушаецца адна з базавых апазіцый, на якіх грунтуецца жыццё чалавека, – сваё – чужое. Яна мае экзистэнцыйны кантэкст і карэлюе з апазіцыяй жыццё – смерць. У здаровых людзей захаванне збалансаванай апазіцыі гэтых супрацьлегласцяў з’яўляецца ўмовай захавання ўласнай ідэнтычнасці і існавання ў вонкавым асяродку. У DD-пацыентаў сваё мінімізуецца ці зусім знікае і цалкам замяняецца чужым. Па сутнасці, пацыенты з DD-расстройтвамі, якія вымушаны карыстацца чужымі рэсурсамі, пражываюць больш ці менш працяглыя эпідэмія чужога жыцця. У крайнім выражэнні гэта адбываецца пры паслядоўным пераключэнні чужых свядомасных ПЧМ у пацыентаў з расстройтвам множнай асобы.

Фугі і трансы выступаюць як эквіваленты эпілептычных станаў расстройтва свядомасці, якія, як мяркуецца, фарміруюцца паводле мадэляў пацыентаў з эпілепсіяй, могуць быць ацэнены як

канверсійныя. Такую інтэрпрэтацыю можна ўжыць і ў дачыненні да ізаляванай «гістэрычнай дугі», якая можа быць надзвычайнай праявай кататанічнага вяртання параэпілептычных прыступаў.

Канверсія рэалізуецца як спосаб арганізацыі існавання паводле мадэлі пацыентаў з саматычнымі хваробамі, калі адбываецца перанос чужой мадэлі арганічнага ўзору на матрыцу рэцыпіентаў разам са свядомасцю і праграмай функцыянавання. Пры ўкараненні заганнай мадэлі на працяглы тэрмін у апошніх можа фарміравацца сапраўдная арганічная сімптоматыка. Гэта з'яўляецца пацверджаннем таго, што ўзаемадзеянне псіхічнага і саматычнага ў чалавека адбываецца на ўзроўні яго ПЧМ.

Медыкаментозная тэрапія DD малаперспектыўная. Тым не менш, пацыентам з клінічна выражанай эмацыйнай няўстойлівасцю можна рэкамендаваць нормацімчныя лекавыя сродкі. З улікам частаты параэпілептычнай сімптоматыкі магчыма прызначэнне антыканвульсантаў.

Асноўнае значэнне павінна быць нададзена псіхатэрапіі, арыентаванай на фарміраванне ідэнтычнасці асобы. Але псіхатэрапія не мае вялікага сэнсу, калі працэс асацыяцыі шляхам капіявання ў пацыентаў ужо адбыўся і ў яго свядомасць укаранілася чужая мадэль. Неабходным з'яўляецца вяртанне да вытокаў дысацыяцыі з мэтай наступнага рэканструявання прэмарбіднай аўтэнтычнай ПЧМ пацыента.

Выкананая праца спрыяе дэстыгматызацыі пацыентаў з гістэрычным расстройствам асобы і канверсійнымі расстройствамі, паколькі паказвае, што ўласцівая ім сімптоматыка не з'яўляецца прыхамаццю ці сімуляцыяй. Насамрэч дэманстрацыйнасць і іншыя праявы гэтых расстройстваў

з'яўляюцца вымушанымі, дыктуюцца неабходнасцю забеспячэння пацыентамі свайго існавання. Узнаўленне функцыянавання індывідуальнай ПЧМ, якой не стае ў гэтых асобаў, мае для іх вітальны сэнс. Павінны быць адкінуты і ўстойлівы погляд на другасную выгаду, якую нібыта атрымоўваюць пацыенты ад свайго расстройства.

Такім чынам, аўтарамі ўпершыню паказана, што фарміраванне DD адбываецца на фундаментальным прасторава-часавым узроўні – у ПЧМ пацыентаў, што прыводзіць да парушэння іх свядомасці і псіхічнага функцыянавання з немагчымасцю іх нармальнага існавання ў Свеце.

### Літаратура

1. Лэнгле, А. Истерия – психопатология, психопатогенез и динамика. Попытка реабилитации концепции на основании экзистенциальной динамики и психодинамики / А. Лэнгле // Психотерапия, 2010. – № 7. – С. 1–33.
2. Тетеркина, Т. И., Корсак, О. В., Скугаревский, О. А. Пространственно-временная основа сознания человека и его нарушений при психических расстройствах / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак, О. А. Скугаревский // Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под ред. С. М. Бабина. – СПб., ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2016. – С. 237–250.
3. Цяцеркіна, Т. И., Корсак, В. У. Просторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: Агульныя тэарэтычныя палажэнні / Т. И. Цяцеркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2016. – № 2. – С. 66–68.
4. Цяцеркіна, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: Прасторава-часавая арганізацыя цыклу сон-няспанне чалавека / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 1. – С. 62–67.

Поступила 19.09.2019 г.