

Т. І. Цяцёркіна, А. А. Скугарэўскі, В. У. Корсак

ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ АСНОВА ПСІХІЧНЫХ ФЕНОМЕНАЎ І ІХ ТРАНСФАРМАЦЫІ ПРЫ АБСЕСІЎНА-КАМПУЛЬСІЎНЫМ РАССТРОЙСТВЕ І ШЫЗАФРЭНІІ: МАДЭЛЬ ІНВЕРСНАГА ГАДЗІННІКА

ДУ «РНПЦ псіхічнага здароўя»,
УА «Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»,
ГУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека» БДУ

Прадпрынята спроба высвятлення ролі прасторава-часавых зменаў у свядомасці пацыентаў з абсесіўна-кампульсіўным расстройтвам і шызафрэніяй як аснове трансфармацыі іх клінічнай сімптоматыкі. Выказана меркаванне аб магчымасці вымярэння паваротаў свядомасці пацыентаў у прасторава-часавых каардынатах.

Ключавыя словы: прастора, час, абсесіўна-кампульсіўнае расстройтва, шызафрэнія, трансфармацыя.

T. I. Tsyatserkina, A. A. Skugareuski, V. U. Korsak

EXISTENTIAL BASIS OF MENTAL PHENOMENA AND THEIR TRANSFORMATION AT OBSESSIVE-COMPULSIVE FRUSTRATION AND SCHIZOPHRENIA: MODEL OF INVERSE HOURS

An attempt of elucidation of spatial-temporal changes role in consciousness of patients with obsessive-compulsive disorder and schizophrenia as a basis of their clinical symptomatology transformation is made. The possibility of measurement the consciousness turns in spatial-temporal coordinates is suggested.

Key words: space, time, obsessive-compulsive frustration, schizophrenia, transformation.

Актуальнасць даследавання. У апошнія гады на клінічныя канферэнцыі нашага цэнтра неднойчы выносіліся для абмеркавання складанага клінічнага выпадкі, якія патрабавалі дыферэнцыяльнай дыягностыкі паміж абсесіўна-кампульсіўным расстройтвам (АКР) і шызафрэніяй (Ш). Найбольшыя цяжкасці ў псіхіятраў узнікаюць пераважна тады, калі неабходна ацаніць ступень аўтэнтычнасці навязлівасцяў і вызначыць тую мяжу, па-за якой можна канстантаваць псіхічныя і рухальныя аўтаматызмы, або калі навязлівыя думкі падобныя на брэдавныя ідэі, а неразгорнутыя ці рэдуцыраваныя рытуалы больш нагадваюць банальныя стэрэатыпіі. Сітуацыя ўскладняецца тым, што пры неспрыяльным цяжэнні АКР магчыма трансфармацыя абсесіўнай сімптоматыкі ў параноідную і катанічную [1]. Але момант гэтага пераходу, нягледзячы на яго важнасць, пры існуючых падыходах да вывучэння клінічнай сімптоматыкі псіхічных расстройстваў цяжка зафіксаваць.

На аснове вывучэння лакальных цэрэбральных паражэнняў Н. Н. Брагінай і Т. А. Дабрахотавай паказана, што найбольш фундаментальнымі характарыстыкамі працы галаўнога мозгу з'яўляецца функцыянальная асіметрыя яго паўшар'яў і звязаная з ёй прасторава-часавая арганізацыя псіхічных працэсаў [2]. Між тым апошняя да пачатку нашых даследаванняў неарганічных псіхічных расстройстваў, па-сутнасці, не вывучалася.

Т. І. Цяцэркінай і В. У. Корсак у апошнія гады распрацоўваецца прасторава-часавая канцэпцыя псіхічных расстройстваў, аснованая на меркаванні аб вызначальнай ролі індывідуальных прасторы і часу ў фарміраванні свядомасці пацыентаў з псіхічнымі парушэннямі і ступеняў іх адпаведнасці рэальным прасторава-часавым характарыстыкам свету.

Мэта даследавання – знайсці базавую апору для больш глыбокага асэнсавання клінічных феноменаў АКР і Ш і выкрыцця магчымых механізмаў іх трансфармацыі, звязаных са зменамі свядомасці пацыентаў, у кантэксце індывідуальных прасторы і часу.

Аб'ектам даследавання з'явіліся пацыенты з Ш, даследаванне якіх праводзілася суцэльнай выбаркай безадносна да формы захворвання (800 чалавек), а таксама з АКР (40 чалавек), якія паступалі ў псіхіятрычны адрэзак цэнтру на працягу 8 гадоў. У якасці прататыпу зменаў свядомасці ўзяты апісанні дэрэалізацыйных станцаў больш за 1000 здаровых суб'ектаў традыцыйных аберэгалічных рытуалаў (ТАР) [3].

Метады даследавання. За асноўны абраны метады клінічнага назірання за пацыентамі з АКР і Ш з наданнем увагі асаблівасцям перажывання імі індывідуальных прасторы і часу. У якасці метадалагічнага падыходу да вывучэння псіхалагічных феноменаў намі выкарастаны агульнанавуковыя прыцыпы сіметрыі, прыдатны для даследавання ўсіх прыродных з'яў.

Клінічнае назіранне. На адным з нядаўніх клінічных разбораў, што адбываўся пад старшынствам прафесара А. А. Скугарэўскага, прадстаўлены клінічны выпадак, назіраны загадчыкам адрэзакна Б. І. Наўроцкім і ўрачом-інтэрнам С. А. Марчуком, які паслужыў падставай для далейшых нашых разважанняў аб ролі прасторава-часавых парушэнняў свядомасці ў фарміраванні феноменалогіі псіхічных расстройстваў і іх трансфармацыі.

Пацыентка К., 27 год. Бацька пацыенткі раней лячыўся ў псіхіятрычнай бальніцы. Расла і развівалася адпаведна ўзросту. Скончыла 11 класаў сярэдняй школы. Пражывае з бацькамі. Не

замужам. Не працуе, сцвярджае, што даглядае маці – інваліда 1 групы. З перанесеных захворванняў адзначае прастудныя.

Змены ў псіхічным стане з'явіліся ў 2003 г. Адзначалася «зацыкленасць на ўласных заганах, якія ёсць у кожнага чалавека», цяжка было пераклачыцца з гэтых думак, пакутавала ад бяссоніцы, моцнай трывогі. Паступова ад навязлівых думак стала не магчыма пазбавіцца. Мыла галаву па некалькі раз запар, інакш узнікалі трывога і галаўны боль. Сталі непакоіць думкі аб неабходнасці эканоміцы прыродных выкапні і электраэнергію, хацелася выключыць халадзільнік «хаця б на пяць хвілін». Успрымала думкі як свае ўласныя, але не падлеглыя вольнаму кантролю. Спрабавала змагацца з імі рознымі спосабамі, пераважна шляхам прыёму транквілізатараў. Аднак самастойна пазбавіцца ад навязлівых думак не магла. У 2005 г. праходзіла стацыянарнае лячэнне ў РНПЦ псіхічнага здароўя. У клінічнай карціне адзначаліся політэматычныя навязлівасці (па тыпу «разумовай жуйкі») і навязлівыя дзеянні (мыццё галавы). Пры псіхалагічным даследаванні парушэнняў мыслення не выяўлена. Адзначаны павышаная трывожнасць, напружанасць, няўпэўненасць у сабе, якія сплучаліся з катэгорычнасцю, няўстойлівасцю рэакцый на неспрыяльную сітуацыю. Выстаўлены дыягназ: «Абсесіўна-кампульсіўнае расстройтва, пераважна навязлівыя думкі». На момант выпіскі з стацыянара апошнія значна паменшыліся. Амбулаторна нерэгулярна прымае цыпрапекс, сонэкс.

Наступныя некалькі год за медыцынскай дапамогай не звярталася, лячылася самастойна. У студзені 2011 г. узнавілася трывога, бяссоніца, навязлівыя думкі, якіх старалася пазбавіцца, здзяйсняючы ківальныя рухі галавой і заплюшчванне вачэй. Адзначаліся амбівалентнасць і непаслядоўнасць у мысленні, частыя сэнсавыя саслізганні. Лячылася стацыянарна ў РНПЦ псіхічнага здароўя на працягу месяца з дыягназам: «Абсесіўна-кампульсіўнае расстройтва змяшанае ў асобы з выражанай акцэнтацыяй характару па шызоіднаму тыпу». Амбулаторна нерэгулярна прымала рыспалепт і рэксекцін.

У жніўні 2011 г. пры абстрактным расстройтва, якое праявілася выражанай самаізаляцыяй, пацыентка прыняла вялікую колькасць таблетаў золанаксу. Дастаўлена ў цэнтр пасля лячэння ў таксікалагічным адрэзакна бальніцы хуткай медычнай дапамогі. Псіхіятрычны дыягназ такі самы, як апошні. Прызначаны ёй веллафакс дома не прымала. Праз 9 сутак пасля выпіскі выпіла каля 20 таблетаў ібупрафена з мэтай памяншэння галаўнога болю і навязлівых рухаў. Пры паступленні ў цэнтр у клінічнай карціне адзначаліся выражаныя трывога, страх выйсці на вуліцу, парушэнні сну і шматлікія стэрэатыпныя вычварныя рухі, якія пацыентка расцэньвала як навязлівасці. Мысленне было разарванае, амбівалентнае, з сэнсавымі саслізгваннямі. Спачатку пацыентка адмаўлялася ад псіхалагічнага даследавання, пагадзілася на яго толькі напярэдні выпіскі. Рэакцыя на даследаванне адмоўная, матывацыя фармальна, характарызуецца пазбяганнем. У паводзінах неадакватна: ходзіць па кабінеце, прыўздымаецца на дыбачках, затым застывае з заплюшчанымі вачыма і раззвіленым ротам. Большасць часу праводзіць ў выкананні рытуальных дзеянняў. З пратаколу даследавання: «Выяўлены выразныя парушэнні эмацыяна-валявой сферы. Мысленне фармальнае, з тэндэнцыямі да звышабагульненняў. Парушаны матывацыяна-асабовы кампанент мыслення. Зніжана прадукцыйнасць дзейнасці». Клінічны дыягназ: «Шызафрэнія недыферэнцыраваная, цяжэнне эпизаднае з нарастаючым дэфектам». Пасля 7 сеансаў ЭСТ стала больш кантактнай, знізілася частата і выражанасць вычварных рухаў. Рэкамендаваны прыём азапіну.

З пачатку 2014 г. стала сцвярджаць, што ў яе алергія на цытрусавыя, кісламолочныя прадукты, вострыя прыправы, якая праяўляецца ўдушшам і цяжкасцю дыхання. Аднак вынікі ўсіх даследаванняў нічога не пацвердзілі. Ужывала толькі ваду, сухары. Пастаянна ляжала ў ложку, не выходзіла з дому. Паступіла ў псіхіятрычны стацыянар у знясіленым стане У выніку лячэння стала больш спакойнай, пачала часцей прымаць ежу. Па патрабаванні пацыенткі выпісана домоў. Падтрымліваючага лячэння не прымала. Праз 20 дзён патрапіла ў рэанімацыйнае адрэзакна цэнтру з ІМТ13,95, АД 80/60 мм. рт. ст. Валасы на галаве ўзлахмачаны, сальныя, апрапуната неахайна. Кантакт фармальны. Эмацыяна не-

выразная, манерная. Грымаснічала, перыядычна адкідвала галаву і гаварыла змененым голасам, адрывіста. Мысленне паралогічнае, разарванае. Выказвала перакананне ў тым, што ўсе прадукты выклікаюць асаблівыя змены ў арганізме: незразумелыя адчуванні ў галаве і перашкоду дыханню. Настойліва трактавала іх як лекавую алергію, якая правакуе харчовую. Першы час заставалася пагружанай у свае перажыванні, выбарачна прымала ежу, адмаўлялася ад лекаў, імкнулася самастойна кантраляваць свай лянэнне («я хочу ачысціць свой арганізм фізрастворам ад медыцынскіх прэпаратаў і паспрабаваць есці зноў»).

МРЭК вызначана 2-я група інваліднасці па псіхічным захворванні. На момант прадстаўлення на канферэнцыю прымала нэўлепціл 0,01 2 разы на дзень.

Падчас бяседы з прафесарам А. А. Скугарэўскім, зафіксаванай у відэафілме, шматкратна выконвала паслядоўныя дзеянні: змочвала сліной пальцы левай рукі, церла імі патыліцу, рухала валасяной часткай галавы над ілбом, раззявала рот. Тлумачыла такія рухі тым, што ёй «так становіцца лягчэй». Папрасіўшы ў доктара бутэрбродаў і цукерак, якія былі выстаўлены непалёку на стала, іх не з'ядала, а складала цэлымі або надкусанымі ўздоўж на падлакатніку крэсла.

У выніку абмеркавання на клінічнай канферэнцыі вынесены дыягназ: «Шызэфрэнія параноідная, непарарыўны тып цяжэння».

Індывідуальны профіль функцыянальнай асіметрыі галаўнога мозгу (ІПФА) (даследаванне А. В. Наконечнай сумесна з Т. І. Цяцёркінай па камп'ютарызаванай метадыцы, распрацаванай у Рэспубліканскім навукова-практычным цэнтры праблем чалавека БДУ): маторыка рук – без перавагі, Кпр = -10%, вядучая нага – правая, вядучае вока – левае, слых ва ўспрыманні моўных стымуляў – без перавагі, Кпу = 6,7%; Кпр/Кпу = -1,5. Па дадзеных нашых даследаванняў менавіта такі, пераважна сіметрычны (па маторыцы рук і слыху) ІПФА з інверсіяй каэфіцыентаў асіметрыі рук і слыху з'яўляецца характэрным для пацыентаў Ш з неспрыяльным цяжэннем хваробы і фарміраваннем рэзістэнтнасці да лячэння.

Абмеркаванне. Падчас канферэнцыі былі выказаны неадназначныя думкі ў дачыненні да дыягназу, ацэнкі клінічнай сімптоматыкі, у тым ліку, кваліфікацыі выяўленых у пацыенткі стэрэатыпій, іх суадносінах з рытуальнымі паводзінамі.

На наш погляд, для высвятлення адчування пацыентамі думак і імпульсаў як прыналежных ім, мала задаць пытанне, ці разглядаюць самі пацыенты іх як свае ўласныя або навязаныя звонку, бо часта яны не ў стане зрабіць падобнай ацэнкі. Для вызначэння ступені аўтэнтчнасці думак і адвольнасці рухаў патрэбны больш глыбокі аналіз ўсёй клінічнай карціны расстройтва, што можна зрабіць, калі акцэнтаваць увагу на прасторава-часовай арганізацыі свядомасці пацыентаў.

У якасці асноўных пры вызначэнні ступені аўтаномнасці псіхічнай сферы чалавека мы выдзяляем катэгорыі «сваё» і «чужое», якія адлюстроўваюць суадносіны індывідуальных прасторы і часу з прасторава-часавымі характарыстыкамі свету. У здаровых тыя і другія звычайна знаходзяцца ў суладдзі, што забяспечвае адаптацыю людзей да рэчаіснасці. У сітуацыях, якія выклікаюць у чалавека псіхаэмацыйнае напружанне, часта мае месца актывізацыя міфалагічных уяўленняў. Навакольны свет успрымаецца як такі, што нясе ў сябе пагрозу для функцыянавання і існавання чалавека. Ад апошняй ён імкнецца пазбавіцца шляхам магічна-рытуальнай дзейнасці, у прыватнасці, з дапамогай ТАР.

У нашых ранейшых працах паказана, што ў свядомасці як здаровых, так і пацыентаў з Ш можна выдзеліць тры асноўныя прасторава-часавыя сферы: 1 – ідэальную (сакральную), 2 – рэальную і 3 – скажоную (дэрэалізаваную)

[7; 8]. На аснове вывучэння дэрэалізацыйных станаў у суб'ектаў ТАР і пацыентаў з Ш намі выяўлены пераважная значнасць для змены станаў свядомасці той скажонай прасторава-часовай сферы, што названа *антысветам*, пры перажыванні якога псіхічная дзейнасць чалавека выступае як супрацьлеглая, *люстрана сіметрычная* існуючай у рэальнасці. Паказана, што менавіта індывідуальныя характарыстыкі свету, у якім адчувае сябе чалавек, вызначаюць яго ўспрыманне, пачуцці, якасць і хаду яго думак, а таксама паводзіны.

У свядомасці выканаўцаў **ТАР** «антысвет» ураўнаважваецца «ідэальным», («сакральным») светам, які адыгрывае ролю абаронцы рэальнага. Пры выкананні рытуалаў прад'яўляецца патрабаванне асаблівай чысціні да месца і часу іх здзяйснення і «правільнасці» рытуальных рухаў. Напрыклад, прадпісвалася выконваць рытуалы ў адзіноце (быць убачаным – значыць забрудзіць сваю прастору), у ранні (г. зн. найбольш чысты) час, выкарыстоўваць асвечаную ваду і г. д. У якасці аберагальных сродкаў амаль у кожным рытуале выкарыстоўваюцца магічныя лічбы і магічныя (ідэальныя па сваёй пабудове) фігуры. Сярод іх асаблівая міфасемантычная важнасць надаецца лічбе 3, а таксама колу як ідэальнай ратавальнай прасторы.

У суб'ектаў ТАР свае прастора і час **выразна аддзяляюцца** ад чужых, існуюць у апазіцыі (*сваё – чужое*). Мэта рытуалаў, нягледзячы на іх ірацыянальную аснову, – **апатрапеічная**, духоўна-этычная, накіраваная на захаванне жыцця, здароўя і працаздольнасці дзеля бесперапыннага існавання чалавека як біялагічнага віду. Калі ставіць на першы план прасторава-часавую арганізацыю псіхічнага стану выканаўцаў народных рытуалаў, то можна казаць, што мэта апатрапеічнага рытуала заключаецца ў вяртанні свядомасці чалавека да рэальнасці. Такая магічна-рытуальная дзейнасць мае адаптацыйны характар. Працягласць разгорнутых ТАР звычайна невялікая, па-за імі людзі вяртаюцца да звычайнай штодзённай жыццядзейнасці.

Раней намі была зроблена спроба апісаць адметнасці індывідуальных прасторы і часу і іх суадносіны з навакольным светам у пацыентаў з АКР [9]. Аднак вынесеныя на клінічны разбор пытанні, што да прадстаўленага назірання, прымушаюць звярнуць больш пільную ўвагу на новыя важныя моманты, якія кранаюць сферу свядомасці пацыентаў і магічныя механізмы яе трансфармацыі.

Мэтай рытуалаў, што выконваюць пацыенты з **АКР**, па сутнасці, з'яўляецца стварэнне для сябе «суперчыстых» да стэрыльнасці замкнёных прасторы і часу з ідэальным парадкам. Гэта азначае, што *сваё* ў свядомасці ператвараецца ў *ідэальнае*. Але пры той значнасці, якая надаецца ідэальнаму свету, апошні ў пацыентаў з АКР міфасемантычна не распрацаваны, прадстаўлены крайне бедна – у выглядзе «голай» лічбавай сімволікі з наданнем звышзначэння кротнасці выканання рытуалаў і імкнення стварыць для сябе звышчысты асабісты свет. Яму найбольш адпавядае эканомная і абсалютна сіметрычная ва ўсіх прасторава-часавых каардынатах мадэль магічнага кола.

Прычынай жа абсалютызавання ідэальнага з'яўляецца ўспрыманне пацыентамі вонкавых прасторы і часу як чужынскага, варожага «антысвету», што ўвасабляе бруд, распад і смерць [10]. Канцэпцыя апошняга пры АКР таксама не мае міфасемантычнай распрацоўкі. Але яго агульная ацэнка крайне нэгатыўная, са значэннем вітальнай пагрозы для пацыента. Апазіцыя «свайго» і «чужога» у свядомасці

ці рэзка абстрааецца (сваё ↔ чужое). Пацыенты катэгорычна адмяжоўваюцца ад агрэсіўнага для іх «антысвету», а заадно і ад рэальнага жыцця. Адчуванне вонкавай небяспекі захоўваецца працягла час, пры гэтым насамрэч пагроза малаверагодная, у рэальнасці нічога звышардынарнага не адбываецца. Аднак яна ўспрымаецца як надзвычай актуальная, існуючая штодзённа, ад якой пацыенты імкнуцца пазбавіцца шляхам магічных рытуалаў. У супрацьлегласць гэтаму для выканаўцаў ТАР вонкавая пагроза звычайна рэальная або высокаверагодная.

У сувязі з гратэкснасцю апазіцыі «свайго» і «чужога» і губляюцца зносіны з рэальным светам у свядомасці пацыентаў адбываецца значная змена.

Індывідуальная прастора абмяжоўваецца, становіцца замкнёнай, індывідуальны час не накіраваны, як мае быць, наперад, з мінулага ў будучыню, а нібыта рухаецца па колу. Гэта праяўляецца «зацыкліваннем» думак і рухальных актаў, якія могуць паўтарацца ў нязменным выглядзе амаль бясконца, як сапсаваная кружэлка. Для параўнання: у ТАР колькасць паўтараў строга рэгламентавана (звычайна да трох) і працягласць рытуалаў адпавядае актуальнасці вонкавай пагрозы.

Навакольны свет не толькі не цікавіць пацыентаў з АКР, яны актыўна адваргаюць яго. Адасобленасць ад рэчаіснасці вядзе да збыднення іх псіхічнага жыцця. Унутраны свет пацыентаў звужаецца да штучных, схематычных памераў і нагадвае замкнёную «капсулу».

Уся творчая сфера, у тым ліку, міфалагічная, рэдуцыравана. Міфасемантыка моўна-рухальнай рытуальнай актыўнасці пацыентамі не ўсведамляецца, яна схавана ў глыбіні самой з'явы і звязана з абсалютызаваным «чысціні» індывідуальных прасторы і часу. Рытуалы не грунтуюцца на аформленых уяўленнях пра існаванне звышнатуральных сіл, іх вобразы рэдка фігуруюць у самаапісаннях. Маўленне і рухі падчас рытуалаў выглядаюць бессэнсоўнымі, недарэчнымі, празмернымі. Матывацыя гэтай дзейнасці не апраўдана рэальнай сітуацыяй. Пры гэтым уласна магічны складнік мыслення гіпертрафаваны: пацыентам здаецца, што толькі думаючы або дзейнічаючы пэўным чынам, можна адасобіцца ад варажага свету.

Мысленне пацыентаў абеднёнае, фармальнае. Думкі застраюць на адной тэме, што суправаджаецца суб'ектыўным адчуваннем навізлівасці. З прычыны адмежаванасці «свайго» ад «чужога» думкі і рухі пацыентаў захоўваюць сваю аўтэнтычнасць, а рытуалы, нягледзячы на іх немэтазгоднасць, – апатрапеічную мэту. Пры гэтым сістэма каштоўнасцяў рэзка звужана: пацыенты засяроджаны выключна на сваёй асобе і здзяйсняюць магічныя рытуалы для аберагання саміх сябе, асабліва свайго здароўя, таму мэту рытуалаў можна разглядаць як эгацэнтрычна-апатрапеічную. Для параўнання: у аксіялагічную сістэму выканаўцаў ТАР уваходзяць людзі ў шматлікіх жыццёвых сітуацыях (дзеці, цяжарныя жанчыны, маладыя, што ўступаюць у шлюб, прадстаўнікі важных або небяспечных прафесій), маюць, свойскія жывёлы, карысныя расліны і г. д.

Прасторавы-часавыя параметры свету, што існуюць у свядомасці пацыентаў з Ш, і адпаведныя ім клінічныя праявы падрабязна апісаны намі ў ранейшых працах [4; 7; 8]. Адзначым, што сфера ідэальнага ў «чыстым выглядзе» тут не прадстаўлена, а спалучаецца з элементамі скажоных прасторы і часу. Свядомасць значна міфалагі-

завана і амаль цалкам занята «антысветам». У пацыентаў з Ш сваё не аддзяляецца ад чужога, а тоесна, сіметрычна яму (сваё = чужое). Межы індывідуальных прасторы і часу разбураюцца, страчваецца падзел паміж сваім і чужым, ксенаформнае ўкараняецца ў свядомасць (адсюль «адкрытасць думак», сімптомы псіхічнага і рухавага аўтаматызмаў і г. д.), сваё адчуваецца і разрастаецца да касмічных памераў. Галоўны вынік гэтых працэсаў – страта чалавекам сваёй індывідуальнасці, што, згодна з МКБ-10, з'яўляецца фундаментальным парушэннем пры Ш.

Міфатворчасць пацыентаў на ранніх этапах развіцця Ш нярэдка інтэнсіўная і неардынарная, адлюстроўвае ахопленасць «тым светам». Многія заяўляюць, што імі авалодалі пазабакковыя сілы, якія кіруюць іх думкамі, пачуццямі і паводзінамі. Апошнія выяўляюць супрацьлегласць прынятым у грамадстве і праяўляюцца «антыпаводзінамі».

Мысленне пацыентаў, свядомасць якіх абумоўлена лустрана сіметрычным у дачыненні да рэальных прасторы і часу *антысветам* (або *парасветам*), набывае выразна **паралагічны** характар.

Апатрапеічная магічна-рытуальная дзейнасць як такая не характэрна для пацыентаў з Ш Рытуалы, што часам назіраюцца пры Ш, характарызуюцца вычварнасцю, немэтанакіраванасцю, бессэнсоўнасцю. Хаця ў іх і могуць гучаць матывы «выратавання» ад уяўнай небяспекі, яны нічога агульнага не маюць з рэальнымі патрэбамі пацыентаў. Пры гэтым дэкларуюцца «глабальныя» мэты, напрыклад, выратаванне чалавецтва ў сусветных маштабах.

Што да кататаніі, праявы якой назіраліся ў апісаным вышэй выпадку, то ў крайніх па сваёй выразнасці праявах падчас яе прастора для пацыентаў увогуле губляе сваю актуальнасць, а час як быццам спыняецца, псіхічная дзейнасць пры гэтым нібыта перастае існаваць, што, судзячы па рэхалалічных, рэхапраксічных, двухбакова-сіметрычных рухальных феноменах, а таксама раптоўных станах псіхаматорнага ўзбуджання са стэрэатыпнымі сіметрычнымі рухамі, суправаджаецца *люстранай сіметрызацыяй* індывідуальных прасторы і часу.

Часта кататанічныя сімптомы знешне нагадваюць тыя, што назіраюцца пры так званых станах псіхічнага «дэфекту». Пры апошніх, якія наступаюць пасля высілення актыўнасці *антысвету*, адбываецца спустошанне, мінімізацыя псіхічнага жыцця пацыентаў. Яго галоўнымі праявамі становяцца ўласна стэрэатыпіі. Асобныя гукі, выкрыкі, абрыўкі фраз, адныя і тыя самыя пытанні, нялепыя выказванні, вычварныя рухі шматкратна паўтараюцца ў нязменным выглядзе. Вельмі паказальныя пісьмовыя стэрэатыпіі, што складаюцца з беззмястоўных мудрагелістых знакаў, якія шаблонна дублююцца пацыентамі, запаўняючы весь іх вольны час. Яны не носяць характар навізлівасцяў, не абцяжарваюць пацыентаў. На пытанні, што прымушае іх так рабіць, пацыенты нічога не могуць адказаць, або гавораць, што так адбываецца «само сабой». Такі самы характар мелі стэрэатыпіі падчас выбудовы рада з кавалкаў ежы пацыенткаю К., прадэманстраваўшы, што стэрэатыпіі могуць быць мацнейшымі за вітальны інстынкт. Менавіта стэрэатыпіі паўстаюць як ледзь не асноўная форма псіхічных праяваў Ш на яе канечных этапах.

Можна канстатаваць, што ў фінальнай стадыі Ш адбываецца дэактуалізацыя індывідуальнай прасторы і пасабленне значнасці, нівелявання індывідуальнага часу,

таксама, верагодна, звязанная з іх сіметрызацыяй. Аднак, улічваючы характар моўна-рухальных і іншых стэрэатыпій, што назіраюцца ў клінічнай карціне, можна казаць, што сіметрыя тут носіць не люстрана сіметрычны, а іншы, – шаблонны, рэплікацыйны характар, параўнальны з працэсам капіявання і множання. На наш погляд, менавіта тут схаваны механізм стэрэатыпізацыі моўна-рухальных праяваў пры псіхічных расстройтвах. Бо для атрымання копіі неабходна спачатку зрабіць люстраны адбітак арыгіналу і затым здзейсніць яшчэ адзін паварот вакол інверснай восі (падвойны люстраны паварот). Толькі пасля гэтага магчыма множанне копіі (рэалізацыя сіметрыі пераносу). Як мяркуецца, перадумовы для рэплікацыі і множання маюцца ў саміх змененых прасторы і часе ў свядомасці пацыентаў. Павароты ж у прасторы і часе спачатку на 180° , затым – на 360° , што фарміруюць розныя тыпы сіметрыі, на нашу думку, адлюстроўваюць стадыі цячэння шызафрэніі і абумоўліваюць нівеляванне псіхічнага жыцця на канечных этапах хваробы.

Верагоднасць такіх прасторава-часавых змен пацвярджаецца апісаным Н. Н. Брагінай і Т. А. Дабрахотавай паваротам сітуацыі на 180° пры параксізмальных псіхатычных станах пры эпілепсіі [2], а ў нашых назіраннях – яшчэ і на 90° [5], а таксама выяўленым намі непараксізмальным феноменам зваротнай паслядоўнасці вуснага маўлення і пісьма, які выступае як узор цячэння індывідуальнага часу ў зваротным кірунку [6].

Калі ўявіць прастору і час у выглядзе цыферблата гадзінніка, дзе прастора падзелена на правую і левую палову з сегментамі ўнутры кожнай з іх, а час рухаецца ў зваротным (супраць гадзіннікавай стрэлкі) кірунку, то яе рух можна параўнаць з прасторава-часавымі зменамі ў свядомасці здравых і пацыентаў з вывучанымі псіхічнымі зрухамі такім чынам: у прасторава-часавым сегменце да 90° знаходзяцца ТАР з малой актуальнасцю пагрозы – т. зв. «ахоўныя» і «рэгулярна-засцерагальныя рытуалы». Тут, верагодна, знаходзяцца некаторыя выпадкі дэбюту Ш, дзе змены цалкам зваротныя; далей да 180° – ТАР з высокай актуальнасцю пагрозы – «абаронныя» і «знішчальныя», АКР, актыўныя псіхатычныя станы пры Ш, спалучэнні апошніх з абсесійна-кампульсійнай сімптоматыкай, да 135° – магчыма суіснаванне кампульсій з неактыўнай, пераважна брэдавай, псіхатычнай сімптоматыкай, а таксама з банальнымі стэрэатыпіямі, пры набліжэнні да 360° апошнія цалкам фарміруюць карціну Ш. Кататанія, а таксама АКР у іх крайніх праявах, дзе мае месца абсалютная люстраная сіметрыя (180°), могуць маркіраваць мяжу, па-за якой зварот змененых прасторы і часу да зыходнага ўзроўню немагчымыя. Нагадаем пра сіметрычны ІПФА з матарна/сенсорнай інверсіяй паказнікаў асіметрыі пацыенткі К.

Няцяжка заўважыць, што на правым баку «цыферблату» апынулася прадукцыйная сімптоматыка, калі ў свядомасці пацыентаў існуюць антыпрастора і антысвет, а на левым – негатыўная з прасторава-часовай дэзактуалізацыяй, дзе ўжо прыойдзена мяжа да поўнай інверсіі індывідуальных прасторы часу.

Можна думаць, што ўсе апісаныя станы свядомасці, звязаныя з прасторава-часовай арганізацыяй індывідуальных прасторы і часу як здравых, так і пацыентаў з псіхічнымі расстройтвамі, можна падзяліць паводле відаў сіметрыі – люстранай і сіметрыі пераносу. У свеце такіх уяўленняў становіцца зразумелай магчымасць перахо-

ду першай у другую з трансфармацыяй адной назалагічнай формы псіхічнага расстройтва ў іншую, у прыватнасці, – АКР у Ш. Тое, на наш погляд, і сталася ў пацыенткі К, у якой развіццё псіхічнага расстройтва адбывалася па лініі: АКР → Ш з прадукцыйнай сімптоматыкай з пераходам ў кататанію і, далей, – у Ш з дэфіцытарнай сімптоматыкай, што суправаджалася трансфармацыяй кампульсій ў характэрныя для Ш стэрэатыпіі. Адзначым, што ў пацыенткі рытуальныя паводзіны захаваліся ў астатковым выглядзе, а на першы план выйшлі бессэнсоўныя вычварныя стэрэатыпіі.

Цікава, што па меры павелічэння працягласці Ш адбываецца пераразмеркаванне ІПФА, дзе больш частымі з'яўляюцца профілі з сіметрыяй матарных і сенсорных функцый, а пры неспрыяльным цячэнні хваробы – у межах сіметрычнага профілю асіметрыі адзначаецца яшчэ і інверсія паказнікаў асіметрыі, дзе выразнасць асіметрыі слыху ва ўспрыманні моўных стымуляў пачынае пераважаць такую ў матарыцы рук (тады як у здравых наадварот). Але гэта не азначае ўзмацнення моўнай асіметрыі, а проста адбываецца выпадзенне слыхавых сігналаў, што паступаюць з левай часткі прасторы, што паказвае на непаўнавартаснае функцыянаванне правага паўшар'я галаўнога мозгу, адказнага за ўспрыманне прасторы і часу. Змена відаў сіметрыі і апісаная намі прасторава-часавая інверсія, відавочна, мае дачыненне да функцыянальнай асіметрыі мозгу. Нагадаем пра сіметрычны ІПФА з матарна/сенсорнай інверсіяй паказнікаў асіметрыі пацыенткі К.

І хаця гэта можа падацца пакуль нязвычайным, мы ўпэўненыя, што па спалучэннях клінічных сімптомаў можна вызначыць верагодны градус павороту прасторы і часу ў свядомасці пацыента. І наадварот, паводле велічыні гэтага павороту, можна акрэсліць магчымую ў дадзеных прасторава-часавым сегменце сімптоматыку.

Такім чынам, дзякуючы прасторава-часовай канцэпцыі псіхічных расстройтваў з прыцягненнем агульнанавуковага прынцыпу сіметрыі намі паказана магчымасць вымярэння зменаў свядомасці чалавека ў геаметрычных каардынатах. Вялікае значэнне пры гэтым мае выяўленне тых сімптомаў, паводле якіх можна вычленіць сімптомы-маркеры люстранай сіметрыі або сіметрыі пераносу і адпаведны вугал прасторава-часовага павороту ў свядомасці пацыентаў.

На аснове прапанаванай канцэпцыі становіцца магчымым больш глыбокае асэнсаванне сутнасці псіхічных зменаў пры АКР і Ш і прадстаўляюцца новыя арыенціры да іх дыферэнцыяльнай дыягностыкі. Існаванне апатрапеічнай мэты рытуалаў і ступень адмежаванасці пацыентаў ад дэрэалізаванага (а затым – і рэальнага) свету з'яўляюцца крытэрыямі для дыферэнцыяцыі АКР ад Ш.

Літаратура

1. Крылов, В. И. Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств) / В. И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 4. – С. 8–13.
2. Брагина, Н. Н. Функциональные асимметрии человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
3. Корсак, В. У. Таямніцы беларускіх абрадаў / В. У. Корсак. – Мінск: Беларусь, 2013. – 232 с.
4. Принцип симметрии в изменениях сознания субъектов магических апотропеических ритуалов и пациентов с шизофренией / Т. И. Тетеркина [и др.] // Рос. психиатрич. ж. – 2014. – № 2. – С. 55–61.
5. Тетеркина, Т. И. Эпилепсия и функциональная асимметрия головного мозга / Т. И. Тетеркина, Т. А. Доброхотова, Ф. В. Олешкевич; под ред. Т. И. Тетеркиной. – Минск, 1993. – 130 с.

6. Тетеркина, Т. И. Феномен обратной последовательности устной речи и письма / Т. И. Тетеркина, Ф. В. Олешкевич, Т. А. Доброхотова // Здоровоохранение Белоруссии. – 1985. – № 3. – С. 74–75.

7. Цяцёркіна, Т. І. «Антысвет» у архаічнай грамадскай свядомасці і ў клініцы шызафрэніі / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак, А. П. Гелда // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 2 (12). – С. 112–117.

8. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Міфатворчасць і стэрэатыпіі ў этнакультуры і пры псіхічных растройствах / Т. И. Тетеркина, В. У. Корсак // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1 (32). – С. 33–43.

9. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Феномен міфалагічнага (магічнага) мыслення, яго асаблівасці пры псіхічных растройствах: сувязь з дэрэалізацыяй прасторы і часу / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Клинико-психологические аспекты медицинской практики: Материалы област. науч.-практич. конф., посв. 20-летию медико-психологического ф-та УО «Гродненский гос. медицинский ун-т», 25 октября 2013 г. / редкол.: В. А. Снежинский (отв. ред.) и др. – Гродно: ГрГМУ, 2013. – С. 227–232.

10. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс // Педагогическая библиотека [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.pedlib.ru/Books/3/0296/3_0296-1.shtm.