

ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9:111.82

DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-375-383

**ТРАНСЦЕНДЕНТАЛЬНОЕ ЕДИНСТВО АППЕРЦЕПЦИИ
ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ НЕНОРМАЛЬНОСТИ**

Косилова Елена Владимировна

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

В статье рассматривается трансцендентальное единство апперцепции при психических заболеваниях: шизофрении, хроническом бредовом расстройстве и расстройствах аутистического спектра. При шизофрении, в состоянии онтологической неуверенности, происходит расщепление Я на истинное и ложное. Трансцендентальное единство апперцепции связывается с ложным Я, и больной переживает это как потерю своего истинного Я. Для больных с расщепленным Я характерен особый язык, который на первый взгляд непонятен для окружающих. После приступа представления больного о норме меняются, и ему кажется, что окружающие не понимают его. Необходимо создание условий защищенности для больного, при которых его истинное Я могло бы совместиться с его ложным Я, и единство апперцепции восстановилось бы в полном объеме. При хроническом бредовом расстройстве искается глубинная интенциональность, что приводит к сдвигу ядра личности. Мысли оказываются разделены на два потока, из которых один связан со светлым участком сознания, второй — с искаженным личностным ядром. Единство апперцепции оказывается связанным с искаженным ядром, но само по себе не нарушается. В этом случае необходимо установление коммуникации с больным на его «смысловой территории», установление эмпатических отношений с ним, социализация больного. При расстройствах аутистического спектра трансцендентальное единство апперцепции практически пропадает совсем, поскольку не формируется внутренний план сознания. Задачей здесь является восстановление нормотипической структуры субъектности: создание внутреннего плана сознания, укрепление трансцендентального единства апперцепции. Рекомендуется общая техника такого укрепления.

Ключевые слова: трансцендентальное единство апперцепции, шизофрения, хроническое бредовое расстройство, аутизм, интенциональность, глубинное ядро личности.

**TRANSCENDENTAL UNITY OF APPERCEPTION
IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS**

Elena V. Kosilova

Lomonosov Moscow State University

The paper deals with transcendental unity of apperception in patients with mental disorders: schizophrenia, chronic delusional disorder and autistic spectrum disorders. In schizophrenia, in the state of ontological insecurity, the Self divides into true and false ones. The apperception transcendental unity connects with false Self, and the person feels the loss of his true Self. Persons with the divided Self use a special language, which causes misunderstanding with others. In this case we need to provide such conditions of security for the patient, in which his true Self could be combined with his false Self so that the transcendental unity of apperception could restore. In delusional disorder, the deep intentionality corrupts, which results in the shift of the personality core. The transcendental unity of apperception connects with the corrupted core, but does not get corrupted itself. The task in such a case is to establish the communication with the patient on the area of his senses, to establish emphatic relations with him, and to socialize him. In autistic spectrum disorder, the transcendental unity of apperception almost disappears, because the inner space of consciousness is not formed. In this case task is

to restore the normotypical structure of subjectivity: the formation of the inner space of consciousness, the improving of the transcendental unity of apperception. A general method of such improving is recommended.

Keywords: transcendental unity of apperception, schizophrenia, delusional disorder, autism, intentionality, deep core of personality.

Вопрос о психической норме в общей психологии и психиатрии остается дискуссионным. Фактически удовлетворительной формулировки психической нормы на сегодняшний день нет. Есть только критерии различных болезней, а норма определяется отрицательно, через отсутствие данных болезней. Но люди чрезвычайно разнообразны, и практики, которыми приходится заниматься в современной культуре, также нетрадиционны, разнообразны и не поддаются ранжированию на «нормальные» и «ненормальные». Ниже мы постараемся рассмотреть некоторые субъектные сдвиги при психических болезнях и дать свое определение нормы. Прежде всего мы рассмотрим изменения, происходящие с трансцендентальным единством апперцепции при шизофрении и хроническом бредовом расстройстве.

Патология субъекта

Будем говорить о глубинной интенциональности [Гуссерль Э., 1998]. Это направленность ядра личности, которая определяет проекты и долговременную деятельность субъекта. На основе глубинной интенциональности порождаются акты интенциональности внешней. Глубинная интенциональность формирует ядро личности, его ценности и приоритеты, его жизненный проект. К глубинной интенциональности относится трансцендентальное единство апперцепции, Я субъекта. Это основа его цельности, которая никогда не пропадает, может только действовать сильнее или слабее, может сдвигаться и уходить как бы совсем в глубину, не действуя уже на акты внешней интенциональности. Тогда субъект как бы внешне и внутренне разделен. Лэйнг писал, что «подлинное» Я больного отщепляется от «ложного» Я его тела [Лэйнг Р.Д., 1995]. Если можно так выразиться, больной живет двумя жизнями — глубинной и внешней. Когда два Я больного смешиваются, когда глубинное Я приступает наружу, то это выглядит как аутизм с его расщепленностью мышления и речи. Без контакта с подлинным Я внешнее Я как бы рассыпается, оно превращается в хаос мышления, с его эхолалией, перескоками с темы на тему. Но трансцендентальное единство апперцепции никогда не расщепляется. Оно всегда остается связанным с подлинным, глубинным Я. Лэйнг называл состояние расщепления двух Я

«онтологической неуверенностью» [Лэйнг Р.Д., 1995]. Онтологическая неуверенность (ontological insecurity) — это такое состояние, при котором у больного не хватает бытийных сил; это глубинное поражение чувства самого бытия. Больной не переживает свое бытие, свою свободу, ему начинает казаться, что мир отдаляется от него, что им управляют, что на него оказывается какое-то сугестивное воздействие. Чтобы защититься от угрожающего мира, подлинное Я больного уходит «в себя», в глубину его внутреннего мира, а «вовне» остается ложное Я, которое берет на себя нагрузку действия в мире. Лэйнг не писал о трансцендентальном единстве апперцепции, но мы можем сделать предположение, что оно как бы осциллирует, то приближаясь к внешней интенциональности, то уходя на глубину. Также вполне вероятно, что оно остается связанным с внешним, ложным Я. Ниже будет написано, каково основания для такого предположения (вкратце говоря — потеря чувства настоящего Я) [Шарфеттер Х., 2011].

Попадание в ситуацию относительно кратковременной и обратимой «онтологической неуверенности» не часто, но случается с каждым нормальным человеком на протяжении всей его жизни. Это происходит тогда, когда в привычном до неосознаваемости контексте причинно-следственных связей вдруг возникает непредсказуемая ситуация, выводящая его из равновесия и динамической стабильности, в результате чего искажается, сужается или блокируется восприятие ранее безусловно узнаваемых им на основе сложившихся представлений предметов и явлений, а также восприятие явлений, познаваемых им вне наличного опыта. Инерция единства апперцепции у большинства здоровых людей настолько велика, что кратковременные колебания основ этого единства остаются малозаметными, не влекут за собой фатальных последствий и сохраняются в памяти чем-то вроде приключений, будь то любовная привязанность, кратковременный алкогольный эпизод или, например, увольнение с работы.

Онтологическая неуверенность у человека, пребывающего в остром психозе или перенесшего его, в психозе, пошатнувшем самые основания трансцендентального единства апперцепции, как

бы переводит это единство на иной уровень, и тогда на смену привычной инерции уверенности в размеженном и предсказуемом бытии приходит стойкая инерция неуверенности ни в чем. Причинно-следственные связи рвутся и распадаются, время ускоряется, замедляется или останавливается совсем, привычные предметы и явления становятся неузнаваемыми, слова теряют старые значения и/или приобретают новые, а между ними возникают новые связи. Старая реальность утрачивает свою актуальность и значимость под давлением устрашающей нереальности произошедшего и происходящего, не описываемых средствами прежнего языка, морфология с орографией и грамматика которого претерпевают фундаментальную трансформацию, со стороны кажущуюся нелепой, а по существу по-новому закономерно обусловливаемую произошедшей с Я катастрофой. Я регенерирует в единство редуцированное и «со сдвигом». Все это на простом языке потерпевший мог бы описать словами: «Попал в непонятное и теперь живу там».

Состояние ядра личности пациента зависит от того, какой болезнью он страдает. Мы будем рассматривать шизофрению и хроническое бредовое расстройство. Шизофрения — это, преимущественно, болезнь воли. При шизофрении происходит то, что было описано выше как онтологическая неуверенность. Для простой шизофрении характерны поражение бытийных сил, волевой упадок, эмоциональная недостаточность, отсутствие чувства Я, распад личности. При параноидной форме шизофрении к этому добавляется бред и галлюцинации. Важно отметить, что, в отличие от хронического бредового расстройства, при котором бред возникает на фоне неизмененной психики, при параноидной шизофрении бред сопровождается всеми шизофреническими явлениями: упадком воли, распадом личности, чувством недостатка бытия и бессилия Я. И, как уже было сказано, расщепление Я при всех формах шизофрении носит защитный характер.

При хроническом бредовом расстройстве расщепления Я не происходит. Глубинная интенциональность как бы «сдвигается», упираясь в одну точку — сверхценную бредовую идею. Она становится ригидной, определяя собой всю личность больного. Единство апперцепции не нарушается при хроническом бредовом расстройстве, оно «сдвигается» вместе с ядром личности. Больной осознает себя, находится в относительно светлом состоянии сознания. Трансцендентальное единство апперцепции, как у здоровых, связывает его

мысли в единый поток, который он считает своим естественным потоком мышления.

Но при этом из его сдвинутой глубинной интенциональности приходит как бы второй поток, который связывается единством апперцепции с первым потоком. Это поток его бредовых построений. Этот поток ригиден и для субъекта представляет высокую ценность. Часто он так сильно смешивается с первым потоком, что для больного они едины. Например, при бреде преследования больной везде видит преследователей, хотя в остальном сохраняет ясность личности.

Особый язык больных с расщепленным Я характеризуется перескакиваниями мысли, сближением фонетических ассоциаций, рифмовкой, неологизмами, часто нелитературной лексикой.

Больной И.К. (орфография выправлена мной. — Е.К.):

«...в 12 час ночи. Диаметр нашей, диаметр нашей Галактики. Нашей Галактики диаметр. Диаметр. Диаметр между солнцем и землёй, между землёй и солнцем, диаметр. Зенит в 12, двенадцать часов дня... Настоящие слагается из Будущего и Прошлого. Прошлое плюс Будущее есть Настоящее. Солнце живет постоянно в Будущем. Ночью сфера, днём атмосфера...

Днём мы живём в Будущем, а ночью мы живём в Прошлом. Днём мы находимся в конце нашей Вселенной, Вселенной, и смотрим в Будущее. А ночью смотрим вспять...

Учёный класс всего мира стремится время удержать в своём кулаке. Держите, *** с вами. Посмотрим, на какую же*** вы, б*****, сядете...

Вселенная в моём кулаке...

Моя задача превзойти самого Бога, но не покориться ему».

Второй пример:

«Родился на улице Герцена. В гастрономе № 22. Известный экономист. По призванию своему библиотекарь. В народе — колхозник. В магазине — продавец. В экономике, так сказать, необходим. Это, так сказать, система... эээ... в составе 120 единиц. Фотографируйте Мурманский полуостров — и получаете te-le-fun-ken. И бухгалтер работает по другой линии. По линии "Библиотека". Потому что не воздух будет, а академик будет! Ну вот можно сфотографировать Мурманский полуостров. Можно стать воздушным асом. Можно стать воздушной планетой...».

Трудно говорить о постоянном трансцендентальном единстве апперцепции, когда мысли субъекта так скачут с одной темы на другую. Но для

него это одна и та же тема, причем для него очень значимая. Он не считает нужным делать свой язык понятным для окружающих: его глубинное Я не находится в коммуникации с ними. По всей видимости, он разговаривает с воображаемыми собеседниками, которые, как его собственные порождения, конечно, понимают его. Лакан писал, что в глубине бессознательного все время длится ход речи, и эта речь не связана с реальностью, она символическая и связана по законам символов. Если здоровый субъект, по Лакану, до некоторой степени распоряжается языком — может вступить в осмысленную коммуникацию, — то у больного язык полностью овладевает субъектом. Это некоммуникативный язык, это сфера символического, занимающая бессознательное, а в тяжелых случаях и всю сознательную сферу субъектности [Лакан Ж., 2000]. О важности понимания символов больного писал и Ясперс. Он писал, что понимание больного — это всегда истолкование, и истолкование символов позволяет а) лучше понять больного, б) перевести символику на понятный сознательный уровень, что будет способствовать адекватизации речи, в) косвенно управлять больным [Ясперс К., 1997]. О важности косвенного управления мы еще скажем ниже.

При дереализации, деперсонализации и таких синдромах, как синдром Кандинского-Клерамбо, больной чувствует, что все вокруг стало нереальным, сам он нереален и его мысли открыты, ему вкладывают их в голову. Дереализация — это такое состояние, когда мир вокруг теряет реальность, кажется отодвинувшимся, незнакомым. При деперсонализации появляется чувство нереальности собственного Я. При синдроме Кандинского-Клерамбо больной чувствует открытость своих мыслей, свою прозрачность для мыслей окружающих. Часто это сочетается со страхом, что его собственные мысли не принадлежат ему, что они вложены ему в голову посторонними [Жмурев В.А., 1995, Тиганов А.С., 2011].

Что происходит с Я больного? Оно теряет свою глубинную интенциональность, которая из «вектора» превращается в чисто потенциальную структуру, готовую, правда, возобновить свою векторную природу, когда болезненное состояние пройдет. Трансцендентальное единство апперцепции также отчуждается, машина мыслей работает как бы помимо Я больного. Я уходит на глубину, как будто прячется в пещеру. Больной не чувствует своего Я. Как такое может быть? Как Я может не чувствовать Я — возможно, этих Я два? Лэйнг так и считал. Следуя за своим учителем Д. Винникоттом, он

говорил, что Я расщепляется на истинное и ложное Я, на живое глубинное Я, которое в нашем случае прячется, и на социальное Я, на маски, с которыми, однако, больной себя идентифицирует настолько, что теряет истинное Я, а не это, ложное. Если бы он идентифицировал себя с истинным Я, то впал бы в аутизм. Но состояние психического автоматизма — не аутизм. Трансцендентальное единство апперцепции связано в этом состоянии с ложным Я, утратившим ощущение бытия и жизни, но оставшимся «снаружи».

Аналогичным образом толкует возникновение псевдогаллюцинаций Фрейд. Он пишет, что отчужденное бессознательное не чувствуется больным как свое. Оно как бы посыпает ему голоса, чаще всего обвинительные. Это отщепившаяся совесть, глубинное бессознательное Сверх-Я. В норме субъект считает свое Сверх-Я своим собственным достоянием, хотя оно продолжает оставаться в значительной мере бессознательным. Здесь же оно полностью отчуждается от трансцендентального единства апперцепции больного, так, что он не переживает собственные мысли как свои [Фрейд З., 1999].

Отдельного анализа требует острый приступ психоза. Обычно он наступает по видимости внезапно, но на самом деле внутренняя подготовка к нему идет задолго до него самого. Сам приступ напоминает взрыв стихии. При хроническом бредовом расстройстве это «озарение», в которое разрешается подготовительное напряжение. При кататонической шизофрении это возбуждение, при параноидной — обрывки бредовых мыслей с непрекращающейся шизофазией и возбуждением. Как взрыв природной стихии, кажущийся нам непредсказуемым в своей разрушительности, является логичным итогом стечения вполне объяснимых физических обстоятельств, так и возникновение самого причудливого психоза бывает непостижимым разве что в начальной своей стадии. Но, как и предыдущий катаклизм, он вполне может быть реконструирован в своей истории, хотя уже задним числом, чаще всего — «по обломкам с черепками». Для этой реконструкции потребуются навыки герменевтики, психиатрическое чутье, а также опыт неоднократного пребывания, если не в самом очаге, то в непосредственной близости от него. Ясперс писал, что острому приступу нередко предшествуют сны, в которых больной в символическом виде предвидит, что с ним произойдет. О состоянии после приступа Ясперс пишет, что человек напоминает «выжженный кратер вулкана» [Ясперс К., 1997].

В состоянии острого приступа шизофрении трансцендентальное единство апперцепции как бы замирает. В душе и в уме наступает что-то вроде хаоса. Волевая составляющая субъектности оказывается не в состоянии удержать вырвавшееся из-под ее оков мышление. Нет места проектированию, самообоснованию, самокритике.

Острый приступ психоза является апофеозом некоторых видов душевной болезни. Приступ этот становится настолько сильным и ни на что не похожим переживанием, что после него обыденная реальность как бы вообще обнуляется, а большинство ранее привычных причинно-следственных связей оказываются крайне мало значащими. Обычных средств языка для его описания поначалу критически не хватает, а попытки объясниться, наталкивающиеся на потрясающее больного до глубины души непонимание родных и близких, а часто и врачей, являются провокатором типичной в этих случаях личностной редукции с отказом от коммуницирования по причине полной его бессмысленности [Фрит К., 2005].

После приступа у больного меняется представление о норме. Для многих больных первый приступ становится последним, после него наступает дефект личности, который считается практически необратимым («состояние выжженного кратера»). Больные как бы уходят в этот дефект, чтобы приступ не повторился. Норма становится недоступна для них, трансцендентальное единство апперцепции, их прошлое Я делается для них болезненным и непосильным. В дефекте ТЕА заглушено, как и все остальные психические реакции. Лэйнг для состояния дефекта использовал метафору «Призрак заброшенного сада» [Лэйнг Р.Д., 1995]. В этом саду «никого нет». Субъектность вместе со своим неотъемлемым единством апперцепции практически отсутствует. Но можно полагать, что она ушла на полную глубину, и там, в глубине, теплится ощущение жизни, не связанной ни с чем из настоящей реальности. Пока не найдены способы возвращать больных из состояния дефекта, но полностью надежду исключить нельзя.

Если после приступа полного дефекта не наступает, то больной возвращается или, в лучшем случае, к норме (рекуррентная шизофрения, по Снежневскому [Снежневский А.В., 1983]), или, чаще, в состояние сниженного психического функционирования (шубообразная шизофрения). Тогда представления о норме и ценностях, до сих пор не ставившиеся под вопрос, подвергаются де-конструкции, прямо пропорциональной силе пе-

ренесенного переживания. Больному приходится формировать «новые нормативы», отталкиваясь от произошедшего, и учиться жить в новой системе координат. Теперь наступает такое состояние, что больного, в его представлении, окружают непонимающие люди. Исходя из сказанного, норма для него относительно общепринятой выглядит или смещенней по вектору, или разбалансированной в той или иной степени. Как нормы мирного времени неадекватны, а иногда и губительны для условий военного времени, так и «старые добрые нормы» в глазах перенесшего психотический катаклизм человека практически полностью оказываются дискредитированными. В этой войне душевнобольной — единственный «в поле воин». И чаще всего он терпит поражение (за исключением случаев рекуррентной шизофрении). Однако трансцендентальное единство апперцепции возвращается к нему, даже если в этом сниженном состоянии он оказывается в значительной степени расщеплен. Его истинное Я, которое больше не может управлять им в полной мере, отходит от него, а ТЕА связывается с ложным Я, которое вынуждено приспособливаться к новым условиям бытия.

Норма субъекта и ее отношение к патологии

У здорового человека вектор глубинной интенциональности подвижен и одновременно устойчив. Смещаясь по требованиям ситуации, он возвращается к своему первоначальному положению, когда это возможно. Он служит основой его долговременных проектов, базисом его личности. Его личностное ядро мы будем считать несмещенным. Хотя уже здесь мы видим относительность нормы, так как среди людей, считающих себя здоровыми, есть достаточно много субъектов, чей вектор ригиден, а личностное ядро смещено в направлении какой-то сверхценной идеи. Однако Я здорового человека не расщепляется, его трансцендентальное единство апперцепции не связывается с его ложным образом, теряя подлинный. Человек может носить много масок, но при этом в смысле апперцепции он остается самим собой. Он не теряет представление о норме, его озарения, если они у него есть, рождаются не из глубины смещенного ядра личности, а связаны с какой-то внешней задачей.

Адекватная подвижность личности — один из критериев нормы, который становится явным при сравнении с болезненными явлениями. Большой погружен в свои переживания. Его глубинная интенциональность живет своей жизнью. Хотя у

здоровых мы можем найти «отклонения» от этой подвижности, например, при сильной влюбленности или при сильном увлечении каким-то открытием состояние иногда напоминает болезненное. Однако всегда есть внешний источник этого состояния. Влюбленность отличается от бредового озарения тем, что у нее есть внешний объект, а для больного внешние объекты являются лишь предлогом объективировать внутреннее состояние. И все-таки в этих двух случаях многое похожего.

Как должен относиться к больному лечащий его психиатр? Речь идет о хорошем, идеальном враче. Он всегда поначалу испытывает чувства отвержения, но затем его опыт заставляет его принять больного таким, какой он есть. В остром приступе единственное лечение — медикаментозное, но затем, по мере угасания острых симптомов, врач может переходить к попыткам понять больного.

Надо заметить, что нормотипический психиатр, если он стремится к подлинности, с подлинным, как правило, душевнобольным часто соревнуется в подлинности определений. Первый осмеливается давать определение психопатологии. Второй — норме. Иногда на этом пути случаются подлинные озарения. После приступа появившаяся у больного новая «норма» является той *terra incognita*, карту которой предстоит нарисовать психиатру, для того чтобы не только с достаточной степенью уверенности чувствовать себя в этом «дивном новом мире», но и в каком-то смысле освоиться в нем, стать как бы своим. Без этого в «заброшенном саду» он рискует никого не обнаружить.

Мы уже видели, что больные часто говорят на специфическом языке, который в их глазах выглядит нормальным и даже ярким. Чтобы войти в коммуникацию с больным, врач должен использовать его язык. Языку этому обучаться трудно, но возможно. Программа-максимум врача — выровнять у больного его трансцендентальное единство апперцепции, чтобы оно не было связано с расщепленным Я. Постепенно налаживая коммуникацию с больным, он добивается того, что больной раскрывается, начинает видеть, что врач понимает его. Этого понимания добиться трудно, но опять же возможно. Врач должен установить коммуникацию на «территории» больного, вступить в связь с его сдвинутым личностным ядром. Если дизайн — это сокровенная способность в человеке понимать бытие вообще, а через выявление экзистенциальной структуры дизайн человека может обрести смысл бытия, то подлинный

психиатр обретает не только смысл своего бытия, но и смысл бытия Другого, которому в этом болезненном бытии очень дискомфортно. Этот дискомфорт снимается, если больной встречает у врача понимание, эмпатию, непретворный интерес к его переживаниям и его идеям (пусть разорванным и/или бредовым). Лэйнг описывал болезненные переживания своих больных так точно и метко, что это читается как роман [Лэйнг Р.Д., 1995]. Также в пример можно привести О. Сакса [Сакс О., 2011].

Первоначальный период коммуникации психиатра с душевнобольным характеризовался бы полной безнадежностью, если бы на месте врача, обладающего весьма специфическими навыками, находились бы люди, такими навыками не обладающие, даже если это родные и близкие. В условиях зародившейся и сначала односторонне, а затем и совместно культивируемой эмпатической коммуникации все более взаимным оказывается и интерес, на первом этапе просто невозможный. Терапевтическое сотрудничество постепенно выравнивается в долевом участии, становясь залогом успешной терапии, каким бы ни оказался ее конечный результат.

Первым шагом на пути к улучшению состояния больного является его раскрытие врачу. Ослабляются защиты на пути к его сдвинутому личностному ядру, которое он считает единственно подлинным. Врач не должен лелеять надежду, что ему удастся «поправить» личностное ядро пациента. Это, как правило, невозможно, и если он будет пытаться это сделать, больной просто опять закроется и может вновь уже никогда не раскрыться. Скорее, врач должен эксплицировать это ядро, соединить то глубинное Я, которое связано с ним, с тем внешним Я, которым пациент обращен к социуму. Это второй шаг на пути улучшения состояния: социализация больного. Затем, если врачу это удалось, появляется взаимная эмпатия. Пациент чувствует эмпатию врача и постепенно начинает проявлять к нему собственную эмпатию. Она может быть сильно ослаблена, так как на подлинную эмпатию у больного нет сил. Но в меру того, на что больной способен, он отвечает врачу на его попытки. Подлинный психиатр ждет позитивных изменений от своего пациента и прилагает к этому все возможные средства. А эмпатизирующийся пациент, зная, что доктор «ждет, надеется и верит», начинает употреблять на этом пути и свои скучные средства. И, наконец, следует прилагать все усилия для снятия расщепления Я. Следует помнить,

что больной испытывает онтологическую неуверенность, от которой защищается уходом подлинного Я в себя. Вылечить онтологическую неуверенность невозможно, но можно помочь больному жить с ней. Его нужно в меру сил окружить заботой и поддержкой. Когда единство апперцепции — нормотипический оплот уверенности в себе и других — теряет под собой основания, попытки сохранить их остатки и найти новые опоры в таких условиях приобретают весьма драматический оборот. Стать одной из таких опор (в отсутствие прочих) и есть назначение подлинного психиатра. Конечно, не у каждого врача есть силы и время относиться так ко всем своим больным, да и эмпатия будет подлинной далеко не со всеми. Такие отношения всегда уникальны. Но если врач будет стараться прилагать усилия, он сможет создать у больного ощущение безопасности, хотя бы в небольшой степени. И тогда глубинное Я выйдет «наружу» и сольется с внешним, социальным Я. Появится общее для них трансцендентальное единство апперцепции. Его на первых порах надо поддерживать, хотя техники для этого еще не разработаны. Однако это самое большее, если говорить реально, а не фантастически, на что может рассчитывать лечащий врач. Полные ремиссии практически недостижимы, а социализация больного и нормализация его трансцендентального единства апперцепции — это уже огромный шаг вперед.

Аутизм

Следует сказать несколько слов о трансцендентальном единстве апперцепции при раннем детском аутизме (расстройство аутистического спектра, РАС). Речь пойдет о больных тяжелым аутизмом. Как было показано в другом месте [Косилова Е.В., 2016], при аутизме нарушается формирование внутреннего плана сознания, осмысливания окружающего. Больной аутизмом находится в состоянии перцептивной вовлеченности — он пребывает в точке здесь-и-сейчас, не выходя из нее в тот горизонт потенциального, который содержит в себе то, чего нет в наличной реальности. Поэтому у больного не появляются собственные мысли, планы, проекты, в тяжелых случаях даже не происходит распознавания образов, поскольку нет обращения к прошлому опыту. Больные не имеют речи, не социализируются, не приобретают навыков ухода за собой [Башина В.М., 1999]. Первичным расстройством при аутизме является врожденная гиперсензитивность одного из перцептивных каналов, реагируя на ко-

торую, мозг снижает чувствительность по всем каналам, в том числе нарушаются первичная связь мать–ребенок. Ребенок не смотрит в глаза, не прослеживает взгляда, не прослеживает указательного жеста, не понимает обращенную к нему мимику и речь [Сергиенко Е.А. и др., 2009]. Взрослея, он старается максимально избегать сильных раздражителей и регулирует перцептивные впечатления с помощью стереотипий. В таком состоянии он может прожить всю жизнь, хотя некоторых аутистов удается вытащить на уровень социализации. Однако даже и тогда перцептивная вовлеченность оказывается их преобладающим состоянием [Юханссон И., 2010].

У аутистов нет рефлексии, для которой нужен внутренний план сознания. Можно ли сказать, что у них вообще нет трансцендентального единства апперцепции? Имеются основания думать, что да. Они действительно неспособны выделить себя из наличной ситуации, они не понимают и слова «я». Единство апперцепции заменено у них единством перцепции. Кант определял единство апперцепции как единство мышления. Но у тяжелых аутистов нет мышления, помимо восприятия. Они, если можно так выражаться, не даны сами себе.

И в то же время есть и противоположные аргументы. Если тяжелого аутиста удается «вытащить» на уровень социализации, он помнит то, что с ним было [Юханссон И., 2010]. Он помнит, что делал, что именно воспринимал. Это очень своеобразное трансцендентальное единство апперцепции и перцепции, но это все же Я, пусть и слабое, и полностью отдавшееся наличному здесь-и-сейчас.

Поэтому воспитание ребенка-аутиста, направленное на «вытаскивание» его на уровень социализации (далее все происходит само собой), должно прежде всего заключаться в укреплении его трансцендентального единства апперцепции. Такие методики еще не разработаны, как и в случае шизофрении, но мы можем предположить, как они должны выглядеть. Ребенка надо постоянно, так сказать, оборачивать к самому себе. Ему надо говорить, что он делает, надо напоминать, что он делал только что и раньше, строить вместе с ним проекты его действий. Ему надо объяснять смысл и цель всех действий, опираясь на его развитую перцепцию. Как показывает пример Юханссон [Юханссон И., 2010], с которой много занимался ее отец, надо искусственно пройти с ребенком «стадию зеркала», чтобы создать у него представление о его собственном теле.

Если учитывать современные поправки кантовской теории трансцендентального единства апперцепции, в частности, о телесной укорененности апперцепции, надо развивать у ребенка чувство собственного тела. О важности развития чувства тела пишет и известная аутистка, также вышедшая на уровень социализации, Т. Грэндин [Сакс О., 2010].

Таким образом, мы видим, что при психических заболеваниях нарушается трансцендентальное единство апперцепции. При шизофрении расщепляется Я и единство апперцепции связывается с ложным Я. При хроническом бредовом расстройстве происходит искажение глубинного ядра личности, с которым связано единство апперцепции, и мысли больного идут как бы двумя потоками — один поток от сохраняющегося светлым сознания, второй — от искаженного глубинного ядра, причем эти потоки сливаются, трансцендентальное единство апперцепции не теряет своей целостности. При расстройстве аутистического спектра под вопросом оказывается само наличие единства апперцепции, однако есть аргументы за то, что оно просто ослаблено. Задачей во всех случаях является выравнивание нарушенного трансцендентального единства апперцепции.

Автор благодарит санкт-петербургского психиатра В.А. Дворецкого за ценные замечания, высказанные в процессе работы над статьей.

Список литературы

- Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 236 с.
- Гуссерль Э. Картезианские размышления. СПб.: Наука: Ювента, 1998. 315 с.
- Жмуро В.А. Психопатология. Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1995. 280 с.
- Косилова Е.В. О судьбах субъектов. М.: Леланд, 2016. 448 с.
- Лакан Ж. О бессмыслице и структуре бога // Метафизические исследования. СПб.: Алетейя, 2000. Вып. 14: Статус иного. С. 218–231.
- Лэйнг Р.Д. (Лэнг Р.Д.) Расколотое «Я». Политика переживания. Райская птица. СПб.: Белый кролик, 1995. 350 с.
- Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 480 с.
- Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. 712 с.
- Сакс О. Антрополог на Марсе. М.: ACT: Астrelль, 2010. 320 с.
- Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу. М.: АСТ, 2011. 400 с.
- Сергиенко Е.А. и др. Модель психического в он-

тогенезе человека. М.: Ин-т психологии РАН, 2009. 415 с.

Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб.: Але-тейя, 1999. 200 с.

Фрим К. Шизофрения: краткое введение. М.: ACT: Астрель, 2005. 204 с.

Шарфеттер Х. Шизофренические личности. М.: Форум, 2011. 304 с.

Юханссон И. Особое детство. М.: Теревинф, 2010. 160 с.

Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.

Получено 10.06.2018

References

- Bashina, V.M. (1999). *Autism v detstve* [Autism in Childhood]. Moscow: Medicina Publ., 236 p.
- Freud, Z. (1999). *Vvedenie v psichoanaliz* [Introductory Lectures on Psycho-Analysis]. Saint Petersburg: Aleteia Publ., 200 p.
- Frith, K. (2005). *Shizofreniya: kratkoe vvedenie* [Schizophrenia: A Brief Introduction]. Moscow: Astrel Publ., 204 p.
- Husserl, E. (1998). *Kartesianskie Razmyshleniya* [Cartesian Meditations]. Saint Petersburg: Nauka Publ., Yuventa Publ., 315 p.
- Jaspers, K. (1997). *Obshaya psichopatologiya* [General Psychopathology]. Moscow: Praktika Publ., 1056 p.
- Johansson, I. (2010). *Osoboe detstvo* [A Different Childhood]. Moscow: Terevinf Publ., 160 p.
- Kosilova, E.V. (2016). *O sudbakh Subjectov* [On Subjects' Destinies]. Moscow: Leland Publ., 448 p.
- Lacan, J. (2000). *O bessmyslitse I strukture boga* [On Nonsense and the Structure of God]. *Metafizicheskie Issledovaniya* [Metaphysical Research]. Iss. 14, pp. 218–231.
- Laing, R.D. (1995). *Raskolotoye Ya. Politika Perzhivaniya. Raiskaya ptitsa* [Divided Self. Politics of Experience. Bird of Paradise]. Saint Petersburg: Belyi Krolik Publ., 350 p.
- Sacks, O. (2010). *Antropolog na Marse* [Anthropologist on Mars]. Moscow: AST Publ., Astrel Publ., 320 p.
- Sacks, O. (2011). *Chelovek, kotoryi prinyal zhenu za shlyapu* [Man who Mistook his Wife for a Hat]. Moscow: AST Publ., 400 p.
- Scharfetter, H. (2011). *Schizophrenic Personalities* [Shizofrenicheskie lichnosti]. Moscow: Forum Publ., 304 p.

Sergienko, E.A. et al. (2009). *Model psichicheskogo v ontogeneze cheloveka* [Theory of Mind in Man's Ontogenesis]. Moscow: Institute of psychology of RAS, 415 p.

Snezhnevsky, A.V. (ed.) (1983). *Rukovodstvo po psikiatrii: v 2 t.* [Manual of Psychiatry: in 2 vols]. Moscow: Meditsina Publ., vol. 1, 480 p.

Tiganov, A.S. (ed.) (1999). *Rukovodstvo po psikiatrii: v 2 t.* [Manual of Psychiatry: in 2 vols]. Moscow: Meditsina Publ., vol. 1, 712 p.

Zhmurov, V.A. (1995). *Psychopatologiya* [Psychopathology]. Irkutsk: Irkutsk University Publ., 280 p.

Received 10.06.2018

Об авторе

Косилова Елена Владимировна
кандидат философских наук,
доцент кафедры онтологии и теории познания

Московский государственный университет
им. М.В. Ломоносова,
119991, Москва, Ломоносовский пр., 27/4;
e-mail: implicatio@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-2261-7680

About the author

Elena V. Kosilova
Ph.D. in Philosophy,
Associate Professor of the Department
of Ontology and Gnoseology

Lomonosov Moscow State University,
27/4, Lomonosovsky av., Moscow, 119991, Russia;
e-mail: implicatio@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-2261-7680

Просьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом:

Косилова Е.В. Трансцендентальное единство апперцепции при психической ненормальности // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 3. С. 375–383.
DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-375-383

For citation:

Kosilova E.V. Transcendental unity of apperception in patients with mental disorders // Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology». 2018. Iss. 3. P. 375–383. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-3-375-383