НОВИЦКИЙ И.Я.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ПО ИССЛЕДОВАНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

ОТ ФЕНОМЕНОЛОГИИ К МАТРИЦЕ: ПОСТРОЕНИЕ БУДУЩЕГО ПСИХИАТРИИ

ТОМ I



МОСКВА 2025

Игорь Новицкий

Психический статус. Научно-практическое руководство по исследованию психического состояния

https://litres.ru/74711338
SelfPub; 2026

Аннотация

Фундаментальная работа, в которой создаётся единая, структурированная и клинически точная модель описания психики. Монография вводит концепцию психстатуса, как универсальную матрицу из 50 психических функций, позволяющую переводить наблюдение в формализованные данные и связывать их с симптомами, синдромами и диагностическими критериями МКБ-10 и МКБ-11.

Автор сочетает феноменологический подход, классическую психиатрию и современные когнитивные науки, формируя целостный язык описания психического состояния. Подробно рассматриваются восприятие, мышление, аффект, структура личности, границы «Я», а также экзистенциальные и духовные аспекты, традиционно недооцененные в стандартном MSE.

Монография адресована психиатрам, психотерапевтам, клиническим психологам и студентам, выступая одновременно учебником, справочником и инструментом клинической практики. Книга открывает многотомный проект, направленный на формирование новой дисциплины — психоинженерии.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ 6
Что такое психический статус? 6
Роль обследования психического состояния в психиатрии 12
Потребность во всеобъемлющей, универсальной модели 18
Историческая эволюция психического состояния 24
Ранние корни: от наблюдения к патогномии 24
Немецкая школа: описательная психопатология и систематизация 26
Эра диагностики: от описания к чек-листам 29
Логика матрицы: от функции → симптома → синдрома → диагностики → лечения 32
ЧАСТЬ I — ПРИНЦИПЫ СТРУКТУРИРОВАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ОПИСАНИЯ 49
Клиническое наблюдение и описательная психиатрия 49
Феноменология и структура психики 57
Архитектура матрицы 63
Три формата психстатуса 69
Введение в пять осей интерпретации: от 75

феномена к актуальности лечения
ЧАСТЬ II — 50 ОБЛАСТЕЙ ПСИХИКИ 82
Внешний вид 82
Выражение лица 91
Поведение и двигательная активность 100
Отношение к психиатру 108
Зрительный контакт 115
Жесты и манеры 123
Осанка и походка 129
Сознание 137
Ориентация 145
Конец ознакомительного фрагмента. 146

Игорь Новицкий
Психический статус. Научно-практическое руководство по исследованию психического состояния

ВВЕДЕНИЕ

Что такое психический статус?

Говорить о психике — значит говорить о самой сокровенной, неуловимой и в то же время действующей структуре человеческого бытия. Это не просто набор внутренних переживаний или набор диагностических категорий, а скорее живая, развивающаяся система, которая реагирует и отражает внутри себя и на мир. Психиатрия, как научная и клиническая дисциплина, долгое время боролась с проблемой точного, последовательного и осмысленного описания этой систе-

мы. «Обследование психического статуса» (ОПС) — часто сокращенное и рутинное в клинической работе, на самом деле является единственным наиболее фундаментальным актом психиатрии: структурированным наблюдением, анализом и вербализацией текущего психического функционирования пациента.

Психический статус (далее психстатус) возникает именно на этом перекрестке между традицией и будущим, между феноменологической глубиной и формальной систематизацией. Это не просто переформулировка исследования психстатуса, а предложение превратить его во всеобъемлющую, структурированную и основанную на психстатусе модель психики, основанную как на клинической феноменологии, так и на новых требованиях цифровой психиатрии и интеграции искусственного интеллекта.

Исторически сложилось так, что психиатрия развивалась вокруг симптоматики и синдромной классификации, но основой диагностики всегда было наблюдение, не за болезнью в абстрактном смысле, а за пациентом в палате. Клиницист, как однажды заметил Шнайдер К., является «ученым присутствия», обученным не только говорить и проверять, но и наблюдать за качеством, темпом, ритмом и тоном психического выражения [1]. Тем не менее, в сегодняшнем клиническом ландшафте этот акт наблюдения фрагментирован: он разделен между критериями МКБ/DSM, краткими формами, рейтинговыми шкалами и электронными шаблонами ме-

дицинских карт. Результатом является кризис связности повествования, психика пациента, которая должна быть представлена в виде цельной, динамической структуры, сводится к флажкам и подсчетам симптомов.

Психстатус стремится восстановить целостность повествования в психиатрической оценке, одновременно используя возможности структурированных, модульных и масштабируемых форматов. Он основана на простом, но глубоком утверждении: психика может быть описана во всей ее глубине и вариативности если у нас есть правильный язык, правильная структура и правильная диагностика.

Предложение начинается с набора из 50 показателей психического состояния, тщательно отобранных, уточненных и расширенных из классической психиатрии, описательной психопатологии, российской психологической науки и теории систем. Эти индикаторы являются не статическими категориями, а функциональными областями, представляющими динамические аспекты психической жизни человека. Они не являются симптомами как таковыми, а феноменологическими «местами», где симптомы могут возникать, накапливаться и сливаться в синдромы.

Таким образом, психстатус является не только клиническим инструментом, но и феноменологической картой, научной таксономией и технологическим интерфейсом. Он предназначен для работы, как в устных психиатрических интервью, так и в машиночитаемых матричных форматах. Эта

двойственная идентичность (человеческая и машинная) отражает эпоху, в которую мы вступаем: когда системы искусственного интеллекта должны научиться читать психику, а психиатры должны научиться мыслить структурно и в разных масштабах.

Главный аргумент этой книги заключается в том, что психиатрия должна развиваться в направлении системного описания психики — такого, которое остается верным богатству жизненного опыта, но при этом согласуется с эпистемологическими требованиями системной науки, биоинформатики и моделирования искусственного интеллекта. Первым и самым важным шагом в этой эволюции является реконструкция исследования психического состояния в полностью сформулированную, многомасштабную и трансляционную модель, в этом и заключается основная цель психстатуса.

Давайте внесем ясность — это не упрощение. Как раз наоборот, психстатус — это максималистская модель, предназначенная для охвата всей топографии психических функций человека в 50 областях и для каждой из них с подробным описанием, критериями наблюдения, градациями, симптоматическими связями и потенциалом синдрома. Его цель – полнота, а не минимальная достаточность. Он предполагает, что психика — это система, а потому может быть отображен полностью, глубоко и широко.

Более того, психстатус возвращает нас к важнейшему он-

тологическому пониманию: психика — это не просто контейнер симптомов, а поле явлений, структурное расположение функций и, в конечном счете, системное целое, которое может разрушаться или процветать при определенных условиях. Описать его — это не просто клинический акт, это эпистемологический жест, который связывает науку, гуманизм и технологию.

В последующих главах мы подробно рассмотрим эту новую парадигму. Мы начинаем с принципов структурированного психического описания, затем проходим область за областью по 50 показателям психического состояния и, наконец, разрабатываем матричную модель, которая связывает эти показатели с симптомами, синдромами, диагнозами и методами лечения. В конце концов, читатель, будь то студент или эксперт, клиницист или исследователь в области вычислительной техники получит доступ к новому языку психиатрии, способному взаимодействовать как с традициями описательной психопатологии, так и с новыми архитектурами клинических систем на основе искусственного интеллекта.

Психстатус – это не просто метод, это начало системной психиатрии и психическое состояние перестает быть простой пометкой на карте, оно становится основной диагностической единицей, точкой входа всякого понимания и местом, где сходятся человек, функция и система.

Ссылки

[1] Шнайдер К. Клиническая патопсихология. 14-е изд., с комментариями Г. Хубера и Г. Гросс. М.: Сфера, 1999.

Роль обследования психического состояния в психиатрии

Обследование психического состояния (ОПС) занимает уникальное, парадоксальное положение в истории и повседневной практике психиатрии. С одной стороны, это наиболее универсально выполняемое клиническое действие в психиатрии применяется практически к каждому пациенту при каждой встрече. С другой стороны, оно остается одним из наименее стандартизированных, наименее теоретически обоснованных и наименее систематизированных компонентов психиатрической документации. Это противоречие не случайно, а отражает глубокие эпистемологические противоречия внутри самой психиатрии: между интуицией и системой, между нарративом и данными, между идиографическим пониманием и номотетической классификацией.

В отличие от структурированных диагностических критериев современных классификационных систем, таких как DSM и МКБ, ОПС традиционно остается описательной, нарративной и феноменологической процедурой, тесно связанной с личными навыками, чувствительностью и теоретической ориентацией клинициста. Его истоки лежат не в классификации, а в наблюдении, а точнее, в дисциплинированном, структурированном наблюдении за жизненным опытом, выраженным через поведение, язык, эмоции, познание и меж-

личностное присутствие. В этом смысле ОПС представляет собой феноменологическое сердце психиатрии, момент, когда клиницист обращает свое внимание не на абстрактные болезни, а на способ бытия человека, стоящего перед ними.

Эта центральность была ясно признана Карлом Ясперсом в его «Общей психопатологии», где он подчеркивал первостепенность понимания психического состояния пациента через комбинацию эмпатической интуиции (Einfühlung) и строгого феноменологического описания [1]. Ясперс не считал, что психопатология сводится только к симптомам, скорее, он утверждал, что к каждому психическому состоянию следует подходить как к единому целому, конфигурации субъективного опыта и выразительных знаков, расположенной в динамическом личностном и экзистенциальном контексте.

Однако в клинической реальности этот идеал часто ставился под угрозу. Подъем диагностического операционализма в конце 20-го века, особенно в англо-американской психиатрии, все больше маргинализировал ОПС в пользу контрольных списков симптомов, структурированных интервью и рейтинговых шкал. Непосредственное наблюдение клинициста было вытеснено абстракциями второго порядка: психометрическими показателями, диагностическими порогами, алгоритмическими деревьями. В этом контексте ОПС стало усеченным, часто сокращенным до нескольких фраз в медицинской карте, шаблонной по стилю и ограниченной по

объему.

Тем не менее, клинические последствия этого сдвига были глубокими. Отдавая приоритет вербальному отчету, а не наблюдаемой функции, психиатрия стала все больше полагаться на то, что пациент говорит о своем сознании, а не на то, что можно увидеть и структурировать в отношении его психического выражения. При этом психиатрия рискует потерять связь со своей эпистемологической основой экзоспекции - дисциплинированного акта наблюдения за психической жизнью другого человека такой, какой она предстает, а не просто рассказанной. В этом отношении ОПС не является дополнительной формой, это основной феноменологический метод психиатрии.

Психический статус, как модель и система, возвращает себе эту центральную роль. Это подтверждает, что ОПС является не вспомогательным средством диагностики, а ее основными воротами. Без структурированного ОПС ни один психиатрический диагноз не является эпистемологически безопасным. Сказать, что пациент находится в депрессии, у него острый психоз, маниакальный или дезорганизованный, значит не просто наклеить ярлык, это значит заявить о его нынешней психической функции, наблюдаемой и интерпретируемой через структурированный контакт.

Кроме того, ОПС является единственной частью психиатрической экспертизы, которая имеет дело непосредственно с функцией, а не с выводами. В то время как диагностические

категории часто предполагают скрытые заболевания — шизофрению, биполярное расстройство, большое депрессивное расстройство, ОПС ограничивается тем, что очевидно в данный момент: тем, как пациент говорит, двигается, присутствует, чувствует, воспринимает и реагирует. В этом смысле это ближайший в психиатрии аналог физического обследования в соматической медицине «неврология психики», основанная не на визуализации или биомаркерах, а на динамических паттернах формы, ритма, содержания и когерентности [2].

Важно отметить, что ОПС также служит мостом между дисциплинами. Его компоненты затрагивают язык (как в речи и понимании), познание (как во внимании, памяти и абстрагировании), двигательную функцию (как при психомоторной задержке или возбуждении), аффективную регуляцию, самопереживание и межличностное присутствие. Таким образом, оно естественным образом интегрирует идеи психологии, неврологии, лингвистики, антропологии и даже философии. Эта междисциплинарность была центральной для отечественной школы нейропсихологии, в частности в работах А.Р. Лурии, который подчеркивал сложную, иерархическую и системную структуру психических функций, организованную не статическими способностями, а динамическими функциональными системами, взаимодействующими между корковыми и подкорковыми областями [3].

Роль ОПС становится еще более ключевой в контексте

современной вычислительной психиатрии и интеграции искусственного интеллекта. Цифровые инструменты не могут диагностировать то, что они не могут воспринять. Будущее психиатрии, будь то обработка естественного языка, компьютерное зрение или нейронное моделирование будет зависеть от богатства и детализации данных, которые мы сможем собрать в клиническом интерфейсе. И в этом случае ОПС является естественным источником данных, она предлагает архитектуру для структурирования наблюдения, маркировки функций, количественной оценки качеств и организации всей совокупности психических способностей в структурированную матрицу.

Таким образом, психстатус предлагает не новое содержание для ОПС, а новую архитектуру, которая сохраняет глубину классического феноменологического метода, обеспечивая при этом структуру, точность и функциональную совместимость, требуемые современной наукой. Формулируя 50 областей психической функции, каждая из которых имеет свои оси описания, диагностической значимости и феноменологической сигнатуры, модель «психический статус» превращает ОПС из пассивной записи в активный эпистемологический инструмент — инструмент не только для клинического понимания, но и для исследований, обучения и алгоритмической интерпретации.

ОПС – это первый акт психиатрии. Теперь оно должно стать ее первой наукой, и на ее основе мы можем постро-

ить истинную систему психических функций, основанную не только на теории, но и на структурированном, повторяемом и осмысленном наблюдении.

Ссылки

[1] Ясперс К. Общая психопатология / Пер с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.

[2] Менделевич В. Д. Психопатология как результат творчества // Практическая медицина. 2015. № 5. С. 39-41.

[3] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 2006. 384 с.

Потребность во всеобъемлющей, универсальной модели

В современную эпоху клинической психиатрии, где диагностические системы заявляют о научной строгости, а терапевтические вмешательства достигают беспрецедентного уровня технической точности, парадоксально, что само ядро психиатрической оценки — обследование психического состояния остается фрагментарным, стилистически непоследовательным и теоретически недоработанным. В отличие от стандартизированных диагностических критериев (как в МКБ-11 или DSM-5), ОПС так и не приобрело по-настоящему универсальной структуры. Оно не была формально кодифицировано в международных руководствах и не рассматривалось как научная модель, заслуживающая строгого онтологического развития. В результате, каждый психиатр проводит ОПС частично по традиции, частично по интуиции, а частично по сценариям, заимствованным у предыдущих поколений.

Этот пробел носит не только академический характер. Это влечет за собой немедленные клинические, научные и эпистемологические последствия. На самом базовом уровне, без единой описательной структуры, сопоставимость наблюдений за психическим состоянием у врачей, учреждений, языков и цифровых платформ становится невозмож-

ной. Психиатр в Москве может описать «эмоциональную лабильность»; другой в Краснодаре может отметить «аффективную дисрегуляцию»; третий в Хабаровске может наблюдать «нестабильность настроения», но ни одно из этих описаний не обязательно привязано к общей системе отсчета. Результатом является фрагментация клинического языка и разрыв связи между клинической феноменологией и психиатрической нозологией.

Эта проблема усугубляется в эпоху, когда психиатрия стремится интегрироваться с искусственным интеллектом, вычислительным моделированием и гармонизацией межъязыковых данных. Обработка естественного языка не может структурировать то, что сформулировано несогласованно. Машинное обучение не может отображать отношения между точками данных, если в самих данных отсутствуют стабильные внутренние референты. Таким образом, отсутствие всеобъемлющей, универсальной модели описания психического статуса является главным препятствием на пути интеграции психиатрии в эпистемологическое будущее: психиатрии, которая является не только гуманной и эмпатической, но и структурированной, кумулятивной и функционально совместимой.

Концепция психического статуса, представленная в данной монографии, возникает именно из этой необходимости: создать модель исследования психического статуса, которая была бы одновременно феноменологически глубокой

и структурно формализованной, что одновременно, верно и с клинической традиции и подготовлено к вычислительному применению. Это не альтернатива существующим ОПС и не новый контрольный список — это новая архитектура: многомерная матрица, в которой весь спектр психических функций нанесен на карту, структурирован, кодифицирован и динамически связан с диагностическими и терапевтическими системами более высокого порядка.

Необходимость такой модели становится очевидной, когда мы рассматриваем современное состояние психиатрической подготовки. Студентов-медиков и ординаторов до сих пор учат ОПС с помощью педагогического бриколажа — отрывков из учебников, устных традиций наставников, разрозненных примеров из тематических исследований. Это приводит к вариативности не только в том, как описываются психические состояния, но и в том, что вообще описывается. Некоторые клиницисты обычно оценивают волю и символическое мышление, другие вообще опускают их. Некоторые считают проницательность и суждение частью когнитивной функции, другие относят их к структуре личности. Расстройство заключается не в клиницисте, а в отсутствии системы.

В отличие от этого, другие медицинские специальности уже давно признали важность стандартизированных, всеобъемлющих систем оценки. Неврология, например, использует подробные неврологические обследования с фиксированны-

ми областями (черепно-мозговые нервы, двигательная функция, сенсорные системы, рефлексы), каждая из которых имеет определенные методы и критерии. Внутренняя медицина использует систематические обзоры систем. Только психиатрия, как дисциплина, однозначно зависящая от наблюдения и языка, пренебрегла разработкой аналогичной структуры для психики как системы.

Это пренебрежение особенно поразительно, учитывая глубокие исторические связи психиатрии со структурной психологией и феноменологией. Еще в середине XIX века немецкие психопатологи пытались описывать психические состояния не как произвольные списки симптомов, а как конфигурации дисфункций в психических функциях [1]. Великие российские мыслители И.М. Сеченов [2], В.М. Бехтерев [3], С.Я. Рубинштейн [4], А.Р. Лурия [5] проводили мысль о том, что психическая жизнь организуется в соответствии с динамическими иерархиями функций, систем и целенаправленной деятельности. Эти традиции никогда не должны были оставаться абстрактными. Они указывали на построение функциональной картографии психики, которая могла бы служить не только теории, но и клиническому описанию, а, в конечном счете, прогнозированию и вмешательству. Пришло время воплотить это видение в жизнь. Для этого требуется исчерпывающий пересмотр структуры психического статуса, не ограниченный прошлыми шаблонами, но основанный на двойственных императивах феноменологи-

ческой валидности и систематизированной применимости.

Настоящая монография непосредственно посвящена этой проблеме. Она предлагает модель, состоящую из 50 основных областей психической функции, организованных по нескольким уровням глубины интерпретации: от поверхностного описания (то, что видно) до феноменологической классификации (как это проявляется), обозначения симптомов (что они представляют), построения синдрома (какую модель они отражают), диагностической корреляции (какое заболевание это подразумевает) и, наконец, релевантности лечения (какие действия требуется).

Модель «психический статус» предназначена не только для клиницистов, но и для следующего эпистемологического горизонта психиатрии: где человеческое наблюдение усиливается, а не заменяется структурированными системами данных, где искусственный интеллект может помочь в распознавании образов, не теряя из виду живого человека, где лонгитюдное моделирование случаев становится возможным благодаря кумулятивному, гранулярному отслеживанию психических изменений, где, в конечном счете, психика рассматривается не как тайна, которую нужно интуитивно постигать, а как систему, которую нужно знать, описывать и заботиться о ней во всей ее глубине.

Для достижения этой цели модель вобрала в себя методологические достижения современной науки — таксономию, матричный дизайн, когнитивное моделирование, оста-

ваясь при этом верной феноменологической традиции, которая породила описательную психиатрию. В результате появилась не просто новая форма, а новый научный инструмент: феноменологически обоснованная, клинически обоснованная, матрично структурированная модель психики.

Эта всеобъемлющая, универсальная модель «психический статус» является недостающим звеном в цепи, соединяющей наблюдение со знанием, опыт с данными, субъективность с наукой. Это мост из клиники в будущее.

Ссылки

[1] Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику: учебное пособие для вузов / Э. Крепелин. — Москва: Издательство Юрайт, 2025. — 434 с.

[2] Ярошевский М. Г. Иван Михайлович Сеченов. — Л.: Наука. Ленингр. отд-ние, 1968. — 422 с.

[3] Одинак М. М., Незнанов Н. Г., Чудиновских А. Г., Цыган Н. В. Владимир Михайлович Бехтерев — основоположник клинической психоневрологии // Вестник РАМН. — 2012. — № 8. — С. 34—39.

[4] Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии.— М.: Медицина, 1970.

[5] Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и патогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977.

Историческая эволюция психического состояния

Концепция обследования психического состояния (ОПС), которая сегодня считается краеугольным камнем психиатрической клинической практики, не возникла в виде готовой конструкции. Скорее, это продукт исторического накопления, сформированного многочисленными эпистемологическими течениями, идеологическими сдвигами и научными революциями. Его современная форма, как бы изменчива и неполна она ни была, скрывает в себе сложную генеалогию, которая уходит своими корнями в медицину, философию, неврологию, психологию и психиатрию, и каждый из них вносит свой вклад в то, что в настоящее время является незаменимым клиническим ритуалом. Чтобы понять необходимость и новизну, нужно сначала проследить, как ОПС превратилось из простого наблюдения за поведением в протонаучный акт психического картирования и почему эта эволюция остается незавершенной.

Ранние корни: от наблюдения к патогномии

Описания поведения как признаков психического рас-

стройства появляются еще в медицине Гиппократа, где меланхолия, мания и френит были связаны с телесными гуморами и темпераментом [1]. Тем не менее, наблюдение за психическими состояниями не было систематизировано и не считалось центральным для диагностики. Преобладающая логика была соматической: психическое расстройство отражало телесную неуравновешенность. Этот соматоцентрический взгляд будет доминировать в медицине вплоть до XVII века.

Подъем нозологического мышления в эпоху Просвещения, примером которого являются Франсуа Босье де Лакруа и позднее Филипп Пинель [2], привел к мысли о том, что сумасшествие можно классифицировать по типу болезней. Работа Пинеля «Nosographie philosophique» (1798)[1] представляла собой одну из первых систематических попыток классифицировать психические заболевания по наблюдаемым симптомам и, хотя его внимание к речи, поведению и аффектам пациентов все еще было качественным, он заложил основу для клинической феноменологии как науки о психических проявлениях.

В тот же период Иоганн Христиан Рейль, а позже Виль-

[1] Труд «Nosographie philosophique» сыграл большую роль в развитии рациональной медицины. На изложенной в нём теории основывались несколько школ клинической медицины XIX века. Пинель изложил авторитетную классификацию заболеваний. Он разделил заболевания на пять классов: лихорадки, phlegmasias, кровоизлияния, неврозы, а также заболевания, вызванные органическими поражениями.

гельм Гризингер подчеркивали, что разум и мозг не следует изучать отдельно. Изречение Гризингера «психические болезни — это болезни мозга» было не просто одобрением биологической психиатрии, оно требовало, чтобы психические функции наблюдались и описывались в клинических деталях, как при инсульте наблюдаются неврологические дефициты. Для Гризингера и его последователей наблюдение за психическими функциями стало диагностическим актом [3].

Немецкая школа: описательная психопатология и систематизация

Немецкая психиатрическая традиция конца 19-го и начала 20-го веков представляет собой наиболее значительный момент в эволюции обследования психического статуса. Именно в этот период систематическое описание психических явлений впервые было сформулировано на структурированном, концептуальном языке.

Пионеры, такие как Карл Кальбаум и Эвальд Хеккер, ввели синдромные образования, такие как гебефрения и кататония, основанные не на этиологии, а на тщательном наблюдении за психическим состоянием и течением. Они положили начало тому, что впоследствии стало нозологическим поворотом в психиатрии: идее о том, что расстройства могут быть типизированы повторяющимися паттернами симптомов, на-

блюдаемыми в психическом состоянии [4].

Тем не менее, именно Эмиль Крепелин создал первую полуформальную структуру психического статуса, не как независимый инструмент, а как часть своей повседневной клинической документации. В его работе «Lehrbuch der Psychiatrie» (1883)[2] фигурировали повторяющиеся области — внимание, память, аффект, мышление, воля, что отражало его видение психиатрии, построенной на систематическом наблюдении. Настойчивость Крепелина в том, что течение и прогноз являются существенными для классификации, требовала от клиницистов многократной оценки и записи психического состояния пациента во времени, тем самым встраивая ОПС в саму ткань психиатрической нозологии.

Ученик Крепелина, Карл Ясперс, пошел другим путем. В своем монументальном труде «Allgemeine Psychopathologie» Ясперс ввел феноменологический метод в психиатрию. Он

---

[2] Учебник «Lehrbuch der Psychiatrie» Эмиля Крепелина (1883) посвящён классификации психических заболеваний. Учёный стремился привнести в психиатрию строгий научный подход, в отличие от современников, которые часто опирались на описательные и теоретические модели. Крепелин выделил два ключевых психических расстройства, которые позже стали основой его знаменитой дихотомии: «Раннее слабоумие» (Dementia praecox) — состояние, характеризующееся быстрым распадом психических функций (позже переосмыслено Эйгеном Блейлером как «шизофрения»). «Маниакально-депрессивный психоз» объединял различные аффективные расстройства, включая меланхолию и цикличные психозы. Крепелин настаивал на том, что психические болезни имеют биологическую природу, хотя конкретные причины в то время ещё не были известны.

проводил различие между пониманием (Verstehen) и объяснением (Erklären), между субъективным значением и объективной причинностью. К. Ясперс подчеркивал, что психиатр должен научиться описывать внутренние переживания так, как сообщает пациент, а не просто делать выводы о дисфункции по внешним признакам. Его влияние остается основополагающим: почти каждое современное ОПС сохраняет такие области, как «настроение и аффект», «содержание мысли» и «инсайт», которые обязаны своим существованием аналитическим категориям К. Ясперса [5].

Параллельно с этим в отечественной психологии и нейропсихиатрии, возглавляемых такими деятелями, как И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев, а позже А.Р. Лурия, Л.С. Выготский и А.Н. Леонтьев, было разработано системно-ориентированное понимание психических функций [6]. Теория деятельности и культурно-исторический подход, предложенные Л.С. Выготским и А.Р. Лурией, обеспечили основу для рассмотрения психических функций не как изолированных признаков, а как иерархически организованных, социально опосредованных систем. Клинический метод «анализа синдромов» А.Р. Лурии, который он использовал как в исследованиях афазии, так и в исследованиях лобной доли, предвосхитил саму логику матрицы, которую мы сейчас ищем: от функциональных единиц → констелляций симптомов → сбоев на системном уровне [7].

Эра диагностики: от описания к чек-листам

Середина 20-го века стала свидетелем появления стандартизированных диагностических систем, особенно с публикацией DSM-III (1980), которая подтолкнула психиатрию к теоретической, основанной на симптомах классификации. В то время как этот сдвиг повысил надежность между оценщиками, он также маргинализировал ОПС как формальный диагностический инструмент. Вместо того, чтобы быть динамическим актом психического картирования, ОПС на практике превратилась в краткую галочку наблюдаемых признаков, сведенных к проверке бдительности, речи, настроения, содержания мыслей и ориентации.

Это обеднение исследования психического состояния совпало с господством психометрики, фармакотерапии и нейровизуализации. Наблюдение уступило место измерениям. Клиническая интуиция была подчинена протоколам. Богатые концептуальные традиции Э. Крепелина и К. Ясперса были заменены шаблонными заметками и электронными макросами медицинских карт.

Тем не менее, в последние годы наметился ренессанс клинического наблюдения, вызванный как повторным открытием дескриптивно-феноменологической традиции, так и признанием того, что ни контрольные списки, ни алгоритмы не

могут охватить всю сложность психики. Психиатры и клинические психологи начали вновь утверждать ценность глубокого описания не как ностальгии, а как необходимого дополнения к биологическим и вычислительным методам.

Вот тут-то и вступает в игру психстатус. Настало время синтезировать эти исторические нити — наблюдательную строгость Э. Крепелина, глубинную психологию К. Ясперса, системное мышление российской психологии, точность современной науки о данных в единую, всеобъемлющую, универсально структурированную модель психического статуса.

Такая модель не отвергает современность. Она расширяет ее, возвращая феноменологии на ее законное место в науке о психических явлениях, создавая архитектуру, способную переходить к МКБ-10, МКБ-11, DSM-5 и даже вычислительным онтологиям, и обучая новое поколение психиатров не только задавать вопросы, но и видеть разум в движении.

Таким образом, историческая эволюция ОПС обнаруживает ее парадокс: это самый древний инструмент психиатрии, а также самый незавершенный. Создание психстатуса является не просто продолжением этой эволюции, а ее кульминацией.

Ссылки

[1] Бохан К. Л. К 2450-летию со дня рождения Гиппократа // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — М.: Медиа Сфера, 1997. — № 7. — С. 73—76.

[2] Иванюшкин А.Я. Филипп Пинель — великий гуманист эпохи Просвещения // Психиатрия. — 2015. — № 3. — С. 98–100.

[3] Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Пер. с англ. в 2-х томах. Киев: Сфера, 1999.

[4] Аширбеков Б.М. О предмете психиатрической науки: предварительная постановка проблемы. Consilium. 2015;1-2(55-56):43-44.

[5] Ясперс К. Общая психопатология / Пер с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.

[6] Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. -. М.: Территория будущего. – 2010. – 638 с.

[7] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 2006. 384 с.

Логика матрицы: от функции → симптома → синдрома → диагностики → лечения

Исследование психического состояния долгое время рассматривалось как описательный инструмент: портрет разума, представленный в наблюдении, речи и клинических выводах. Но что, если бы это было нечто большее, чем просто снимок? Что, если вместо того, чтобы просто записывать мгновенные состояния, оно станет основой диагностической и терапевтической матрицы — структурной логики, с помощью которой психика может быть отображена, декодирована и реинтегрирована?

В этой главе представлен концептуальный механизм, который питает всю систему психстатуса: матрица трансформации, посредством которой наблюдаемые психические функции (феномены) развиваются через четко определенные стадии — симптомы, синдромы, диагнозы — и в конечном итоге приводят к целевому пути лечения. Это не просто процедурная структура, это эпистемологическое утверждение. Психстатус предполагает, что будучи формализованным по всем его пятидесяти областям, может функционировать как семантический и клинический каркас для всех последующих психиатрических рассуждений.

Классический формат психического состояния предусматривает фрагментарное наблюдение: настроение вялое, мышление неорганизованное, внимание нарушено. Однако эти наблюдения, если они не включены в более широкую клиническую логику, остаются клинически инертными. Матрица психстатуса предлагает методологию трансформации: она рассматривает психические явления не как статические находки, а как функциональные индексы, которые с помощью определенных правил трансляции могут быть повышены от наблюдаемого к концептуальному, от индивидуального симптома к дисфункции на системном уровне.

Эта логика основана на пятиуровневой модели:

1. Психическая функция (феномен)
2. Симптом
3. Синдром
4. Диагноз
5. Путь лечения

Каждая стадия укоренена как в описательной феноменологии, так и в нозологической традиции, обеспечивая естественное движение между наблюдением, пониманием, классификацией и действием.

1. Психическая функция (феномен)

В своей основе матрица начинается с функций психики, наблюдаемых и классифицированных по пятидесяти об-

ластям, описанным во второй части этой монографии. Эти функции не являются метафизическими абстракциями; они эмпирически доступны с помощью клинической экзоспекции: наблюдаемой формы психической активности, как она проявляется в выражении лица, речи, жестах, содержании или взаимодействии.

Эта позиция перекликается как с феноменологической психиатрией (К. Ясперс, Э. Минковский), так и с отечественной системной психологией (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн), которая рассматривала психические функции как динамические структуры, проявляющиеся через поведение, но регулируемые внутренними законами значения, иерархии и интеграции [1].

Например, «эмоциональная регуляция» наблюдается при встрече с клиницистом в виде аффективной лабильности, реактивности или контроля. Сам по себе это феномен, но как только он закодирован и интерпретирован в психстатусе, начинается семантическое восхождение к симптоматике.

2. Симптом: клиническая трансформация явлений

Симптомом, говоря языком психиатрии, является стойкое отклонение функции, сигнализирующее о патологическом процессе. Трансформация функции в симптом происходит посредством клинической интерпретации. Именно на этом уровне наблюдение становится структурированными данными.

Например, трудности пациента с последовательностью задач, наблюдаемые во время теста по рисованию часов (исполнительная функция), могут в клинической трансформации быть закодированы как дисисполнительный симптом, потенциально указывающий на префронтальную дисфункцию. Точно так же нарушенный поток мыслей становится симптомом бегства идей или блокировки мыслей.

Различие здесь онтологическое: функция является описательной, симптом – диагностическим. Матрица позволяет нам кодировать симптомы в виде количественных отклонений от нормативных функциональных показателей. Именно на этом уровне возникают масштабы, пороговые значения и стандартизация, не жертвуя при этом богатством первоначального клинического наблюдения.

3. Синдром: паттерн симптомов

В то время как симптомы представляют собой единичные отклонения, синдромы представляют собой структурированные кластеры, которые отражают определенный тип дисфункции в психической системе. Концепция синдрома долгое время занимала главенствующее положение в европейской психиатрии, особенно в немецкой и русской традициях, которые ставили форму, структуру и течение выше отдельных симптомов [2].

В психстатусе синдромы конструируются с помощью констелляций симптомов, взятых из нескольких функциональ-

ных областей. Например, депрессивный синдром может включать:

Психомоторная задержка,
Уменьшенный речевой выход,
Снижение энергии,
Нарушение концентрации внимания,
Ангедония,
Негативная самооценка,
Вегетативные нарушения.

Матрица будет предлагать кодифицированные связи (Часть III), что позволит алгоритмически картировать каждый синдром на основе констелляции симптомов, создавая диагностические прототипы.

4. Диагностика: от синдромов к клиническим проявлениям

Современная психиатрия, руководствуясь МКБ-10/МКБ-11 и DSM-5, формализует психиатрические диагнозы на основе длительности, тяжести синдрома, критериев исключения и течения. Матрица предназначена для функционирования в качестве преддиагностического слоя, карты функциональной дезинтеграции, которая направляет и ограничивает постановку диагноза [3].

Эта многоуровневая архитектура имеет клинические и образовательные преимущества: предотвращает преждевре-

менную диагностику на основе отдельных симптомов, делает акцент на функциональной логике, а не на категориальных рамках, восстанавливает континуум между феноменологией и нозологией.

Важно отметить, что матрица также интегрирует незападные нозологии, в том числе: российские функциональные диагнозы (например, концепции Снежневского о вялотекущей шизофрении [4]), система эндогенных психозов Леонгарда [5], и новые таксономии на основе искусственного интеллекта, которые определяют диагнозы через векторное сходство констелляций симптомов.

Таким образом, диагноз становится выходом матричной логики, а не статической метки.

5. Лечение: психстатус как терапевтическое руководство

Окончательное преобразование матрицы происходит в сторону вмешательства. Решения о лечении должны быть функционально связаны с симптомами и лежащей в основе системной динамикой, а не только с диагностическими категориями.

Например:

Нарушение внимания → Симптом: отвлекаемость → Синдром: маниакальный → Диагноз: биполярное расстройство I → Лечение: стабилизатор настроения.

Нарушенная сенсорная чувствительность + содержание мыслей → Симптом: гипербдительность + преследование

идей → Синдром: параноидальная → Диагноз: шизофрения → лечение: атипичный антипсихотик.

Но если говорить более тонко, матрица также поддерживает нефармакологические вмешательства:

Нарушенное импульсное управление может сигнализировать о необходимости использования модулей импульсного регулирования КПТ.

Духовное мышление может потребовать культурно-чувствительной интегративной психотерапии, особенно в популяциях, где религия занимает центральное место в идентичности.

В этой модели планирование лечения становится динамическим и модульным, связывая конкретные функциональные дефициты с:

Фармакологические средства (путь МКБ),

Психотерапия (например, КПТ, психодинамическая),

Нейрореабилитация (функциональная переподготовка, вдохновленная А.Р. Лурией [6]),

Социокультурные интервенции (включая экзистенциально-духовную поддержку).

Таким образом, замыкается цикл: наблюдение → кодификации → концептуализации → вмешательство. Матрица становится нейросемантическим двигателем, выводящим психиатрию за рамки категориальных ярлыков к системному, интегративному подходу к исцелению.

Ссылки

[1] Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. -. М.: Территория будущего. – 2010. – 638 с.

[2] Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание // Избранные труды по психиатрии / Под ред. О.В.Кербикова. Феникс, 1998. С. 37–38.

[3] Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Насколько современный клинический диагноз в психиатрии действительно является клиническим? // Уральск. ж. психиатрии, наркологии и психотерап. – 2013. – т.3. - № 1. – с. 79 – 86.

[4] Снежневский А.В. Шизофрения: проблемы нозологии и патогенетической терапии. М.: Медгиз, 1983. С. 33–52.

[5] Карл Леонгард. Система эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. – М.: Практическая Медицина, 2010. – 456 с.

[6] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 2006. 384 с.

6. Как пользоваться этой книгой: от студентов к экспертам, от практики к искусственному интеллекту

По своей сути, это не просто справочник или компендиум, это монография, которая пытается переосмыслить то, как мы воспринимаем, документируем, интерпретируем и операционализируем человеческую психику с помощью психиатрии. Его цель заключается в создании объеди-

няющей структуры, отчасти философской, отчасти клинической, отчасти технологической, которая связывает традиционное клиническое наблюдение с будущей психиатрией с помощью искусственного интеллекта, не отказываясь при этом от сложности и уникальности человеческой субъективности.

Таким образом, эта книга является одновременно дидактической картой и эпистемологическим утверждением. Она предназначена для использования читателями по-разному в зависимости от их уровня опыта, контекста применения и теоретической ориентации. Будь то студент-медик, делающий первые шаги в области описательной психопатологии, опытный психиатр, ищущий более детальный и структурированный метод документирования, или система искусственного интеллекта, предназначенная для разбора и интерпретации натуралистических психиатрических интервью, монография создана для того, чтобы предоставить каждому необходимые концептуальные инструменты и операционную основу.

Для студентов-медиков, студентов, изучающих клиническую психологию, и тех, кто впервые изучает психиатрию, эта книга предлагает полную дидактическую структуру для изучения психиатрических наблюдений. Исторически сложилось так, что тренинг по психическому статусу был раздроблен на основе обучения, основанного на кейсах, текстовых описаний и обратной связи от наставника, часто полагаясь на неявные знания и интуицию больше, чем на формаль-

ное обучение [1]. Модель устраняет этот пробел, четко определяя пятьдесят областей человеческой психики, каждая из которых связана с наблюдаемыми явлениями, градациями, схемами кодирования, клиническими последствиями и связями с диагностикой.

Изучающему эту книгу, будет полезно начать с части I, где подробно излагаются принципы психического описания. В частности, главы предлагают систематическое обучение по следующим направлениям:

Как объективно наблюдать и описывать психические функции.

Как избежать распространенных смещений (например, эффекта ореола, диагностического затенения).

Как конструировать осмысленные описательные нарративы, не переходя преждевременно к диагностическим ярлыкам.

Важно отметить, что студент будет рано ознакомлен с разницей между феноменом и симптомом, а также с тем, как каждое наблюдение за психическим состоянием должно пройти через интерпретативную матрицу, прежде чем приобретет клиническое или нозологическое значение. Эта форма обучения представляет собой возврат к феноменологической психиатрии Карла Ясперса [2], а также согласуется с системно-деятельностной школой отечественной психологии, в которой психика рассматривается как динамическая

и многоуровневая система функций [3].

В клинической практике такой подход позволяет студентам выйти за рамки контрольных списков и шкал оценок и вместо этого взаимодействовать с презентацией пациента как сложным семантическим полем: каждый жест, тон, пауза или неологизм становятся значимыми только в рамках структурированной концептуальной структуры.

Для практикующего психиатра монография предлагает радикальную, но практическую эволюцию стандартного обследования психического состояния (ОПС). Во многих современных клинических контекстах, особенно в загруженных больницах и амбулаторных условиях, ОПС превратилась в стенографические обозначения и рутинные описания, мало отражая системную структуру психического функционирования. Например, такие термины, как «притупленный аффект», «дезорганизованное мышление» или «частично ориентированный», используются привычно, часто без более глубокого теоретического закрепления или межпредметного анализа.

Матрица, напротив, предлагает клиницистам принять модульную, но унифицированную модель психического функционирования. Каждая из пятидесяти областей может быть рассмотрена независимо, но в конечном итоге предполагается, что она должна быть взаимосвязана через кросс-функциональную релевантность. Таким образом, наблюдение за нарушенной исполнительной функцией) будет динамически

анализироваться в связи с самосознанием, контролем импульсов и речью.

Такая интеграция позволяет отметить:

- нюансированная дифференциальная диагностика, в которой когнитивная, аффективная, волевая и межличностная сферы могут указывать на дивергентные патологии.
- улучшенное планирование лечения, поскольку функциональные нарушения четко сопоставляются с констелляциями симптомов и терапевтическими мишенями.
- судебная экспертная ясность, когда каждый описательный элемент четко определен и на него есть нормативные ссылки (см. Часть IV).

Практикующий психиатр может выборочно использовать три формата психстатуса — «малый», «средний» и «полный» версии — в зависимости от контекста: сортировка в отделении неотложной помощи, обход стационарных палат или судебно-психиатрическая экспертиза. Во всех случаях цель одна и та же: преобразовать неструктурированную интуицию в структурированную экзоспекцию — целенаправленную науку психического наблюдения.

Для исследователей в области психиатрии, психометристов и экспериментальных психологов предложенная структура представляет собой уникальную возможность для опе-

ративной формализации. Исторически сложилось так, что одной из центральных проблем в психиатрических исследованиях было отсутствие стандартизированных, общепризнанных параметров феноменологических компонентов психических заболеваний [4]. Рейтинговые шкалы (например, PANSS[3], HAM-D[4], YMRS[5]) существуют, но часто не отражают адекватно богатство клинического наблюдения или сложность отдельных проявлений.

Определяя пятьдесят девять дискретных, но взаимосвязанных функций, психстатус предлагает:

масштабируемую матрицу для сбора данных в клинических испытаниях.

---

[3] PANSS — это Шкала позитивных и негативных симптомов, клинический инструмент, который используется для оценки психического состояния пациентов с шизофренией и мониторинга динамики их состояния в процессе лечения. Шкала помогает объективно выявить и зарегистрировать позитивные (например, бред, галлюцинации), негативные (например, апатия, аффективное уплощение) и общие психопатологические симптомы.

[4] HAM-D — это Шкала Гамильтона для оценки депрессии (англ. Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS), используемая для количественной оценки выраженности симптомов депрессии у пациентов. Это клинический инструмент, который помогает врачам диагностировать депрессивные расстройства и отслеживать их динамику в процессе лечения. Шкала может быть использована как в клинической практике, так и в клинических испытаниях новых антидепрессантов.

[5] YMRS (Young Mania Rating Scale) — это Оценочная шкала мании Янга, инструмент в психиатрии, используемый для оценки и определения выраженности маниакальных симптомов. Она состоит из 11 пунктов, каждый из которых оценивается по пятиуровневой шкале тяжести, и заполняется опытным клиницистом.

платформу для разработки протоколов цифрового фенотипирования.

семантическую базу для обработки естественного языка в клинических нарративах.

Исследователи могут использовать Часть III: Построение матрицы в качестве методологического руководства для преобразования натуралистических наблюдений в структурированные наборы данных, кодифицированные в Excel или статистических программных средах. Каждый домен поставляется с предлагаемыми сопоставлениями МКБ-10 и МКБ-11, что позволяет исследователям согласовывать выходные данные с установленными нозологическими стандартами, сохраняя при этом преддиагностическую феноменологическую сложность.

Кроме того, архитектура специально спроектирована таким образом, чтобы обеспечить многоязычное и транскультурное расширение, что позволит в будущем проводить межнациональные валидационные исследования в различных клинических и культурных контекстах.

Последняя и, возможно, самая дальновидная аудитория вовсе не человек. Это новое поколение клинических систем, управляемых искусственным интеллектом: интеллектуальные помощники, цифровые инструменты переписчика и механизмы семантического анализа, предназначенные для участия в психиатрической диагностике и лечении. Эти

системы, независимо от того, обучены ли они с помощью контролируемого или неконтролируемого обучения, требуют структурированной базы знаний для осмысленной интерпретации и обработки психиатрических данных [5].

Психический статус предлагает досимволический слой — структурированное описание психики, которое семантически закодированно, иерархически упорядоченно, сшито с существующими диагностическими системами и адаптируется к пониманию естественного языка.

Кодируя матричную логику «функция → симптом → синдром → диагностика → лечение», системы искусственного интеллекта могут начать конструировать вероятностные, человеческие интерпретации психических данных. Это не автоматизация психиатрии, а усиление психиатрических рассуждений с помощью механизмов структурированного вывода.

Со временем такие системы смогут:

перевести записанное на видео интервью в закодированные в домене выходные данные о психическом статусе.

отметить несоответствия или недостающие данные в описаниях ОПС.

предложить дифференциальную диагностику на основе паттернов, связанных с психстатусом.

прогнозировать ответ на лечение на основе сходства функционального профиля.

Использование психстатуса в качестве психической грамматики для ИИ будет основываться на предыдущих попытках вычислительной психиатрии, таких как Критерии исследовательской области (RDoC)[6] [6], в то же время расширяя его феноменологическую точность и семантическое богатство. Таким образом, Психический статус способствует появлению экзоспекции — новой эпистемологической категории, в которой психика интерпретируется не только самим человеком или клиницистом, но и интеллектуальными системами, действующими в качестве сонаблюдателей.

Ссылки

[1] Савенко Ю.С. Доказательная медицина в психиатрии: постоянный диалог феноменологической и индуктивной методологии. Проблемный доклад // Независмый психиатрический журнал. 2013. № 4. С. 11–15.

[2] Ясперс К. Общая психопатология / Пер с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.

[3] Ганнушкин П.Б. Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание // Избранные труды по психиатрии / Под ред.

[6] Критерии исследовательской области (RDoC) — это инструмент Национального института психического здоровья США (NIMH), который используется для классификации психических расстройств с точки зрения нарушений нормальных функций вместо традиционной диагностики на основе симптомов. RDoC пересматривает подход, фокусируясь на нормальных системах поведения и их нарушениях, а не на отдельных симптомах болезней.

О.В.Кербикова. Феникс, 1998. С. 37–38.

[4] Шишков С.Н. Проблема вероятных судебно-психиатрических экспертных заключений // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы. – М., 2012. – Вып. 9. – С. 215–230.

[5] Фернандес, Б. и др. «Искусственный интеллект в психиатрии: этические последствия и перспективы на будущее». Рубежи в психиатрии, 2022. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.836664/full

[6] Инсел, Томас. «Проект NIMH Research Domain Criteria (RDoC): прецизионная психиатрия». Американский журнал психиатрии, 2014. Том 171(4), стр. 395–397.

ЧАСТЬ I — ПРИНЦИПЫ СТРУКТУРИРОВАННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ОПИСАНИЯ

Клиническое наблюдение и описательная психиатрия

В самой основе психиатрии лежит парадокс: это наука, которая зависит от наблюдения, но то, что она стремится наблюдать, часто является неосязаемым, внутренним и фундаментально субъективным. Психика не может быть помещена под микроскоп, биопсия in vivo или окончательно зафиксирована с помощью радиологической визуализации. И тем не менее, с самых первых дней своей деятельности психиатрия строила свою практику вокруг того, что можно увидеть, услышать и описать: жеста, речи, выражения лица, качества мысли, плотности аффекта и дуги внутренней жизни, проявляющейся во взаимодействии между врачом и пациентом.

Этот акт - наблюдение за психикой исторически назывался исследованием психического состояния. Несмотря на повсеместное распространение в психиатрической подготовке и практике, ОПС слишком часто сводится к механическим

контрольным спискам или сокращенным фразам — «ориентированный во всех видах», «плоский аффект», «связная речь», «проницательность ограничена», — которые скорее затемняют, чем освещают сложность того, что мы наблюдаем. Хуже того, в ОПС в его традиционной форме отсутствует явная эпистемология. Его категории наследуются, а не исследуются, являются скорее описательными, чем аналитическими. Клиницист пишет то, что они видят, но редко спрашивает, что значит видеть психику через такие категории.

В этой главе мы возвращаемся к основным принципам психиатрического наблюдения, пытаясь оживить описательную психиатрию не только как метод, но и как философский акт, клиническое ремесло и технологический рубеж. Путь, который мы намечаем, начинается в клинической встрече, но ведет к матричной модели экзоспекции — новой структуре, в которой психика больше не просто интуитивно, но систематически конструируется в процессе наблюдения.

Психиатрия и проблема наблюдаемого

Концепция психического наблюдения содержит в себе глубокое эпистемологическое напряжение. В естественных науках наблюдение обычно относится к обнаружению внешних, стабильных, повторяющихся явлений. Однако в психиатрии мы сталкиваемся с явлениями, которые часто:

переходные и контекстно-зависимые (например, ускорение мышления),

встроены в язык и жесты (например, в символическую речь, микромимику лица),

расположенные в межличностном, культурном и экзистенциальном контекстах (например, религиозные заблуждения, навязчивые идеи вины),

они не доступны напрямую через сенсорную информацию, а опосредованы интерсубъективным выводом.

Таким образом, психиатр является не просто наблюдателем, а интерпретатором смысла через взаимодействие. Карл Ясперс подчеркивал это, когда писал: «Понимание в психиатрии не похоже на измерение в естественных науках. Это понимание смысла, а не количества» [1].

Именно это делает ОПС одновременно необходимым и чреватым: это ближайший эквивалент физического обследования в соматической медицине в психиатрии, но он требует другой когнитивной позиции. Клиницист должен быть одновременно восприимчивым и структурированным, интуитивным и систематичным, способным к эмпатии без проекций и обученным как семиотике, так и психопатологии.

Исторически сложилось так, что описательная психиатрия развивалась как противоядие от чрезмерного теоретизирования. В конце 19-го и начале 20-го веков такие пионеры, как Эмиль Крепелин, Карл Вернике, Ойген Блейлер и Карл Ясперс, стремились восстановить психиатрию на основе клинических наблюдений, а не метафизических спекуля-

ций. Их настойчивое стремление точно и независимо от теории описывать психические явления заложило основу современной нозологии [2]. Цель состояла в том, чтобы развить психиатрию как эмпирическую дисциплину, основанную на том, что можно достоверно увидеть и записать у пациентов и наблюдателей.

Однако по мере развития психиатрии — особенно на волнах психоанализа, биологической психиатрии и симптоматики, управляемой DSM, — описательное богатство уступило место категорическому обеднению. Феномены стали подпадать под контрольные списки, а искусство глубокого наблюдения оказалось в запустении. ОПС превратилась из феноменологии в администрирование.

Монография призвана восстановить и расширить эту утраченную глубину. Она настаивает на том, что каждый акт психиатрического описания является эпистемологическим событием — слиянием данных и интерпретаций. И она предлагает формальное решение: преобразование интуитивного наблюдения в матрично-структурированное знание, основанное на строгой таксономии 50 функциональных областей психики.

Каждая область, будь то восприятие, контроль импульсов, символическое мышление или стабильность идентичности может быть описана, классифицирована, интерпретирована и, в конечном счете, введена в вычислительно читаемую матрицу. Но этот переход от наблюдения к психстатусе не де-

гуманизирует. Напротив, он сохраняет и расширяет взгляд врача, позволяя нам иметь больше сложностей, нюансов и межпредметного понимания, чем это когда-либо позволяли традиционные методы.

Психиатрическое наблюдение всегда опосредовано сознанием, предвзятостью, подготовкой и внутренним отношением врача. Как отмечал Виктор Франкл: «В психиатрии нет такого понятия, как чистая феноменология есть только феноменология, которая осознает свой собственный горизонт интерпретации» [3]. Система не стирает субъективность, а дисциплинирует ее с помощью структурированных категорий, операционных определений и модульных схем кодирования. Она признает, что клиницист является эпистемологическим инструментом и, как и все инструменты, должен быть откалиброван.

Философские корни такого подхода уходят и в русскую психологию, особенно в теорию деятельности А.Н. Леонтьева и А.Р. Лурии. Для этих мыслителей сознание было не пассивным восприятием данных, а активным процессом смыслообразования через социально и культурно заложенную деятельность [4]. Психиатрическое наблюдение, с этой точки зрения, является совместной деятельностью: пациент выражает; клиницист переводит; каркасы конструкции. Метод «комбинированного моторно-динамического анализа», который рассматривал тонкие вариации в моторном исполнении и экспрессивном поведении как окна в высшие функ-

ции коры головного мозга, является предшественником мелкозернистого анализа предметной области, предложенного в психстатусе [5].

Что же тогда означает описание психики? Является ли описание прелюдией к диагностике, заменой теории или новым видом знания?

В модели психстатуса описание не является предварительным, а основополагающим. Мы определяем описание как: «систематическая экстернализация психической деятельности в наблюдаемые или сообщаемые феномены, структурированные концептуальными категориями, которые допускают общую интерпретацию».

Это определение позиционирует описательную психиатрию как онтологическую структуру, способ сделать психическую жизнь реальной в общем пространстве. Функция ОПС состоит не в том, чтобы просто фиксировать факты, а в том, чтобы опосредовать реальность субъективной жизни в интерсубъективной форме, которая может быть занесена в записи, доведена до сведения других и интерпретирована как людьми, так и машинами.

Такая онтология обязательно многомерна. Вот почему модель психстатус не опирается на традиционные линейные нарративы, а использует матричную архитектуру, где каждый домен (строка) пересекается с градациями, кодами, связями симптомов, последствиями синдрома, диагностической релевантностью и соображениями по лечению (столб-

цами).

Эта матрица становится не только методом клинической документации, но и новым языком психического описания — языком, который является строгим, универсальным, адаптируемым к системам ИИ и в то же время чувствительным к уникальности каждого человека.

Наблюдать за психикой — значит участвовать в той форме научной практики, которая соединяет наблюдаемое и невыразимое. Это не просто предварительный к постановке диагноза, а основополагающий эпистемический акт, который придает структуру субъективности. Модель психстатус возрождает этот центральный акт психиатрии и превращает его во всеобъемлющую, структурированную и основанную на психстатусе науку о наблюдении. Она возвращает достоинство описательной психиатрии и подготавливает ее к следующей эволюции: интеграции с вычислительными системами, междисциплинарной онтологии и глобальной применимости.

В последующих главах мы будем отталкиваться от этой философской и клинической базы к детальной архитектуре психических функций, переводя наблюдение в области, области в коды, а коды в структурированное клиническое знание. Поступая таким образом, мы начинаем движение от наблюдения к экзоспекции, от традиционной ОПС к будущему интеллектуальной психиатрии.

Ссылки

[1] Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х т. М.: Издательский центр «Академия», 1996. Т. 2.

[2] Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология/ Пер. с нем. Д.В.Скляднева. СПб. 2004.

[3] Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. - М.: Территория будущего. – 2010. – 638 с.

[4] Бардина С. М. Междисциплинарность как методологическая особенность «философии психиатрии»: Автореф. дис. … канд. филос. наук. М., 2014. 32 с.

[5] Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах. ГЭОТАР- Медиа.2009, 144 с.

Феноменология и структура психики

Феноменология в применении к психиатрии относится к тщательному, дисциплинированному наблюдению и описанию психического опыта, как он представляется сознанию. Задолго до того, как психиатрия превратилась в ее нынешние нозологические или фармакологические акценты, корни нашей дисциплины лежали в попытках видеть, называть и понимать психические явления по мере их развития — в их форме, структуре и проживаемой реальности. Немецкая школа описательной психиатрии, возглавляемая Вильгельмом Гризингером, Карлом Ясперсом, а затем расширенная Куртом Шнайдером и другими, заложила эпистемологические основы этого метода. Ясперс, в частности, выступал за четкое различие между объяснением феномена и его пониманием, причем психиатрия находится на их пересечении [1].

Тем не менее, феноменология — это не просто философский инструмент, это сам язык клинического глаза психиатра. В модели психстатус мы принимаем это наследие не только как историческую дань уважения, но и как план матрицы, ориентированной на будущее, которая позволит как врачам, так и искусственному интеллекту работать на основе тонкого, точного, структурированного наблюдения. Наша цель состоит не в том, чтобы свести психику к спискам симптомов,

а в том, чтобы восстановить полную размерность ума, как она проявляется в проживаемой клинической встрече.

Практиковать феноменологическое наблюдение, значит отбрасывать ранее существовавшие суждения и обращать внимание на психические содержания по мере их проявления. Этот метод был адаптирован из гуссерлевской феноменологии в клиническую психиатрию Ясперсом, который настаивал на том, что психические состояния должны пониматься в их собственных терминах, до введения диагностических ярлыков. В этом отношении заблуждение — это не просто «ложное убеждение», но трансформация самого способа восприятия реальности; галлюцинация это не просто «сенсорное неправильное восприятие», а изменение структуры самого восприятия.

Этот метод требует, чтобы врач замедлился, наблюдал и вошел в мир пациента без преждевременного теоретизирования. Этот «феноменологический взгляд» лежит в основе всей психиатрической интерпретации и именно это делает психстатус уникальным: мы создаем систему, которая тренирует этот взгляд, как у людей, так и у машин.

Задача психиатра состоит не только в том, чтобы воспринимать психические явления, но и в том, чтобы описывать их таким образом, чтобы они были передаваемыми, сопоставимыми и структурно значимыми. Это описание должно сохранять целостность опыта, обеспечивая при этом интеграцию в более широкую диагностическую и терапевтическую

структуру.

Мы выделяем три уровня наблюдения:

1) субъективный опыт: то, что пациент чувствует, ощущает, намеревается, боится или во что верит, фиксируется с помощью эмпатического слушания и открытых вопросов.

2) объективное выражение: то, что видно, слышно, измеряется или вызывается в поведении, языке и невербальных сигналах.

3) структурный анализ: как феномен вписывается в известные категории психических функций, симптомов, синдромов и, в конечном счете, диагноза.

В классической психиатрии психика часто делилась на три широкие области: познание, аффект и конация[7]. Однако этой трехсторонней модели не хватает точности, необходимой для современных клинических, научных и вычислительных потребностей. Модель психстатус расширяет это до более детальной системы, основанной на 50 психических функциях, каждая из которых наблюдаема и кодируема, но при этом уходит корнями в оригинальный феноменологический метод.

Каждая область, будь то «внешность», «настроение», «мыслеформа» или «суждение» — это не просто пункт спис-

[7] Конация (способность к волевому усилию) - аспект психических процессов, который связан с волей, стремлениями, желаниями. Термин исторически использовался для обозначения основных умственных способностей (вместе с эмоциями и познанием).

ка, а феноменологическое пространство с внутренней структурой. Например: аффект может быть описан в терминах диапазона (широкий или ограниченный), конгруэнтности (с настроением и содержанием), уместности (к контексту) и модуляции (лабильный против плоского). Мыслеформа может быть проанализирована на предмет логической последовательности, ассоциаций, схода с рельсов, бегства или персеверации, все это отражает более глубокие нарушения в психической структуре. Таким образом, исследование психики сводится не к подсчету симптомов, а к пониманию структур.

Современный психиатр должен ориентироваться в нескольких таксономических системах — от МКБ-10/11, DSM-5 до нозологии Леонгарда, патокинеза Снежневского и современных нейробиологических моделей. Тем не менее, все они опираются на одно и то же основание: наблюдаемые изменения в умственных функциях.

В МКБ-10, например, галлюцинации и бред перечислены как основные симптомы психоза (F20-F29), но их феноменологическое богатство редко раскрывается. МКБ-11 пытается использовать более многомерный подход, интегрируя когнитивную, негативную, аффективную и поведенческую области [2]. Тем не менее, ни одна из систем не заменяет необходимость в структурированном клиническом описании.

Поэтому психстатус предлагает мост: мы начинаем с описательной феноменологии и с помощью систематического кодирования сопоставляем каждую функцию с:

- соответствующим симптомом (например, вставка мыслей → отчуждение мыслей).

- синдромальным контекстом (например, шизофренические симптомы первого ранга).

диагностическое значение (например, указывает на параноидальную шизофрению F20.0 в МКБ-10).

- значением для лечения (например, антипсихотики, психотерапия, развитие инсайта).

Таким образом, феноменологическое описание становится семенем всех последующих клинических рассуждений и, в конечном счете, обучения искусственного интеллекта психиатрии.

Предлагаемая нами матричная модель представляет собой не метафору, а буквальную структуру: динамическую таблицу, в которой строки представляют психические функции, а столбцы — их свойства (степень, качество, кодирование, ссылки на симптомы, синдромы, диагнозы, методы лечения). Такой подход заново вносит порядок в то, что стало фрагментированным диагностическим ландшафтом.

Восстанавливая центральное место феноменологических функций, мы возвращаемся к корням психиатрии — не к регрессу, а к прогрессу. Модели ИИ, обученные на этой структуре, не будут просто сопоставлять симптомы с диагнозами, они научатся наблюдать, интерпретировать и взвешивать сложные паттерны психического функционирования, подоб-

но обученному психиатру.

Феноменология в психиатрии не является пережитком прошлого — это эпистемологическое сердце дисциплины. В системе психстатус становится фундаментом для новой эры: эпохи, в которой структурированное наблюдение, клиническая эмпатия и искусственный интеллект объединены на одном языке. То, что К. Ясперс начинал как метод понимания души, мы теперь расширяем в матрицу для исцеления ума.

В этой главе закладывается концептуальная основа для следующей: архитектуры матрицы психического статуса, в которой будет изложена полная структура психического состояния, но не в виде теории, а в виде клинической, обучаемой и вычислительной модели.

Ссылки

[1] Ясперс К. Общая психопатология / Пер с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.

[2] Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А., Ананьева Н.И., Аничков А.Д., Ахапкин Р.В., Букреева Н.Д., Вандыш-Бубко В.В., Васильева А.В., Введенский Г.Е., Вельтищев Д.Ю., Винникова М.А., Гаврилова С.И., Горелик А.Л., Горобец Л.Н., Григорьева Е.А., Гурович И.Я., Демчева Н.К., Дубинина Е.Е., Егоров А.Ю., Захаров Д.В. и др. Психиатрия: Национальное Руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. — ГЭТОР-Медиа, М.—2018.—1008с.

Архитектура матрицы

«Каждая наука начинается с классификации. Психиатрии слишком долго не хватало достаточно точной феноменологической сетки, чтобы направлять ее. Наша задача – построить эту сетку». Манифест проекта «Психический статус».

Потребность в структурированном представлении исследования психического состояния возникает не только из дидактической необходимости, но и из более глубокого эпистемологического кризиса в психиатрии. Сам по себе описательный язык, хотя и тонкий и вызывающий воспоминания, не обладает функциональной совместимостью, требуемой современной наукой. В то же время жесткие диагностические категории, такие как в МКБ-10 или DSM-5, хотя и необходимы для коммуникации, часто сворачивают отдельные психические процессы в редуктивные синдромные бункеры [1].

Матрица «Психстатус» реагирует на это напряжение новой архитектурой. Эта структура, основанная на феноменологии, но согласованная с цифровыми форматами, позволяет психиатрам ориентироваться в пространстве между жизненным опытом и формальным диагнозом, между глубиной повествования и вычислительной ясностью.

В основе матрицы лежат пятьдесят дискретных показателей, полученных в результате многовековых клиниче-

ских наблюдений и последних достижений в нейропсихологии, аффективной нейробиологии, культурной психиатрии и моделировании искусственного интеллекта. Каждая строка представляет функцию, способность или наблюдаемое измерение психической жизни от основной видимости до сложных экзистенциальных идей.

Это не произвольные фрагменты, а тщательно очерченные функциональные домены. Каждый из них может быть: наблюдается клинически, описан феноменологически, интерпретируется психопатологически, закодирован симптоматически и, в конечном итоге, подключен к диагностическим кластерам.

Такая структура строк обеспечивает многоуровневую гранулярность особенность, отсутствующая в классической ОПС, которая традиционно группировала функции слишком широко (например, сваливая в одну кучу мыслеформу и содержание или сводя аффект к настроению). Такое чрезмерное упрощение часто приводит к диагностической неопределенности и слабой межоценочной надежности [2].

В отличие от этого, психстатус разбивает каждую функцию на отдельную строку, что позволяет сделать: точную феноменологическую аннотацию, отдельное кодирование степеней и качеств и согласование с несколькими системами классификации (МКБ-10, МКБ-11, DSM-5, эндогенной типологией Леонгарда и т.д.).

Пример: «Зрительный контакт» трактуется как отдельная

строка, а не как субаспект «Аффекта» или «Поведения», потому что его клиническое значение варьируется в зависимости от контекста (например, при аутизме, шизофрении, депрессии или социальной фобии) и требует собственной интерпретационной логики [3].

Если строки представляют то, что наблюдается, то столбцы определяют, как это описывается, измеряется и интерпретируется. Столбчатая система матрицы включает в себя четыре иерархические страты:

1) Степень / Серьезность (количественная шкала)

Это относится к наблюдаемой интенсивности или присутствию явления. Эта шкала стандартизирована по показателям — например, от 0 (отсутствует) до 5 (экстремальный или патологический), что позволяет агрегировать и сравнивать данные.

Пример:

«Эффект: Притупленный = 4/5»

«Память: Легкое кратковременное нарушение = 2/5»

Эта шкала позволяет отслеживать клинические особенности (например, по сеансам) и предназначена для интеграции в продольный анализ, основанный на искусственном интеллекте.

2) Качества / Подтипы (феноменологические варианты)

Каждая функция имеет таксономию качеств, представляющих различные феноменологические подтипы. Это не сте-

пени, а способы выражения.

Пример:

Настроение: Подавленное / Эйфорическое / Дисфорическое / Тревожное / Апатичное

Речь: Напористая / Монотонная / Косвенная / Словесная

Эти подтипы могут возникать одновременно, быстро смещаться (как при аффективной нестабильности) или оставаться ригидными (как при аутистическом уплощении). Их включение отражает полифоническую природу психической жизни — важнейший вывод из отечественной клинической психологии [3].

3) Кодирование (психопатологическая интерпретация)

Каждая функция сопоставляется с потенциальными клиническими интерпретациями, формируя ось симптомов матрицы. Это включает в себя классическую терминологию (например, «бедность речи», «полет идей»), но также вводит структурированные коды для интероперабельности.

Эти коды связывают каждое наблюдаемое качество с:

- терминами симптомов МКБ-10 и МКБ-11,
- критериями DSM-5,
- измерениями критериев исследовательской области (RDoC) и
- векторными кодировками, специфичные для ИИ (будут определены в Части IV).

Пример:

«Содержание мыслей: Паранойя → МКБ-11: MB23.3, DSM-5: 297.1»

«Речь: Эхолалия → тег ИИ: Ech_Spont08»

Такое кодирование позволяет использовать масштабируемые базы знаний, инструменты поддержки принятия клинических решений и автоматизацию дифференциальной диагностики.

4) Кросс-системные связи (многоосевое отображение)

Каждая ячейка строка-столбец связана между собой через несколько интерпретативных систем, образуя то, что мы называем многоосевым мостом. Например, можно увидеть, как «эмоциональная дисрегуляция» проявляется как: симптом пограничной болезни Паркинсона МКБ-11, измерение в системах отрицательной валентности RdoC и процесс в моделях диалектической поведенческой терапии (ДПТ).

Эта многомерная связь важна не только для клиницистов, но и для разработки психиатрических моделей ИИ, которые должны транслироваться между системами, сохраняя при этом клиническое значение.

Матрица не статична. Каждая ячейка строки-столбца становится не только точкой данных, но и семантическим узлом, который может обновляться с помощью новых исследований, клинической мудрости или идей, полученных с по-

мощью искусственного интеллекта. По мере развития новых диагностических систем (например, МКБ-12, DSM-6) такая модульная конструкция обеспечивает прямую совместимость. По мере того, как ИИ учится распознавать тонкости жестов или шаблоны модуляции голоса, будут появляться новые столбцы. По своей сути матрица сохраняет первенство наблюдения. Она не заменяет психиатра, она делает объектив более четким, привнося структуру в хаос и глубину в данные.

Ссылки

[1] Кендлер К.С. К философской структуре психиатрии. Американский журнал психиатрии. 2005. С. 433–440.

[2] Менделевич В. Д. Психопатология как результат творчества // Практическая медицина. 2015. № 5. С. 39-41.

[3] Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств: дисс. … докт. психол. наук. – СПб., 2011. – 532 с.

Три формата психстатуса

Структурированное наблюдение и документирование психического состояния пациента должны служить различным клиническим, судебно-медицинским, образовательным и технологическим целям. Точно так же, как врач выбирает диагностический инструмент в зависимости от срочности и обстановки, будь то экспресс-тест или полное лабораторное обследование, так и психиатры должны иметь возможность выбрать соответствующий уровень глубины при проведении и записи исследования психического состояния. Таким образом, мы вводим три масштабируемых, специфичных для формата уровня, адаптированных к различным контекстам: малый, средний и полный матричный форматы.

Каждый формат имеет единую концептуальную основу, но отличается детализацией, временем, необходимым для администрирования, и количеством охватываемых доменов. Логика этого многоуровневого подхода не просто прагматична, она отражает эпистемологическую необходимость психиатрической гибкости перехода от гештальта к структурированному профилю и многомерной матрице.

Малый формат – экстренные ситуации, скрининг и высокопроизводительные настройки. Формат предназначен для ситуаций, требующих краткости, ясности и решительности, таких как отделения неотложной помощи, кризисная сор-

тировка, скрининг первичной медико-санитарной помощи, поступление в тюрьму или ранние стадии госпитализации. Его цель состоит не в том, чтобы дать исчерпывающий портрет психики пациента, а в том, чтобы зафиксировать непосредственные проблемы, которые могут сигнализировать о тяжелой патологии или острой опасности (например, суицидальные мысли, психотические симптомы, дезорганизованное поведение, кататония или интоксикация).

В этой версии оцениваются только основные 10–15 показателей из 50-доменной системы: внешний вид, поведение, сознание, ориентация, поток мыслей, содержание мыслей, настроение, аффект, восприятие, контроль импульсов и инсайт. Эти области с наибольшей вероятностью будут нарушены при острых психических состояниях и дают быстрый сигнал о тяжести, позволяя клиницистам решить, оправдано ли более подробное обследование.

Однако ключевым моментом является то, что даже в этой сокращенной форме применяется та же архитектура кодирования. Это означает, что любые сделанные наблюдения могут быть мгновенно интегрированы в большую матрицу позже — либо ретроспективно, либо по мере развития дела. Такая непрерывность между уровнями предотвращает фрагментацию данных о пациенте и поддерживает продольный анализ.

Малый формат особенно полезен в телепсихиатрии, военных развертываниях, судебно-медицинской экспертизе и

мобильных пунктах психического здоровья, где время, конфиденциальность и доступность врачей ограничены. Инструменты на основе искусственного интеллекта также могут использовать небольшой формат в качестве первой линии сортировки с помощью чат-бота.

Средний формат – клиническая работа и психотерапия. Формат соответствует уровню детализации, обычно ожидаемому в стандартной клинической психиатрической работе, амбулаторной или стационарной, а также при психотерапевтической оценке. Он охватывает примерно 30–40 из 50 областей, сгруппированных по ключевым функциональным областям: общее впечатление и поведение, познание, аффект, восприятие, мышление, воля и соматически-вегетативное функционирование.

В отличие от малого формата, средний начинает оценивать качественное и объемное богатство психической жизни пациента. Это позволяет описать символическое мышление пациента, эмоциональную регуляцию, эмпатию, исполнительное функционирование, формирование идентичности и модели отношений. Этот формат особенно актуален для дифференциальной диагностики в сложных или неоднозначных случаях, таких как различение аффективных расстройств с психотическими особенностями и первичных психозов, или между пограничной организацией личности и ранними расстройствами шизофренического спектра.

Средний формат рассчитан на выполнение за 30–60 ми-

нут, в зависимости от знакомства врача со структурой матрицы и открытости пациента. Важно отметить, что клиницист может использовать структурированные подсказки или открытый диалог для получения ответов, но всегда будет кодировать наблюдения в полустандартизированное поле данных, поддерживая как клиническую интуицию, так и структурированную документацию. Этот формат также подготавливает структуру данных для психометрических наложений, т.е. позволяет «отображать» данные психологического тестирования на психстатусе, тем самым улучшая интегративное понимание пациента в биологическом, клиническом и психологическом измерениях.

Полный формат – экспертная, криминалистическая и научная модель, является наиболее детальной и эпистемологически полной моделью психики, доступной в современной психиатрии. Это научный и криминалистический золотой стандарт, включающий в себя все 50 областей, перекрестно закодированных с градациями тяжести, феноменологическими дескрипторами, синдромными коррелятами и ссылками на диагностические категории как в МКБ-10, так и в МКБ-11, а также опциональное сопоставление с системой Леонгарда, DSM-5 и ведущими российскими нозологическими традициями, такими как патокинез Снежневского.

Этот формат используется в судебной психиатрии, докторских исследованиях, многолетней психодинамической работе, нейропсихиатрической дифференциальной диагно-

стике, психотерапевтическом супервизии и моделировании искусственного интеллекта. Он поддерживает готовую к использованию ИИ архитектуру кодирования для преобразования в машиночитаемую логику, обеспечивая будущее предиктивное моделирование, психографическую кластеризацию и точное планирование лечения.

Полный формат не полагается исключительно на логику чек-листа, скорее, он поддерживает многоосевую интерпретацию, лонгитюдное отслеживание и расширенный феноменологический анализ. Каждое наблюдение, будь то тонкая нестабильность аффекта, сложность символического языка или духовные измерения страдания может быть помещено в матрицу с нюансами интерпретации. Таким образом, полный формат открывает дверь к матричной интеграции человеческой и машинной психиатрии, формируя основу новой эпистемологии.

Важно отметить, что полная версия является не только статическим диагностическим инструментом, но и динамическим: повторяемым во времени, позволяющим отслеживать психическую эволюцию, ремиссию или декомпенсацию. Эта временная гибкость дает ему явное преимущество по сравнению с современными стандартными инструментами, которые часто являются поперечными и только симптоматическими.

Наконец, полный формат приглашает к сближению Востока и Запада, классической и цифровой, описательной и ко-

личественной психиатрии. Он может вместить традиционную психиатрическую мудрость (например, Ясперса, Блейлера, Шнайдера, Леонгарда), российские глубинно-психологические модели (например, Лурии, Выготского, Леонтьева) и новую поведенческую аналитику на основе искусственного интеллекта, включая анализ голоса, паттерны движений и цифровые следы.

Введение в пять осей интерпретации: от феномена к актуальности лечения

Структурированное исследование психического состояния представляет собой не просто контрольный список наблюдаемых черт, но динамическую, многомерную интерпретативную модель. В этой главе мы представляем пять осей интерпретации, которые лежат в основе матричного подхода. Эти оси служат эпистемологическими мостами между феноменологическим описанием и клинической полезностью, преобразуя исходный психический материал в формат, который не только понятен экспертам-людям, но и все больше интерпретируется искусственным интеллектом.

Каждая психическая функция, поведение или выражение, наблюдаемые в 50 областях, подлежат анализу по пяти осям:

Феномен
Симптом
Синдром
Диагноз
Лечение

Этот многоуровневый подход не просто дидактический, он отражает историческое и клиническое движение от описательной психиатрии к нозологической классификации, дальше к терапевтической точности и вычислительной репрезентации.

Первая ось ***феномен*** относится к непосредственно наблюдаемому или субъективно сообщаемому проявлению психической жизни. Уходящая корнями в классическую феноменологию, эта ось опирается на гуссерлевское представление об интенциональной структуре сознания[8] и принцип, согласно которому психические события всегда переживаются кем-то в той или иной степени [1]. Для психиатра это означает, например, фиксировать не только факт галлюцинации, но и ее структуру, модальность, убежденность и интеграцию в жизненный мир пациента.

В этом смысле феномен не является «просто симптомом», а переживаемым событием, требующим эйдетического внимания[9]. Советские психологи, такие как Л.С. Выготский и А.Р. Лурия, подчеркивали культурно-историческое формирование опыта, предполагая, что то, что проявляет-

[8] Гуссерлевское представление об интенциональной структуре сознания сводится к тому, что интенциональность — это основное свойство сознания быть направленным на некий предмет. Эта направленность имеет два уровня: ноэтический (сознание как акт переживания) и ноэматический (сам предмет переживания, или «смысл» предмета). В отличие от некоторых других концепций, гуссерлевская не приписывает внешним факторам сущностной роли в конституировании сознания, полагая структуру интенционального акта независимой от конкретного объекта.

[9] Эйдетическое внимание — это способность максимально точно и детально запоминать и мысленно воспроизводить образы, сохраняя их в памяти на некоторое время после прекращения восприятия. Этот феномен связан с эйдетической памятью (или «фотографической памятью»), которая позволяет удерживать в деталях зрительные впечатления и образное мышление.

ся как расстройство, может быть реконфигурацией внутренних психологических инструментов [2]. Таким образом, феноменологическое описание становится необходимой предпосылкой для всех остальных осей.

Вторая ось ***симптом*** вводит медикализацию наблюдаемого явления. Явление становится симптомом только тогда, когда оно отклоняется от ожидаемого психического функционирования и приобретает клиническую выраженность. Здесь мы переходим от описательной онтологии к нормативно-оценочной. Например, замедленная психомоторная активность, может быть, просто отмечена как явление у усталого пациента, но она становится симптомом, когда возникает при длительном аффективном уплощении и суицидальных мыслях, что указывает на возможный депрессивный эпизод. Этот шаг классически определяется в нозологии Крепелина, где симптомы являются минимальными единицами психического расстройства [3].

Это также первая ось, по которой критерии МКБ-10 и МКБ-11 начинают сопоставляться с реальным опытом, что обеспечивает потенциальную интеграцию со структурированными диагностическими инструментами и машиночитаемыми форматами.

Третья ось ***синдром*** относится к совокупности симптомов, которые имеют тенденцию возникать одновременно с некоторой степенью последовательности, временности и клинического значения. Синдромы — это синтаксические

единицы на языке психиатрии, фразы, составленные из лексических единиц симптомов.

Исторически концептуализация синдромов эволюционировала от сущностей болезни Крепелина к функционально-типологических схемам Леонгарда, а в России – от патокинеза Снежневского к современной функциональной психопатологии [4]. Синдром — это больше, чем кластер, это закономерность, которая побуждает к умозаключениям и гипотезам. Для психиатрии, основанной на искусственном интеллекте, это также наиболее перспективный уровень для алгоритмов распознавания образов и методов кластеризации машинного обучения.

Матрица фиксирует синдромы не только с помощью абстракции, но и с помощью матричных перекрестных ссылок между доменами. Например, параноидальный синдром может возникать из симптомов, закодированных в сферах содержания мышления, аффекта и межличностного функционирования, формируя узнаваемый профиль внутри структуры.

Четвертая ось ***диагноз*** является наиболее формализованным и юридически значимым измерением матрицы. Он сопоставляет синдромы с признанными заболеваниями в рамках установленных классификационных систем, включая МКБ-10, МКБ-11, DSM-5, а также — для передовой практики с историческими или альтернативными типологиями, такими как классификация Леонгарда или неоюнгиан-

ские конструкции.

Это уровень, на котором встречаются клинический и административный миры: диагноз определяет лечение, госпитализацию, страховое покрытие и социальные последствия. Именно здесь экспертное психиатрическое суждение должно взвешивать культурные, экзистенциальные и правовые факторы. Однако система психстатуса настаивает на том, что диагноз должен вытекать из матрицы, а не навязываться ей. Это меняет часто поспешный подход «сверху вниз» в спешных клинических условиях, подчеркивая диагностический поток «снизу вверх»: от подробного описания → кодирования симптомов → распознавания синдрома → диагностической гипотезы. Более того, диагностика, поддерживаемая искусственным интеллектом, после интеграции в психстатус, будет в значительной степени зависеть от точных отображений на этих уровнях, что потребует от клиницистов стать соавторами логических деревьев, которым будет следовать ИИ.

Наконец, пятая ось релевантность ***лечения*** просит клинициста сделать вывод о терапевтических выводах из предыдущих четырех осей. Она завершает эпистемологический цикл от наблюдения до вмешательства.

Не каждое явление требует лечения. Некоторые из них адаптивны, другие просто необычны. Даже не каждый симптом подразумевает патологию. Однако, как только симптом или синдром вызывает дистресс, дисфункцию или опасность, терапевтические соображения становятся централь-

ными.

Матрица помогает клиницистам определить, какая функция нарушена, какого рода вмешательство она требует и какой уровень срочности или модальности является подходящим. Например: синдром эмоциональной дисрегуляции, возникающий из областей 36–39, может привести к КПТ или фармакотерапии. Психотический синдром с бредовым содержанием мышления, аффективной неконгруэнтностью и нарушением инсайта (области 33, 37, 42) потребует немедленного антипсихотического вмешательства и, возможно, госпитализации. Кроме того, актуальность лечения также открывает двери для междисциплинарных и интегративных подходов, включающих восточные методы, нейробиоуправление, психообразование и новые цифровые методы лечения.

В будущих исследованиях эта пятая ось будет служить точкой интеграции между диагностикой и персонализированным планированием лечения, включая фармакогеномику, сопоставление психотерапевтических модальностей и моделирование прогностического ответа.

Все пять осей (феномен, симптом, синдром, диагноз и лечение) служат не просто диагностическим каркасом, они представляют собой методологическую революцию: структурированную, динамическую и, в конечном счете, вычислительную модель психики. В эпоху психиатрии, интегрированной с искусственным интеллектом, этот эпистемологиче-

ский компас гарантирует, что данные останутся основанными на жизненном опыте пациента, направляемыми тренированным умом психиатра и доступными для действий с помощью интеллектуальных систем.

Теперь перейдем к части II, где каждая область сознания будет глубоко исследована с помощью этой пятиосевой модели, начиная с общего впечатления и поведения.

Ссылки

[1] Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. Кн. первая / Гуссерль Э. Пер. с нем. А. В. Михайлова. – М.: Академический проект, 2009. – 489 с.

[2] Размыслов П. И. О «культурно-исторической теории психологии» Выготского и Лурия // Книга и пролетарская революция. — 1934. — № 4. — С. 78-86.

[3] Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин; Послесл. С. А. Овсянников. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. — 493 с., ил.

[4] Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. М.: Медицина, 1999. С. 466- 489.

ЧАСТЬ II — 50 ОБЛАСТЕЙ ПСИХИКИ

Внешний вид

Клиническое взаимодействие начинается не с вопроса, а с взгляда. Прежде чем произнести слово, психиатр уже начал воспринимать пациента — его тело, осанку, одежду, движения и внешний вид. Этот довербальный контакт относится к области видимости, области, которой часто пренебрегают в академических работах из-за его кажущейся поверхностности, но которая необходима в клинической интуиции. Первое впечатление, хотя иногда и вводящее в заблуждение, часто бывает разоблачительным, если рассматривать его систематически. Он обеспечивает первоначальную точку доступа к психике, «внешнее окно во внутренний мир» [1]. Цель данной главы состоит в том, чтобы структурировать это окно, предложив психиатрам и будущим системам искусственного интеллекта надежный язык для описания, кодирования и интерпретации внешнего вида в рамках логики матрицы.

Феноменологический статус внешности

Внешний вид пациента не является чисто эстетическим

или поведенческим. В контексте феноменологии он представляет собой презентацию себя в мире, то, как субъект раскрывает свое внутреннее состояние через телесное выражение. По мнению К. Ясперса, внешность — это не пассивное наблюдение, а «акт экзоспекции — то, как внутренний мир проявляется через позу, одежду, черты лица и напряжение тела» [2].

Согласно понятию тела-субъекта Мерло-Понти[10], видимое тело является не просто объектом среди других, но носителем интенциональности. То, что мы видим во внешности пациента, — это не просто материя, а смысл — потенциально тревога, психоз, смирение, соблазнение, замкнутость или апатия. А.Р. Лурия подчеркивал это в своих клинических

[10] У Мерло-Понти «тело-субъект» — это не просто объект, а живая, воплощенная субстанция, которая является неотъемлемой частью нашего восприятия мира и сознания. Это тело, которое существует в мире, взаимодействует с ним и не может быть отделено от разума. Оно — «средство бытия в мире» и «горизонт, скрытый во всём нашем опыте». Тело и разум неразделимы: Мерло-Понти отвергает дуализм разума и тела, утверждая, что они составляют единое целое. Наше сознание не существует отдельно от нашего тела. Тело как воплощенная субъективность: вместо объективного объекта, тело является воплощенной субъективностью, которая обладает внутренней энергией и является носителем смыслов. Взаимодействие с миром: тело-субъект не пассивно воспринимает мир, а активно взаимодействует с ним, ориентируется в пространстве и проявляет намерения. Отличие от тела-объекта: Мерло-Понти проводит различие между телом-субъектом (живым, активным) и телом-объектом (обезличенным, пассивным, например, в научном исследовании). Основа для понимания другого: концепция интертелесности, основанная на понятии тела-субъекта, объясняет, как мы воспринимаем и понимаем тела других людей, не сводя их к объектам, а воспринимая их как живые, действующие существа.

интервью: «Все в позе и тоне лица пациента сигнализирует об их отношении к болезни, ко времени и к другому» [3].

Клинические составляющие внешности

А. Одежда и внешний вид:

Одежда дает представление о социальной идентичности, настроении, когнитивной организации и культурном фоне. Чрезмерная одежда, причудливые сочетания или ношение неподходящей одежды (например, зимнее пальто летом) могут сигнализировать о маниакальных состояниях, шизофрении. Плохой груминг часто проявляется при депрессии, слабоумии, негативной шизофрении.

В. Гигиена и запах:

Личная гигиена отражает волевой драйв и исполнительную функцию. Пациенты в депрессивном ступоре, хроническом психозе или кататонии могут пренебрегать элементарной гигиеной. Зловонный запах или запах с оттенком алкоголя может указывать на зависимость от психоактивных веществ, делирий или органические синдромы мозга.

С. Физическая целостность:

Необходимо оценить наличие синяков, следов от игл, шрамов или признаков самоповреждения (например, порезов, ожогов). Эти результаты могут отражать историю травмы, пограничную личность или злоупотребление психоактивными веществами. Соматический габитус (кахексия, ожирение, гипермускулярность) может быть связан с рас-

стройствами пищевого поведения, употреблением стероидов или эндокринологическими синдромами.

D. Возраст внешности в сравнении с хронологическим возрастом:

Пациенты с шизофренией, расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, или хроническими аффективными заболеваниями часто выглядят старше своего возраста. И наоборот, маниакальные пациенты могут казаться необычайно энергичными или молодыми.

E. Сигналы гендерного самовыражения и идентичности:

Ненормативные выражения могут быть связаны с лежащей в их основе гендерной дисфорией, структурой личности или культурным позиционированием и должны быть описаны нейтрально и уважительно.

Каждая клиническая встреча может быть закодирована по качественной и количественной осям, двигаясь к структурированной совместимости с системами искусственного интеллекта и научными матрицами данных.

Таблица. Варианты кодирования дескриптора оси матрицы.

ОСЬ МАТРИЦЫ
ДЕСКРИПТОР
КОДИРОВАНИЕ

Степень

Нормальная / Легкая / Умеренная / Тяжёлая / Крайняя

0–4

Качество

Эксцентричный / Заброшенный / Маниакальный / Соблазнительный / Замкнутый / Пожилой / Инфантилизированный

Текстовые метки

Связь функций

Воля / Социальное познание / Образ себя / Суждение / Инсайт

Фенотип-синдром

Расстройства

Депрессия, шизофрения, деменция, пограничное РЛ, употребление психоактивных веществ

Опорные значения МКБ-10/МКБ-11/DSM-5

Клиническая неотложность

Выжидательная тактика / Требуется направление к специалисту / Немедленная

Отметка о риске

Пример: 38-летний мужчина с сильно растрепанным видом, неприятным запахом и эксцентричными сочетаниями одежды (летом шуба поверх пижамы). Кодирование: Степень: 4 (Extreme); Качество: эксцентричный, запущенный; Связанные функции: Воля, Суждение, Самосознание; Синдромная гипотеза: дезорганизованная шизофрения (МКБ-11 6A21.0).

Таблица. Появление на пяти осях

ОСЬ
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ВНЕШНОСТИ

Феномен
Наблюдаемое телесное проявление внутренних состояний.

Симптом
Например, растрепанный внешний вид (часто при депрессии), причудливая одежда (наблюдается при психозе).

Синдром
Способствует диагностике кластеров: кататонических, маниакальных, дезорганизованных.

Диагноз

Специфические расстройства часто характеризуются характерными проявлениями (например, шизофрения, биполярное расстройство, деменция).

Лечение

Решение об уровне ухода, потребности в контроле, потенциальном рискованном поведении

Внешний вид часто позволяет провести дифференциацию на ранних стадиях.

Мания: Красочный, соблазнительный, выразительный, иногда яркий наряд.

Депрессия: сутулая осанка, тусклая одежда, минимальный уход.

Деменция: Несоответствие одежды, плохая гигиена, признаки пренебрежения.

Пограничное расстройство личности: противоречивые сигналы — гиперухоженные, но с видимыми шрамами от самоповреждения.

Расстройства аутистического спектра: идиосинкразическая одежда, устойчивость к нормативным сигналам внешности.

Всегда необходимо учитывать культурные и социально-экономические различия — то, что является «эксцентричным» в одном контексте, может быть нормативным в

другом. Психиатр должен балансировать между структурированным описанием и культурной чувствительностью и контекстуальными знаниями.

Модели ИИ, обученные на визуальных или описательных данных внешнего вида, могут обеспечить дополнительную поддержку для распознавания образов, сортировки и прогнозирования рисков. Кодирование внешности становится основополагающим в машиночитаемых наборах данных о психическом состоянии, где пересекаются анализ изображений, распознавание лиц и текстовый разбор описаний [4].

Однако ИИ должен руководствоваться феноменологической этикой: рассматривать внешность не как обезличенное данное, а как первую поверхность интерсубъективного взаимодействия.

Внешность — это первый контакт, самый внешний слой психического выражения, который часто упускается из виду, но никогда не лишен смысла. Если описать его с глубиной, нюансами и структурой, мимолетное впечатление превратится в полезную с научной точки зрения точку зрения. В логике психстатуса внешность не тривиальна, а основополагающая — первый узел в психстатусе психики.

Ссылки

[1] Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии. Методология и история психологии. 2007;2:1:130- 150.

[2] Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х т. М.: Издательский центр «Академия», 1996. Т. 2.

[3] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 2006. 384 с.

[4] Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010. 638 с.

Выражение лица

Человеческое лицо, в отличие от любой другой части тела, представляет собой постоянно движущееся полотно, на котором зримо начертана психическая жизнь. С самых ранних моментов жизни мимика служит не только средством общения, но и непроизвольным зеркалом внутренних аффективных, когнитивных и даже волевых состояний. В психиатрии клиническое чтение выражений лица является основополагающим для обследования психического состояния, обеспечивая некоторые из самых ранних и мощных индикаторов психопатологии. Задача психиатра состоит не только в том, чтобы «замечать» лицо, но и в том, чтобы интерпретировать его: преобразовывать мимолетные мышечные сокращения в структурированный смысл, помещая каждое впечатление в феноменологическую и диагностическую матрицу.

Изучение мимики представляет собой одно из старейших пересечений между естественными науками и гуманистическими исследованиями. Чарльз Дарвин в своей основополагающей работе «Выражение эмоций у человека и животных» (1872) попытался обосновать эмоции и их выражение в эволюционных и биологических рамках, описав универсальные модели реакции лица на эмоциональные стимулы [1]. В XX веке это наследие было расширено такими исследователями, как Пол Экман, который продемонстрировал кросс-

культурную универсальность определенных выражений основных эмоций, таких как страх, гнев, радость, отвращение, печаль и удивление, а также разработал культурно специфичные «правила проявления» [2].

Психиатрия требует чего-то большего, чем таксономия эмоций. Мы должны обнаруживать не только то, какие эмоции выражаются, но и как — через форму, степень, конгруэнтность, продолжительность, уместность и само наличие или отсутствие самого выражения. При психопатологии тонкие аберрации мимической выразительности могут сигнализировать о глубоких разрывах в аффективной интеграции, нарушении самограниц или нейрокогнитивной дезорганизации. Таким образом, наша задача в этой главе двоякa: во-первых, сформулировать основные измерения, с помощью которых выражение лица может быть описано и закодировано; и, во-вторых, отобразить его трансформации по комплексам симптомов, синдромам и диагностическим категориям.

Выражение лица может быть понято феноменологически как экстернализация аффективного тона психической жизни. В отличие от вербальной речи, которой можно сознательно манипулировать, мимические движения часто предшествуют осознанию и спонтанно возникают из аффективных состояний. Со структурной точки зрения, выражение лица можно разложить на три основные категории наблюдений:

1) Количество выражения (выразительность) относится к

общему динамизму или живости лица, колеблется от гиперэкспрессивности (как при маниакальном возбуждении) до гипоэкспрессивности или амимии (полной потери экспрессии, характерной для паркинсонизма или кататонической шизофрении) [3].

2) Качество выражения лица (форма) – это характер и конфигурация мимических движений. К ним относятся напряженные, замороженные, похожие на маски, пластичные, подвижные, лабильные, причудливые или неконгруэнтные выражения лица. Каждый из них дает ключ к основным психическим состояниям или расстройствам.

3) Конгруэнтность и уместность: согласуется ли выражение лица с вербальным содержанием и ситуационным контекстом? Расхождения могут указывать на аффективное уплощение, неконгруэнтность (как при шизофрении) или манипулятивное социальное представление (как при симуляции или диссоциальном расстройстве личности).

При клиническом наблюдении эти элементы редко разделяются. Опытный психиатр учится синтезировать их в целостный гештальт, узнавая на лице пациента безмолвный язык нарушенной или неповрежденной психики.

Чтобы операционализировать область выражения лица в психстатусе, мы выделяем ряд кодируемых вариантов. Они структурированы по двум основным осям: степень и качество, с соответствующим кодированием для интеграции в структурированную документацию и системы на основе ис-

кусственного интеллекта.

Таблица. Степень (выразительность).

КЛИНИЧЕСКАЯ СТЕПЕНЬ
ОПИСАНИЕ
ПРЕДПОЛАГ. КОД

Нормальная выразительность
Живое, контекстуально уместное, эмоционально отзывчивое лицо
FE-0

Легкая гипомимия
Небольшое снижение мимических движений и эмоциональной отзывчивости
FE-1

Умеренная гипомимия
Заметно снижается лицевой аффект; фиксированное или замедленное выражение
FE-2

Тяжелая гипомимия / амимия
Лицо, похожее на маску; отсутствие эмоционального движения

FE-3

Гиперэкспрессивность
Преувеличенные, чрезмерные движения, не соответствующие контексту
FE-4

Таблица. Качество (форма):

КЛИНИЧЕСКАЯ СТЕПЕНЬ
ОПИСАНИЕ
ПРЕДЛАГАЕМЫЙ КОД

Неконгруэнтный
Выражение противоречит вербальному содержанию (например, улыбка при описании травмы)
FE-Q1

Странно
Неуместно
Социально девиантные или гротескные выражения (как при гебефрении)
FE-Q2

Мобильный Лабильный
Быстро меняющийся мимический аффект, часто непро-

порциональный
FE-Q3

Напряженный Тревожный
Мышцы напряжены, брови нахмурены, челюсть сжата
FE-Q4

Замороженный Пристальный взгляд
Широко раскрытые глаза, немигающий, неподвижный взгляд (как при кататонии или ПТСР)
FE-Q5

Гримасничающий Манерный
Повторяющиеся или театральные выражения (как при дистонии или расстройствах личности)
FE-Q6

Эти коды предназначены для использования в комбинации: например, FE-2 + FE-Q1 будет обозначать умеренную гипомиимию с неконгруэнтной экспрессией, как это часто наблюдается при резидуальной шизофрении.

Выражение лица вносит решающий вклад в синдромное построение. В то время как ни один синдром не определяется только мимическим поведением, определенные конфигурации мимической выразительности служат опорными точками в идентификации синдрома.

Аффективные синдромы. Депрессия характеризуется гипомимией, опущенным ртом, опущенным взглядом и общей грустью на лице. Мания часто проявляет гиперэкспрессивность, с яркими глазами, чрезмерной улыбкой, частыми изменениями выражения лица.

Психотические синдромы. Параноидальная шизофрения часто проявляет напряженные, настороженные, подозрительные выражения; нахмуренные брови и сканирующие движения глаз. Гебефреническая шизофрения (дезорганизованный тип): мимика может быть странной, неуместной или гротескно неуместной.

Неврологические синдромы. Болезнь Паркинсона - амимия из-за дисфункции базальных ганглий; неподвижное, похожее на маску лицо.

Кататония может проявлять застывшее, пристальное выражение, часто немигающее и нереактивное.

Расстройства личности. Диссоциальная личность может использовать обаятельные, манипулятивные выражения; неконгруэнтный аффект при описании эмоционально заряженного контента.

Каждый из этих диагностических шаблонов будет более подробно рассмотрен в части III, где выражение лица сопоставляется с матричными путями от симптома к синдрому и диагнозу.

В контексте проекта EmpathIQ и будущей психиатрии с искусственным интеллектом, выражение лица является ос-

новным входным каналом. Уже существуют алгоритмы распознавания эмоций на основе видео, которые могут обнаруживать микровыражения, единицы мимических действий и эмоциональный тон в режиме реального времени. Матрица психстатус обеспечивает структурированную основу кодирования, которая может быть сопоставлена с такими входными данными, что позволяет извлекать как объективные данные (с помощью машинного зрения), так и субъективную клиническую аннотацию.

Примечательно, что эмоциональное притупление и неконгруэнтность лица являются одними из самых сложных признаков для ИИ для интерпретации без контекстуальной осведомленности. Таким образом, матрица объединяет несколько точек зрения — вербальную, поведенческую, экологическую, чтобы гарантировать, что выражение лица интерпретируется в многомерной структуре, а не изолированно.

Культурные нормы оказывают глубокое влияние на отображение и интерпретацию мимики. То, что в одной культуре кажется эмоциональным уплощением, в другой культуре может представлять собой социальное приличие. Точно так же дети и подростки могут демонстрировать разные стили выражения, что усложняет клиническое суждение. Следовательно, матрица всегда включает ось интерпретативного контекста, требуя от клинициста документировать возраст, культуру, уровень развития и контекст при оценке.

Наблюдать за лицом пациента значит быть свидетелем того, как психика пытается говорить. В выражении лица мы встречаем пациента на грани вербализации часто до того, как появляются слова, а иногда и тогда, когда слова теряются. Этическая и клиническая задача психиатра состоит в том, чтобы восстановить смысл в этой выразительной области: интерпретировать, контекстуализировать и переводить явления лица в структурированное понимание. В модели психстатус выражение лица — это не поверхностная деталь, а глубокий диагностический сигнал, неразрывно связанный с аффективной, когнитивной и волевой областями.

Ссылки

[1] Ч. Дарвин, Сочинения, пер. С.Л. Соболя под ред. акад. Е.Н. Павловского, Изд. АН СССР, М., 1953 г., том 5.

[2] Экман, Пол. Психология эмоций / Пер. с англ.: В. Кузин. — СПб.: Питер, 2010. — 336 с.

[3] Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др. М.: Медицина, 1999. С. 466- 489.

Поведение и двигательная активность

Наблюдение за поведением и двигательной активностью долгое время стояло как один из краеугольных камней психиатрической диагностики. Еще до официального рождения психиатрии как медицинской дисциплины ранние врачи, шаманы, философы и судьи использовали движение в качестве основного сигнала для оценки внутренних состояний души или психики. В современном исследовании психического состояния поведение и двигательная активность являются одними из наиболее доступных извне показателей психологического состояния пациента. Тем не менее, их поверхностная простота противоречит глубокой диагностической, феноменологической и даже онтологической сложности.

В своей самой основной форме поведение относится к любому наблюдаемому физическому действию человека, включая произвольные двигательные движения, рефлексы, автоматизмы, жесты, тики, позы и другие кинетические выражения. Двигательная активность, хотя и пересекается с поведением, относится более конкретно к физиологическому и неврологическому выполнению движений, которые могут быть или не быть преднамеренными.

С феноменологической точки зрения, задача психиатра состоит в том, чтобы воспринимать поведение не только

как движение, но и как осмысленное выражение. Здесь мы должны обратиться к классическим концепциям, введенным К. Ясперсом и позже углубленным феноменологом, такими как Э. Гуссерль: движение часто является видимой поверхностью лежащего в основе экзистенциального или эмоционального расстройства. Кататония, возбуждение, психомоторная заторможенность, стереотипия или психогенный паралич являются не просто симптомами, а изменениями в структуре самого существования [1].

Опытный клиницист, благодаря молчаливому и уважительному наблюдению, заметит широкий спектр поведенческих и моторных признаков:

Возбуждение: гиперактивность, беспокойство, ходьба, заламывание рук, дергание за одежду, постоянное бесцельное движение — часто наблюдается в маниакальном, тревожном или бредовом состояниях.

Задержка развития: замедление движений, снижение речевой продуктивности, общее психомоторное замедление — характерно для меланхолической депрессии, некоторых деменций и шизофрении.

Кататонические признаки: от ступор (полное отсутствие произвольного движения), восковой гибкости, эхопраксии (автоматическая имитация движений экзаменатора) до негативизма и позирования.

Стереотипии и манеры: повторяющиеся, нефункциональные движения (раскачивание, удары головой, гримасы на ли-

це), которые могут возникать при шизофрении, расстройствах аутистического спектра и органических состояниях.

Тики и автоматизмы: как правило, непроизвольные, часто внезапные движения, которые могут указывать на неврологические или туреттоподобные состояния.

Волевое поведение: наблюдаемая интенциональность или бесцельность поведения сама по себе является диагностическим ключом.

Психиатр должен постоянно задаваться вопросом: является ли это движение спонтанным, реактивным, подражательным или индуцированным? Это функциональное или символическое? Является ли оно чрезмерным, преуменьшенным или странным?

Наблюдение за двигательным поведением играет центральную роль в различении синдромов:

Меланхолический синдром (МКБ-10: F32.0–F32.2; МКБ-11: 6A70.0) часто сопровождается психомоторной задержкой, снижением диапазона жестов и ограниченностью движений.

Маниакальный синдром (МКБ-10: F30.0; МКБ-11: 6A60) обычно выявляет гиперактивность, двигательное беспокойство, отвлекающие движения и снижение потребности в отдыхе.

Шизофренический спектр (МКБ-10: F20.x; МКБ-11:

6A20) могут характеризоваться кататонией, манерами, стереотипиями или причудливыми позами, часто не связанными с окружающей средой.

Делирий и органические синдромы головного мозга (МКБ-10: F05; МКБ-11: MB21) обычно проявляют флуктуирующую психомоторную активность, расторможенность или трепетность.

Неврологические / паркинсонические синдромы (МКБ-10: G20–G26; МКБ-11: 8A02.0) включают ригидность, тремор, акинезию и фестинирующую походку.

Функциональные неврологические расстройства (конверсионное расстройство, МКБ-10: F44.x; МКБ-11: 6B60.0) может имитировать неврологическое заболевание с непоследовательными или символическими двигательными симптомами.

Правильная интерпретация поведения и двигательной функции требует интеграции психиатрического наблюдения с неврологической оценкой, включая тестирование рефлексов, оценку двигательного тонуса и шкалы экстрапирамидных симптомов.

Выражение поведения и двигательной активности неразрывно связано с активностью в базальных ганглиях, лобной коре, лимбической системе и двигательных цепях ствола мозга. Дофаминергическая дисрегуляция, особенно в нигростриарных путях, лежит в основе многих двигательных

аномалий, наблюдаемых при шизофрении, болезни Паркинсона и побочных эффектах антипсихотических препаратов.

Психодинамически двигательная активность может выражать бессознательные конфликты, подавленные побуждения или символическое сопротивление, как это видно в феноменах конверсии. Поведение также может отражать усвоенные поведенческие модели, условные реакции или оборонительные позы — идеи, сохраняющиеся в поведенческих и когнитивно-поведенческих моделях.

В психстатусе поведение и двигательная активность кодируются в соответствии с:

1) Степень изменения: повышенная, уменьшенная, отсутствует

2) Тип изменения: гиперактивность, задержка развития, стереотипность, ригидность и т.д.

3) Синдромная связь: маниакальная, депрессивная, кататоническая, органическая, неврологическая

4) Перекрестные ссылки МКБ-10/МКБ-11: обеспечение структурированной диагностической корреляции

5) Кодирование ИИ: поведенческие скрипты, переводимые в машиночитаемые данные для будущей цифровой психиатрии

Например, «психомоторное возбуждение» может быть закодировано как:

1) Поведение: ↑ (Повышенная двигательная активность)

2) Тип: взволнованный/беспокойный

3) Сопутствующие симптомы: давление речи, отвлекаемость, раздражительность

4) Синдром: маниакальный эпизод

5) Диагноз: МКБ-11 6A60 Маниакальный эпизод

6) Предлагаемое вмешательство: стабилизаторы настроения, наблюдение за риском

Следует отметить, что телесные движения и самовыражение имеют диагностическое, духовное и моральное значение во всех культурах. В отечественной психиатрии такие деятели, как В.М. Бехтерев и А.В. Снежневский, подчеркивали моторные признаки как ключевые биологические маркеры церебральной патологии, в то время как во французской описательной традиции кататония и возбуждение рассматривались как само выражение внутреннего расстройств. Современная семиотическая психиатрия, особенно в России и Восточной Европе, до сих пор считает поведение ключевым признаком дезинтеграции или сохранения внутренних «сфер деятельности» (деятельности).

Примеры:

24-летний мужчина был задержан полицией после того, как бегал по улицам босиком, дико жестикулируя и поя. На интервью он быстро говорит, перескакивает с одной темы на другую, не может усидеть на месте. Его движения беспорядочны, радостны и не согласованы с контекстом. Картина

указывает на острую манию, с явной поведенческой дезорганизацией.

71-летняя женщина обращается с жалобами на замедленные движения, застывшее выражение лица и сопротивление пассивным движениям. Она остается в одном и том же положении в течение длительного времени и сопротивляется при перемещении. При тестировании ее конечности демонстрируют гегенхальтен[11] и восковую гибкость. Клиническая картина согласуется с кататоническим синдромом.

Поведение и двигательная активность образуют жизненно важную ось в понимании экстернализации внутренней жизни. От символических жестов до неврологических дисфункций, от культурно окрашенных выражений до универсальных признаков дистресса — поведение является одновременно и зеркалом, и маской. Его структурированное наблюдение открывает решающее окно не только в диагностику, но и в саму грамматику психики — грамматику, которую мы стремимся формализовать с помощью матрицы.

---

[11] «Гегенхальтен» — это немецкое слово, которое переводится как «сопротивление до упора» и является медицинским термином, обозначающим особое состояние мышечной ригидности, когда при пассивном движении возникает сопротивление, которое постепенно уменьшается по мере продолжения движения. Это явление часто ассоциируется с повреждением лобных долей головного мозга и может проявляться при таких заболеваниях, как болезнь Гентингтона, или в сочетании с другими неврологическими симптомами.

Ссылки

[1] Власова О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010. — 640 с.

[2] Незнанов Н. Г. и др. Школа В. М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб., 2007.

[3] Справочник по психиатрии. Под редакцией академика АМН СССР профессора А. В. Снежневского. Москва: Медицина. 1974 г. - 392 страниц.

Отношение к психиатру

Отношение пациента к врачу представляет собой один из наиболее показательных и динамичных показателей в рамках обследования психического состояния. В отличие от фиксированных черт, эта область является живым реляционным феноменом — разворачивающимся от момента к моменту в терапевтической или оценочной встрече. Она формируется взаимодействием интрапсихических защит, тенденций к переносу, когнитивной структуры и ситуационного контекста обследования. От холодной подозрительности до соблазнительной теплоты, от враждебного неповиновения до тревожной уступчивости, спектр установок не только рисует картину личности пациента и его внутреннего мира, но и предсказывает потенциал терапевтического альянса или судебно-психиатрической экспертизы.

Понимание позиции пациента по отношению к психиатру имеет центральное значение как для клинического процесса, так и для интерпретации диагнозов, особенно для дифференциации функциональных и органических расстройств, невротических и психотических образований или аффективных и личностно-обусловленных искажений взаимодействия.

Феноменологически отношение к психиатру переживается как тон отношений, установленный между наблюдателем

и наблюдаемым. Она не ограничивается содержанием («что говорит пациент»), но насыщена интонацией, позой, взглядом, эмоциональной атмосферой и неявной динамикой власти, которая организует межличностный смысл.

В классической описательной психиатрии К. Ясперс подчеркивал реляционную природу всех психических симптомов, выступая за то, чтобы психиатр рассматривал не только содержание сказанного, но и то, как это было сказано, а также то, как пациент позиционирует себя в диалоге. Установка отражает не только устойчивые черты характера, но и зависимые от состояния флуктуации, защитные механизмы и проекции на фигуру психиатра, который может восприниматься как родитель, судья, спаситель, соблазнитель, враг или даже неодушевленный объект. Эти воображаемые отношения не случайны, а психодинамически структурированы, часто коренятся в ранних травмах или конфликтах в отношениях.

Несмотря на то, что спектр является непрерывным, несколько классических типов возникли в результате клинической традиции и исследований. Психиатр должен определить доминирующий тон, часто ориентируясь между противоречивыми сигналами:

Дружелюбие и готовность к сотрудничеству наблюдается у многих здоровых или умеренно тревожных пациентов. Сигналы включают в себя открытый язык тела, зрительный контакт, готовность к взаимодействию и доверие к роли экза-

менатора. Такое отношение облегчает терапевтическую работу, но также может отражать идеализацию или желание угодить.

Враждебный, подозрительный или осторожный. Типично при параноидальных состояниях (МКБ-10 F22, МКБ-11 6A24), некоторых расстройствах личности или проявлениях, вызванных употреблением психоактивных веществ. Пациент может подвергать сомнению мотивы эксперта, давать резкие или уклончивые ответы или демонстрировать конспирологический стиль.

Соблазнительный или слишком фамильярный может проявляться в истерических, маниакальных (F30) или некоторых пограничных структурах. Пациенты могут нарушать нормальные социальные границы, льстить врачу или эротизировать взаимодействие. Это является диагностически значимым, а также фактором риска в терапевтических границах.

Покорный, чрезмерно уступчивый часто встречается при депрессивных состояниях (F32-F33) или у пациентов, помещенных в стационар. Автономия в общении минимальна, и пациент может пытаться соответствовать воспринимаемым ожиданиям психиатра.

Равнодушный или отстраненный отмечается при шизофрении (F20, 6A20), тяжелой диссоциации или негативных синдромах. Пациент кажется отстраненным от межличностной сферы, иногда воспринимая психиатра как простую

функцию.

Уклончивость или недоверчивость. Пациенты могут представлять себе кооперативную поверхность, но избегать прямых ответов. Часто встречается в условиях судебной экспертизы или при подозрении на вторичное получение прибыли (например, симуляция).

Зависимость и цепляние проявляется в тревожных или зависимых чертах характера. Пациенты могут идеализировать экзаменатора и проявлять страх быть брошенным или проявлять преувеличенную потребность в руководстве.

Эти категории не являются исчерпывающими, но предлагают клинические якоря. Нередко наблюдаются смешанные установки, особенно в сложных личностных структурах.

Диагностические и синдромальные корреляты тесно связаны с организацией личности, психотическими процессами, аффективными состояниями и судебным обманом. Например:

При параноидальной шизофрении экзаменатор обычно воспринимается как преследователь или навязчивый, при этом отношение быстро меняется в зависимости от бредового содержания.

В маниакальных состояниях первоначальное дружелюбие может перерасти в нарушение границ или враждебную раздражительность.

При депрессии пассивные установки могут маскировать

скрытую раздражительность или самокритичный перенос.

При судебной симуляции отношения могут казаться чрезмерно отрепетированными, чрезмерно склонными к сотрудничеству или внешне «хрестоматийными».

Таблица. Ассоциации на уровне синдрома

СИНДРОМ	ТИПИЧНЫЕ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЯ
Параноидальный синдром	Осторожный, обвинительный, проективный
Маниакальный синдром	Излишне фамильярный, раздражительный, соблазнительный
Депрессивный синдром	Пассивный, уступчивый, самоуничижительный
Шизофренический процесс	Замкнутый, равнодушный, странно недоверчивый
Истерический/Пограничный	Драматичный, соблазнительный, колеблющийся

Органические состояния
Сплющенный, безразличный или конфабуляционный

Эти закономерности не детерминистические, а вероятностные. Клиническое суждение необходимо для интерпретации наблюдаемого отношения в его контексте, всегда учитывая культурные, гендерные и ситуационные модификаторы.

В матричной модели отношение к психиатру занимает область 15 и кодируется по нескольким осям:

Степень (интенсивность): от отсутствующей → легкой → средней → тяжелой

Направление: дружелюбный / враждебный / равнодушный / соблазнительный / настороженный / амбивалентный

Устойчивость: стабильная / подвижная / лабильная

Модель переноса: позитивный / негативный / эротизированный / параноидальный / зависимый / отсутствует

Флаги клинических рисков: риск нарушения границ, риск обмана, сложность альянса

При интеграции с искусственным интеллектом эти функции могут быть зафиксированы с помощью анализа тона естественного языка, отслеживания взгляда, моделирования жестов и распознавания интерактивных образов. Ранние прототипы показывают, что точность классификации отно-

шений может быть повышена с помощью мультимодальных входных данных, особенно при объединении семантических и паравербальных данных.

Понимание отношения пациента к врачу важно не только для постановки диагноза, но и для альянса лечения, соблюдения режима и установления границ. Неправильно истолкованное отношение может привести к неправильному диагнозу (например, интерпретации настороженности как психоза) или терапевтическому разрыву (например, к неспособности установить ограничения на соблазнительное поведение).

С психотерапевтической точки зрения, работа по переносу часто начинается именно здесь. Психиатр должен терпеть и усваивать отношение, оставаясь в курсе реакций контрпереноса и используя само взаимодействие в качестве диагностического и терапевтического инструмента.

В судебно-медицинском контексте несоответствия в представлении пациента по отношению к разным оценщикам могут свидетельствовать о симуляции или вымышленном расстройстве.

Зрительный контакт

Акт зрительного контакта обманчиво прост по своей внешнему виду, но глубоко сложен по своей психологической и нейропсихиатрической основе. Являясь областью исследования психического состояния, она занимает уникальное пограничное пространство между наблюдаемым поведением и предполагаемыми внутренними состояниями. В психиатрическом наблюдении зрительный контакт служит как окном в аффективный и когнитивный мир индивидуума, так и формой неявной межличностной коммуникации. Она одновременно поведенческая, эмоциональная и глубоко экзистенциальная.

На протяжении всей истории психиатрии клиницисты интуитивно отмечали важность взгляда пациента. Э. Крепелин отмечал пустоту или уклончивость глаз хронически психотического пациента [1], в то время как Э. Блейлер связывал нарушения зрительного контакта с нарушениями ассоциативного процесса при шизофрении [2]. В феноменологической психиатрии Л. Бинсвангер и Х. Телленбах рассматривали взгляд как прямой путь в интерсубъективное пространство, где встречаются «я» и «другой» [3]. С культурно-исторической точки зрения Л.С. Выготский и А.Р. Лурия понимали развитие социального взгляда как функцию опосредствованной деятельности, связывая его с символической ре-

гуляцией и волевым контролем.

В развитии нервной системы установление зрительного контакта является одной из самых ранних вех социальной связи. В течение первых недель жизни младенцы демонстрируют преимущественное отслеживание человеческого лица и начинают синхронизировать свой взгляд с воспитателями, что закладывает основу для привязанности, подражания и теории разума [4]. Эта онтогенетическая траектория продолжается на протяжении всего раннего детства, поскольку взгляд интегрируется в высшие психологические функции внимания, намерения, эмпатии и регуляции аффектов.

Центральная роль зрительного контакта в социальном взаимодействии была подтверждена нейровизуализационными исследованиями, которые демонстрируют активацию специализированных корковых сетей, включая верхнюю височную борозду, веретенообразную извилину, миндалевидное тело и медиальную префронтальную кору, при взаимном взгляде [5]. Эти области составляют нейронную основу для интерпретации направления взгляда, эмоциональной валентности и атрибуции намерений.

С клинической точки зрения, нарушения зрительного контакта могут отражать широкий спектр психопатологических процессов. Таким образом, крайне важно, чтобы клиницист оценивал не только наличие или отсутствие зрительного контакта, но и его качество, время, конгруэнтность и регуляцию в контексте межличностного взаимодействия.

В психстатусе зрительный контакт оценивается по размерной шкале, которая включает в себя степень вовлеченности глаз (от отсутствующей до чрезмерной) и качественный характер взгляда (например, пронзительный, пустой, избегающий, хаотичный, соблазнительный, чрезмерно фиксированный). Ниже представлены клинически значимые варианты:

Отсутствие зрительного контакта часто связано с тяжелой социальной изоляцией, расстройством аутистического спектра, глубокой депрессией и кататоническими состояниями.

Избегающий взгляд часто встречается при тревожных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве и социальной фобии; также может возникать у пациентов с параноидальным бредом, когда взгляд направлен вниз или в сторону в качестве средства уменьшения воспринимаемой угрозы.

Чрезмерный или зацикленный взгляд может присутствовать в маниакальных состояниях, интоксикации стимуляторами или некоторых формах психопатии; Пациент может сохранять интенсивный, немодулированный взгляд.

Прерывистый/эфемерный зрительный контакт наблюдается при шизофрении и шизотипических состояниях; взгляд может быстро порхать, не привлекая внимание или преждевременно отстраняясь.

Неконгруэнтный зрительный контакт: взгляд, который не соответствует эмоциональному содержанию речи или ситуации, например, улыбка с проницательным взглядом может

сигнализировать об аффективном уплощении, дезорганизованном аффекте или диссоциации.

Эти проявления не могут быть осмысленно отражены в бинарных терминах. Следовательно, в психстатусе область должна быть закодирована спектром значений, как по степени, так и по типу, что позволяет детально описывать клиническую болезнь и выполнять последующую вычислительную обработку.

Значение зрительного контакта в дифференциальной диагностике обширно. При расстройствах аутистического спектра нарушение внимания к беседе и избегание зрительного контакта являются основными диагностическими признаками, часто наблюдаемыми с раннего детства и часто сохраняющимися во взрослом возрасте. При шизофрении пациенты могут избегать зрительного контакта из-за паранойи, блокировки мыслей или социальной изоляции. Интересно, что даже во время ремиссии дефицит регуляции взгляда сохраняется, что указывает на чертоподобные особенности и потенциальные нейрокогнитивные эндофенотипы [6].

При большом депрессивном расстройстве, особенно в его меланхоличных или психотических формах, пациенты часто отводят взгляд, проявляясь с подавленным выражением лица, уменьшенным морганием и выражением психомоторного замедления. Напротив, люди с гипоманиакальными или маниакальными эпизодами часто демонстрируют устойчивый,

провокационный или соблазнительный зрительный контакт, соответствующий повышенному возбуждению и сниженному социальному торможению.

При пограничном расстройстве личности взгляд может быть интенсивным, вызывающим или быстро меняющимся, отражая аффективную нестабильность и гипербдительность в отношениях расстройства. В антисоциальных или нарциссических проявлениях взгляд может использоваться стратегически — как форма контроля, соблазнения или доминирования — и может не иметь подлинного эмоционального резонанса.

При кататонии можно наблюдать полное отсутствие зрительного контакта, фиксацию взгляда или восковую неподвижность глазных мышц, что отражает глубокие нарушения волевой и двигательной инициации.

Таким образом, хотя зрительный контакт сам по себе не может подтвердить диагноз, он вносит решающий вклад в феноменологическую картину психического состояния и информирует о гипотезах относительно лежащего в его основе синдрома.

Важно подчеркнуть, что зрительный контакт является культурно модулированным явлением. В некоторых культурах (например, в Восточной Азии, некоторых коренных народах) прямой взгляд может считаться неуважительным или конфронтационным, особенно по отношению к авторитетным фигурам. И наоборот, в западных культурах избегание

зрительного контакта может быть истолковано как уклончивость, обман или социальная тревожность [7]. Поэтому клиницист должен интерпретировать эту область в рамках культурно компетентных рамок, обращая внимание на происхождение пациента, его аккультурацию и социальные нормы.

В судебно-медицинской экспертизе зрительным контактом можно намеренно манипулировать, либо преувеличивать, либо подавлять в рамках управления впечатлением, симуляции или диссоциативной отстраненности. В психотерапии изменения взгляда с течением времени могут служить маркерами терапевтического альянса, формирования доверия и эмоциональной доступности.

По мере того, как в психиатрии все чаще внедряется искусственный интеллект, зрительный контакт становится измеримым параметром в видеодиагностике. Последние достижения в области компьютерного зрения и аффективных вычислений позволяют обнаруживать паттерны взгляда, продолжительность фиксации и расширение зрачков как потенциальные биомаркеры психопатологии [18]. Интеграция этих данных в матрицу может в конечном итоге позволить в режиме реального времени объективно оценивать зрительный контакт и его связь с диагнозом, прогнозом и реакцией на лечение. Тем не менее, этические последствия таких технологий, особенно в отношении согласия, слежки и неправильного толкования, должны быть тщательно изучены. В то время как цифровая квантификация повышает точность,

она должна оставаться основанной на клинической интерпретации человека, которая сохраняет реляционные и контекстуальные нюансы взгляда.

Ссылки

[1] Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику : учебное пособие для вузов / Э. Крепелин. — Москва: Издательство Юрайт, 2025. — 434 с.

[2] Блейлер Э. Аутистическое мышление // Психология мышления / Под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер и др. - М.: АСТ, Астрель, 2008. - С. 196-203.

[3] Цветкова О.А — Субъект безумия в экзистенциальном психоанализе Л. Бинсвангера // Философская мысль. -2023. - № 8.

[4] Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине: практическое руководство. М.: БОРГЕС, 2007. 416 с.

[5] Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии. Методология и история психологии. 2007;2:1:130- 150.

[6] Бардина С. М. Применимость описательных моделей «от первого / второго / третьего лица» в исследованиях шизофрении // Философия. Язык. Культура. Вып. 3 / отв. ред. Горбатов В. В. СПб.: Алетейя, 2012. С. 137–144.

[7] Сас Т.С. Миф душевной болезни: пер. с англ. В. Самойлова. М.: Академический проект, 2010. — 421 с.

[8] Чжан, З., и др. «Оценка взгляда и аффективного пове-

дения в психиатрических популяциях на основе искусственного интеллекта: обзор». Отчет о аффективных расстройствах, 5, 2021.

Жесты и манеры

В клинической психиатрии жесты и манеры служат тонким, но мощным окном во внутренний мир человека. Часто предшествуя вербальному общению или обходя его, они отражают слияние произвольного моторного контроля, аффективного резонанса и социальной настройки. В рамках исследования психического состояния жесты и манеры дают важные данные не только о двигательном поведении, но и о более глубоких структурах личности, эмоциональных состояниях и психопатологических синдромах.

Жесты в широком смысле определяются как целенаправленные движения тела, часто кистей, рук или головы, используемые для выражения идей, эмоций или социальных намерений. Они могут быть спонтанными или приобретенными, культурно закодированными или индивидуально идиосинкразическими. Манеры, напротив, относятся к повторяющимся, привычным движениям, которые становятся стилизованными, жесткими и часто не связаны со своей первоначальной коммуникативной целью.

В то время как жесты возникают из текучего потока взаимодействия и модулируются контекстом ситуации, манеры часто стереотипны, чрезмерно отрепетированы или фиксированы по форме. Феноменологическое различие, таким образом, заключается в гибкости, зависимости от контекста и

смыслообразовании.

Как отмечал В.Н. Краснов, жест является «зародышем знака», мостом между аффективным выражением и символическим языком [1]. Ранняя интернализация жестов формирует основу для развития речи и саморегуляции. Таким образом, аберрантные жестикуляционные паттерны могут быть не только признаками двигательных нарушений, но и указывать на аномалии развития, когнитивные или аффективные аномалии.

Во время клинического интервью психиатры должны тренировать свой глаз, чтобы наблюдать за жестами в нескольких измерениях:

Форма: являются ли жесты плавными, экспансивными, сжатыми, отрывистыми, плавными или роботизированными?

Функция: являются ли они экспрессивными, коммуникативными, оборонительными, самостимулирующими или бесцельными?

Контекстуальная интеграция: соответствуют ли они содержанию речи и эмоциональному тону?

Волевой контроль: являются ли они автоматическими, добровольными, непроизвольными или вызванными извне?

Повторение и стилизация: повторяются ли определенные жесты ритуальным или маньеристским образом?

Эти оси обеспечивают основу для отображения жестов

и манер поведения в качестве психиатрических индикаторов. Например, пациент с параноидальной шизофренией может демонстрировать сильно стилизованные защитные жесты, как бы защищая тело от невидимых угроз, в то время как маниакальный пациент может демонстрировать экспансивные, буйные жестикуляции, не соответствующие ситуации.

Жесты и манеры проявляются при различных психических состояниях и могут иметь диагностическое и синдромное значение. Вот несколько ключевых примеров:

Кататония: позерство, восковая гибкость, стереотипы и гримасы.

Расстройства аутистического спектра: эхопраксия[12], отсутствие жестовой коммуникации или самостимулирующих движений (стимминг[13]).

Шизофрения: причудливые или неуместные жесты, манеры или стереотипии, оторванные от межличностного контек-

---

[12] Эхопраксия — это непроизвольное повторение или имитация жестов, поз и движений других людей. Этот симптом является одним из так называемых «эхофеноменов» и может возникать при неврологических, психических и других расстройствах, таких как синдром Туретта, шизофрения и расстройства аутистического спектра.

[13] Стимминг — это повторяющееся самостимулирующее поведение (движения или звуки), которое помогает человеку успокоиться, справиться с тревогой или сенсорной перегрузкой. Это явление встречается у всех людей, но особенно характерно для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и может проявляться в виде взмахов руками, раскачивания, щёлканья пальцами или других действий.

ста.

Обсессивно-компульсивное расстройство: ритуальные движения или тики, часто с внутренним напряжением.

Истерические или пограничные расстройства личности: драматические, театральные жесты, используемые для усиления эмоционального выражения.

Мания: гиперкинетическая жестикуляция, преувеличенная мимика и повышенная целенаправленность движений.

Депрессия: уменьшение жестикуляции, замедление моторики и снижение спонтанного языка тела.

В судебной психиатрии внимание к аномалиям жеста также может помочь в выявлении симуляционных или функциональных (конверсионных) симптомов, когда проявление движений может не соответствовать известным неврологическим или психиатрическим синдромам.

Жесты уходят корнями в сложные нейронные системы, включающие сеть зеркальных нейронов, базальные ганглии и моторно-дополнительные области. Дисфункция в этих системах, как при шизофрении или аутизме, изменяет беглость жестов и социальную координацию. Концепция воплощенного познания, что когнитивные процессы глубоко зависят от телесных состояний и моторных взаимодействий еще больше поддерживает идею о том, что аномалии жестикуляции отражают более глубокие нарушения в сознании, идентичности и регуляции аффектов [2].

С психоаналитической точки зрения, манеры могут представлять собой неразрешенные конфликты, подавленные импульсы или соматизированные тревоги, особенно когда они проявляются в форме навязчивых движений, символического позирования или телесно-центричных ритуалов [3]. Культурный контекст должен учитываться при оценке жестикуляции. То, что кажется чрезмерным или ярким в одной культурной среде, может быть нормативным в другой. Аналогичным образом, необходимо учитывать возраст развития: дети обычно используют жесты до того, как речь полностью разовьется, а аномалии жестикуляции в детстве могут предвещать более поздние психоневрологические состояния.

В психстатусе жесты и манеры кодируются по шкале:

0 = Нормальное или непримечательное жестовое общение

1 = Легкое уменьшение или преувеличение жестов

2 = Явные аномалии жестикуляции (стереотипии, манеры)

3 = Серьезные или причудливые нарушения жестикуляции (например, позирование, гримаса)

Эти градации сопровождаются качественными дескрипторами и связаны как с МКБ-10 (например, F20 Шизофрения; F84 Первазивные расстройства развития) и коды МКБ-11 (например, 6A20 Шизофрения или 6A02 Расстройство аутистического спектра), а также соответствующие кластеры симптомов, такие как психомоторные наруше-

ния, стереотипное поведение или формальные проявления расстройства мышления.

Для моделей психиатрической оценки на основе искусственного интеллекта данные жестов могут быть собраны с помощью анализа видео, отслеживания движений и семантического согласования между жестами и речью. Алгоритмы машинного обучения, обученные на помеченных жестикуляционных паттернах, могут способствовать объективной оценке психических состояний. Сочетание феноменологической чувствительности и компьютерного моделирования делает жесты главным кандидатом на соединение традиционного клинического наблюдения с современными психиатрическими технологиями.

Ссылки

[1] Краснов В.Н. Диагноз и классификация психических расстройств в русскоязычной психиатрии: раздел расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 58–63.

[2] Бобров А.Е., Довженко Т.В., Кулыгина М.А. Медицинская психология в психиатрии. Методологические и клинические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 70–75.

[3] Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпрессинформ. 2016. 776 с.

Осанка и походка

Область осанки и походки открывает одно из самых ранних и устойчивых окон во внутреннее психическое состояние пациента. Задолго до того, как будет произнесено слово или четко сформулирована эмоция, тело рассказывает свой собственный довербальный рассказ о страдании, возбуждении, контроле и адаптации. Этот «немой язык тела», как его называют в психосоматической медицине [1], занимает центральное место не только в эстетике психиатрического наблюдения, но и в его диагностической функции. То, как пациент сидит, стоит, ходит или перемещается в пространстве, воплощает как сиюминутные состояния, так и долгосрочные структурные трансформации психики.

В то время как классические нозологии имели тенденцию маргинализировать осанку и походку как периферические или просто неврологические проблемы, современная феноменологическая психиатрия восстанавливает их как важнейшие индикаторы глобальной психической интеграции и моторной интенциональности. Как писали В.Д. Тополянский, М.В. Струковская, «тело — это не просто место, где проявляются симптомы, это сама форма, через которую проживается мир» [2]. Осанка и походка не являются механистическими продуктами нейронных цепей, они глубоко переплетены с настроением, мыслями и идентичностью. Таким обра-

зом, они функционируют как экзистенциальные жесты, раскрывая степень связи с миром, присутствие в собственном теле и способность к целенаправленному движению.

В отечественной психиатрии эту идею особенно развили А.Р. Лурия и его коллеги, которые подчеркнули семиотическую роль моторной экспрессии как инструмента нейропсихологической и психопатологической оценки [3]. В их рамках нарушения походки и осанки часто указывали не только на локализованную дисфункцию мозга, но и на распад регуляторных систем более высокого порядка — коллапс интегративной функции личности.

Оценка осанки и походки начинается с открытого, описательного наблюдения, которое должно быть записано в конкретных, феноменологических терминах, прежде чем быть интерпретировано диагностически. Например:

«Пациент сидел в кресле, сгорбившись, опустив глаза, свободно свесив конечности, как будто ему не хватало внутренней опоры».

«Она стояла с прямой спиной и крепко сжатой челюстью, слегка расставив ноги, в жесткой и конфронтационной позе».

«Его походка была неуверенной и неуверенной, с частыми паузами и сменами направления, как будто он составлял карту неопределенной внутренней местности».

Несмотря на то, что точный словарь описаний может ва-

рьироваться, важно, чтобы клиницисты учитывали три взаимосвязанных аспекта:

1) Постуральный тонус и выравнивание (например, прямо, сутуло, согнуто, настороженно)

2) Динамика походки (например, нормальная, шаркающая, атаксическая, фестинирующая, каталептическая)

3) Преднамеренное движение (например, произвольное или автоматическое, плавное или усилие, реактивное и пассивное)

Каждый из этих аспектов должен рассматриваться в культурном, возрастном и медицинском контексте пациента. Например, сгорбленную позу у пожилого человека с дегенерацией позвоночника не стоит сразу патологизировать как депрессивное психомоторное торможение. Точно так же культурно усвоенные стили движений (такие как склоненная голова или сдержанная походка у религиозных людей) должны оцениваться в соответствующих рамках.

В психстатусе походка кодируются как по описательной, так и по интерпретативной осям. Клиницистам рекомендуется предоставлять феноменологическое кодирование, основанное на видимых особенностях движения пациента и тонуса тела, с последующим интерпретативным кодированием, связывающим эти особенности с симптомами, синдромами и потенциальными диагнозами.

КОД
ОПИСАНИЕ
СИМПТОМ
СИНДРОМ
ДИАГНОЗ

P01
Сутулая осанка, сниженный тонус
Психомоторное торможение
Депрессивный
Депрессивное расстройство

P02
Жесткая вертикальная стойка
Повышенная бдительность, тревожность
Тревожно-гипертимическое состояние
параноидальная шизофрения

G01
Украшающая походка
Нарушение автоматики
Экстрапирамидально-моторный
Паркинсонизм, кататония

G02
Каталептическая поза

Моторный блок
Кататонический
Шизофрения

G03
Истериформная походка
Неусидчивость
Психогенная дискинезия
Конверсионное расстройство

Этот подход поддерживает как качественный описательный, так и количественный сбор данных и в конечном итоге облегчает интеграцию с моделями ИИ и системами поддержки принятия решений.

Один из самых богатых рубежей анализа осанки и походки лежит на пересечении неврологии и символизации. Например, волочащаяся нога при конверсионном расстройстве может означать не только двигательную блокировку, но и символический отказ двигаться вперед — телесная метафора задержки психологического развития. В таких случаях терапевтическая интерпретация должна выходить за рамки простого диагноза и охватывать герменевтику страданий тела [4].

Точно так же модели походки могут отражать глубокие нарушения в темпоральности и пространственности, которые являются центральными для психиатрической феноме-

нологии. Шаркающая, отстающая во времени походка меланхоличного пациента может быть понята как воплощение запоздалого временного потока — как будто мир и тело не синхронизированы.

Последствия оценки осанки и походки выходят далеко за рамки академического интереса. В судебно-психиарических учреждениях изменения двигательного тона могут указывать на симуляцию или симуляцию состояний (например, надуманная кататония) [5]; в психотерапии изменения в позе могут отражать прорывы или регрессии; в отделении неотложной помощи незначительные двигательные изменения могут сигнализировать о декомпенсации до того, как появятся вербальные сообщения.

Кроме того, осанка и походка очень чувствительны к лечению. Антидепрессанты могут восстановить постуральный тонус, нейролептики могут ухудшить координацию движений, а психотерапевтические вмешательства могут освободить заблокированные движения, особенно в терапии, ориентированной на травму, такой как соматическое переживание или сенсомоторная психотерапия.

Осанка и походка культурно закодированы, приобретены в процессе развития и контекстуально сформированы. В детской психиатрии аномалии походки могут сигнализировать о нарушениях развития нервной системы (например, об аутизме, СДВГ), в то время как в гериатрии необходимо проводить тщательную дифференциацию между нейродегенера-

тивными и аффективными двигательными изменениями [6].

В отечественной психоневрологии, в частности в работах В.М. Бехтерева, особое внимание уделялось «психорефлекторной дуге» — диалектике между центральными корковыми командами и периферической телесной адаптацией, что может обогатить нашу современную интерпретацию движения как интегрированного поведенческого сигнала.

Клинический взгляд на позу и походку должен быть одновременно описательным, интерпретирующим и настроенным на воплощение. Далекие от второстепенных деталей, эти телесные сигналы представляют собой основополагающие выражения психического мира. В рамках системы они служат не только точками данных, но и мостами между внутренней жизнью и внешним поведением, необходимыми для любой истинной интеграции феноменологии, классификации и диагностики с помощью искусственного интеллекта.

Ссылки

[1] Фукс Томас. Тело как средство выражения в психопатологии. Психопатология. 2005. С. 219–226.

[2] Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства: руководство для врачей. М.: Медицина, 1986. 384 с.

[3] Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 2006. 384 с.

[4] Богданов А.В., Гущанский Д.Е., Дегтярев А.Б., Лысов К.А., Ананьева Н.И., Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М. Гибридные подходы и моделирование активности человеческого мозга. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017; 1: 19-25.

[5] Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. – М., 2000. – С. 234–237.

[6] Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М., 1967. 248 с.

Сознание

В архитектуре психики сознание представляет собой одновременно и основу, и порог — субстрат, на котором проявляются все психические содержания, и привратник самой психической реальности. На протяжении веков сознание ускользало от определения, оставаясь центральным в философских исследованиях, клинической психиатрии, а в последнее время — в нейробиологии и искусственном интеллекте. Без сознания нет опыта, который можно было бы наблюдать, нет субъективного мира, который можно исследовать, и нет диалога между врачом и пациентом. Таким образом, в любом структурированном описании психики сознание занимает привилегированное положение — как первое по порядку, так и первое по гносеологической необходимости.

Исторически сложилось так, что интерес психиатрии к сознанию простирался от мистических спекуляций в древней медицине до строгой классификации измененных состояний в современной психопатологии. Концепция претерпела множество трансформаций — от картезианского дуализма до структурного интроспекционизма Вундта, от рефлексологии Павлова до современной нейрофеноменологии. Тем не менее, несмотря на эти сдвиги парадигмы, клиническая психиатрия продолжает полагаться на прямую оценку сознания

психиатром в качестве краеугольного камня исследования психического состояния [1][2].

Термин «сознание» относится к способности организма осознавать себя и мир — получать опыт, формировать намерения и интегрировать информацию в стабильное, согласованное внутреннее поле. В феноменологии Э. Гуссерль концептуализировал сознание как интенциональность: направленность опыта на объекты [3]. В нейронауке сознание часто операционально определяется в терминах бодрствования и осознания, поддерживаемых распределенными нейронными коррелятами в стволе мозга, таламусе и коре головного мозга [4].

Клинически сознание охватывает целый ряд наблюдаемых и регистрируемых состояний — от полной ясности и реакции до патологического помутнения, ступора и комы. Область сознания в модели психстатуса объединяет как описательный (феноменальная видимость), так и логический (внутренняя субъективная целостность) аспекты. Она служит функциональной «предпосылкой» для интерпретации всех остальных областей психики.

При структурированной психиатрической оценке сознание должно быть дифференцировано на количественные и качественные изменения:

Количественные нарушения относятся к уровню сознания. Классически они расположены в континууме: ясное сознание → сонливость → оцепенение → кома. Такие со-

стояния обычно наблюдаются при органических синдромах головного мозга, токсико-метаболических энцефалопатиях или тяжелой кататонии.

Качественные нарушения, напротив, относятся к содержанию или структуре сознания. Это включает в себя помутнение, сумеречные состояния, бред, онейрические состояния и феномен удвоения (как при «двойной ориентации» или синдроме Ганзера). Эти нарушения часто проявляются в аффективных, психотических или диссоциативных состояниях и требуют тонко настроенного клинического наблюдения.

Богатство психиатрической феноменологии проявляется именно в этих качественных сдвигах, которые не могут быть сведены только к нейрофизиологическим коррелятам. Здесь классическая русская психиатрия внесла решающий вклад, в частности, через концепцию обскурации сознания[14], введенную А.В. Снежневским и его коллегами по советской психопатологической школе [5].

В психстатусе сознание кодифицируется по двум осям:

С1. Степень сознания (количественная):

---

[14] «Обскурация сознания» — это понятие из теории этногенеза Льва Гумилёва, означающее шестую фазу развития этноса, характеризующуюся снижением пассионарного напряжения ниже уровня гомеостаза. Это связано с увеличением числа субпассионариев (людей с недостатком энергии и стремлений, таких как бродяги, наркоманы, алкоголики). В результате такой фазы этнос либо исчезает, либо превращается в реликт.

C1.0 = Полная ясность
C1.1 = Сонливость
C1.2 = Ступор
C1.3 = кома
C2. Качество сознания (качественное):
C2.0 = Понятный, интегрированный
C2.1 = Облачный
C2.2 = Сумеречное состояние
C2.3 = Бред
C2.4 = Диссоциативные/множественные потоки
C2.5 = Онейрический/галлюцинаторный
C2.6 = Ганзер-подобный (приблизительные ответы)

Каждый код может быть аннотирован с указанием продолжительности, начала и этиологического контекста. Например: C2.3 (Делирий), острое начало, послеоперационный, продолжительность 48 часов. Эти коды позволяют вводить данные в модели ИИ, проводить статистический обзор в клинических испытаниях и повышать ясность диагностики в междисциплинарных условиях.

Нарушения сознания часто отражают органические или системные патологии, хотя в психиатрии всегда следует учитывать возможность функциональной (неорганической) этиологии. Среди основных дифференциалов: делирий характеризуется колебаниями уровня сознания, нарушением внимания и дезориентацией, которые часто упускаются из

виду на ранних стадиях сепсиса или абстиненции. Психоз может включать в себя ясное сознание, но тестирование искаженной реальности. Оба фактора связаны с поведенческой невосприимчивостью. Однако диссоциативный ступор часто возникает после психологической травмы и может сохранять следы восприятия окружающей среды, в отличие от тяжелой кататонии. С2.6 Синдром Ганзера[15] характеризуется приближенными ответами, часто с соматическими конверсионными чертами и эмоциональным несоответствием, в то время как при симуляции обычно отсутствует внутренняя противоречивость и аффективный тонус.

В методологии «Пять осей» сознание проходит через все уровни:

1) Феномен: пациент выглядит сонливым, спутанным или колеблющимся в состоянии бдительности.

2) Симптом: клинически описывается как помутнение, спутанность сознания или ступор.

3) Синдром: может быть частью делирия, диссоциативных состояний или органических амнестических синдромов.

4) Диагноз: Примеры включают F05 (Делирий, МКБ-10);

[15] Синдром Ганзера – это редкое диссоциативное расстройство, характеризующееся предоставлением неправильных ответов на простые вопросы ("мимоговорение"), что может сопровождаться спутанностью сознания, галлюцинациями, амнезией и физическими симптомами. Синдром часто возникает в стрессовых ситуациях, включая заключение, и считается защитным механизмом психики, имитирующим тяжелое психическое заболевание.

6D70 (Бред, МКБ-11); F44.2 (Диссоциативный ступор); Кататония (F20.2 или 6A40.6).

5) Лечение: Лечение может включать выявление и коррекцию медицинских причин, низкие дозы антипсихотиков, бензодиазепинов при кататонии или психотерапию с учетом травмы при диссоциативных состояниях.

Случай 1: у 64-летнего мужчины после операции развивается дезориентация, он ошибочно идентифицирует больницу как дом своего детства и вытаскивает капельницы. Он сверхбдителен ночью, сонлив днем. Психический статус: C1.1 (сонливость), C2.3 (бред).

Случай 2: 19-летняя женщина, найденная в позе эмбриона после эмоциональной травмы, немая и не реагирующая, но с сохраненными рефлексами. ЭЭГ в норме. Психический статус: C1.0, C2.4 (диссоциативный).

Искусственный интеллект в психиатрической экспертизе должен быть обучен выявлять косвенные признаки изменения сознания, такие как сдвиги внимания, фрагментация речи, задержки реакции или аномалии сенсомоторной реакции. С помощью мультимодального сбора данных (текст, видео, журналы поведения) кодирование сознания может быть стандартизировано и количественно определено — задача, которую давно ищут в клинической нейропсихиатрии [6]. Матрица готовит к этому будущему, определяя наблюдае-

мые маркеры, которые ИИ может обнаруживать, кодировать и интегрировать.

Сознание – это свет, в котором становится видимой психика. Его потеря затуманивает диагностический горизонт, его искажение сбивает с толку все остальные области. Поэтому при любом структурированном подходе к психике мы начинаем именно здесь — со способности пациента просыпаться, присутствовать и реагировать. В этом священном пространстве общего сознания психиатрия возвращается к своим гуманистическим и научным корням. Матрица формализует то, что уже чувствуют опытные клиницисты: сознание — это первое диагностическое окно и последняя тайна.

Ссылки

[1] Залевский Г.В. Понимание как метод наук о психике. Сибирский психологический журнал. 2004;(20):12-22.

[2] Шнайдер К. Клиническая психопатология. Сфера; 1999. 236 с.

[3] Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология/ Пер. с нем. Д.В.Скляднева. СПб. 2004.

[4] Киссин М.Я., Ананьева Н.И., Шмелева Л.М., Ежова Р.В. Особенности нейроморфологии тревожных и депрессивных расстройств при височной эпилепсии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2012; 2: 11-17.

[5] Снежневский А.В. Шизофрения: проблемы нозологии и патогенетической терапии. М.: Медгиз, 1983. С. 33–52.

[6] Тарумов Д.А., Железняк И.С., Манчук А.А., Манан-цев П.А., Ятманов А.Н. Аналитический обзор специальных методов нейровизуализации в психиатрической практике. Вестник новых медицинских технологий, электронный жур-нал. 2018; 2: 104-113. DOI: 10.24411/2075-4094-2018-15957

Ориентация

Клиническая оценка ориентации занимает основополагающее место в исследовании психического статуса, функционируя как ворота и барометр глобального психического функционирования. Ориентация отражает степень, в которой индивид осознает и должным образом интегрирован во временные, пространственные, социальные и экзистенциальные измерения своего опыта. Это дает клиницисту немедленное представление о том, соответствует ли самореферентное осознание пациента согласованной реальности — важнейшей предпосылке для когерентного познания, аффективной регуляции и межличностного поведения.

Классически ориентация делится на три или четыре области: время, место, человек и иногда ситуация — хотя, как мы еще рассмотрим, эта типология может оказаться недостаточной для современной психиатрии. Ориентация — это не статический параметр, а скорее динамическое взаимодействие между памятью, вниманием, восприятием и самосознанием. Его нарушение может сигнализировать о широком спектре патологических состояний, от острой спутанности сознания и бреда до хронических психозов или дегенеративных расстройств.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.